Медицинская газета®

3 августа 2016 г.
среда
№ 57 (7677)

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

Ориентиры

Клиника больших объёмов

Так по праву можно назвать Приволжский окружной медицинский центр

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения «Приволжский окружной медицинский центр» Федерального медико-биологического агентства России организовал поездку для журналистов различных изданий, побывали в ней и корреспонденты «Медицинской газеты». Это, действительно, самая современная клиника, где задействованы в спасении людей новейшие медицинские технологии. Кроме того, здесь занимаются охраной здоровья людей, труд которых связан с опасными и вредными условиями.

Главный специалист по хирургии центра Владимир Загайнов с пациентами, которым проведена трансплантация печени

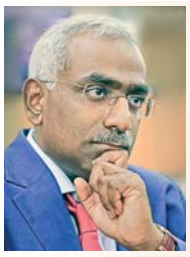
– Нашему центру исполняется в этом году 15 лет, – говорит директор медицинского центра, кандидат медицинских наук Сергей Романов. – По меркам российской медицины – это подростковый возраст, который имеет целый ряд преимуществ, но, признаемся, и недостатков. Напомню, что в 2001 г. на базе десятка бассейновых больниц приказом Министерства здравоохранения РФ создано Государственное учреждение «Приволжский окружной медицинский центр». Это было не просто банальное переподчинение. Перед нами поставили новую задачу – внедрять в практику высокотехнологичные методы, доказавшие свою эффективность и в дальнейшем тиражировать их, тем самым добиваясь доступности высокотехнологичной помощи в регионах. Для этого приобреталось оборудование, внедрялись сложнейшие технологии, а к специалистам предъявлялись ещё более высокие требования.

(Продолжение на стр. 4)

Павел БОГОМОЛОВ, главный гепатолог Министерства здравоохранения Московской области, кандидат медицинских наук:

Не менее важным является искоренение мифа о том, что гепатит С – болезнь маргиналов.

Стр. 7



Сомасундарам СУБРАМАНИАН, директор Евразийской федерации онкологии и Научно-образовательного центра «Евразийская образовательная программа «ЕАФО»:

Не зря у меня был рак.

Стр. 11

Елена РОГОЗНАЯ, Директор фармацевтического колледжа «Новые знания»:

Мы не идём на компромиссы, связанные с качеством обучения.

Стр. 12

Начало

Новые технологии против аллергии

Новый анализатор, предназначенный для диагностики аллергии, бронхиальной астмы, аутоиммунных заболеваний установлен в Краснодарском краевом центре лабораторных технологий на базе детской городской больницы № 1. Вице-губернатор Анна Минькова и министр здравоохранения края Евгения Филиппова осмотрели новое оборудование в работе.

– Этот анализатор уникальный, в своём роде, и необходим Кубани как региону, где наблюдается огромное количество людей, особенно детей, страдающих аллергическими заболеваниями, – подчеркнула Анна Минькова.

Новый анализатор определяет вид аллергена без участия пациента, по его крови. В автоматическом режиме он за один рабочий день способен выполнить почти 400 тестов.

Аппарат сочетает в себе разумный баланс максимальной достоверности при минимальных временных затратах. Он завоевал доверие ведущих научных медицинских центров Европы, и в настоящее время это единственный прибор такого класса в южном регионе нашей страны.

Так осуществляется очередной этап развития лабораторной службы края, который сделает современную диагностику аллергии ещё более доступной и качественной.

Аревик ТАМРАЗЯН, внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Профилактика

Подальше отвести беду

В загородных оздоровительных лагерях Омской области в самый разгар вступают мероприятия по профилактике заболеваний и детского травматизма.

Специалисты областного центра медицинской профилактики и детских центров здоровья Омска и сельских районов Прииртышья проводят выездные обследования и акцию «Подальше от беды», в ходе которой рассказывают о правилах безопасности в быту и во время отдыха, как вести себя на воде и суше, пользоваться электрическими приборами. Первые такие непринуждённые занятия прошли в детских оздоровительных лагерях «Берёзка» и «Ясная поляна». Внимание детей, отдыхающих в них, концентрировалось на важности бережного отношения к собственному здоровью.

По итогам мероприятий и для закрепления полученных знаний медики провели викторины, а ещё мальчишки и девчонки и работники детских оздоровительных лагерей получили информационные материалы по различным аспектам здорового образа жизни. Профилактические мероприятия продолжаются.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Омск.

Stormoff®
СЕРВИСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Сервисное обслуживание медицинской техники

- Комплексное обслуживание ЛПУ
- 60 сертифицированных сервисных инженеров
- Сертификаты ведущих производителей
- Лицензия на использования ИИИ
- Лицензия на метрологическое обслуживание
- 300 единиц подменного оборудования

+7 (495) 780-76-90; service@stormoff.com
www.stormoff.com

Новости

День здоровья в Немане

Сотрудники Калининградского областного центра медицинской профилактики и реабилитации провели очередной массовый День здоровья.

Жители Неманского района на берегу реки Неман с большим энтузиазмом приняли участие в спортивном флеш-мобе, интерактиве «Куб здоровья», занятиях и лекциях по здоровому образу жизни, обследованиях в мобильном центре здоровья.

Отличительной особенностью неманской акции стало проведение мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни, в загородном центре отдыха «Спутник», а также совещания медицинских работников муниципалитета, включая специалистов фельдшерско-акушерских пунктов.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Спасение пришло вовремя

Мальчик, недавно поступивший в Челябинскую областную детскую больницу с перерезанной трахеей и пищеводом, полностью поправился и выписан из клиники.

Несчастье с 4-летним ребёнком случилось в посёлке Карабаш. Он упал на стекло и разрезал горло. В местной больнице ребёнку поставили трахеостому и срочно госпитализировали в областную клинику, где ему выполнили экстренную операцию. Оказалось, что кроме разрыва трахеи, у малыша был перерезан пищевод. Такое повреждение пищевода и трахеи на одном уровне является крайне редким случаем, травма могла спровоцировать образование свища…

Операция прошла успешно, хирурги провели пластику пищевода и трахеи. Последующая реабилитация также прошла по плану.

– Ребёнок полностью поправился, сегодня мы проводили его из стационара. Мальчик возвращается в Карабаш, – сказал главный детский хирург Минздрава Челябинской области Николай Ростовцев.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Дворец матери и ребёнка

Новый областной перинатальный центра в Липецке в эти дни начинает свою работу.

Коечная мощность клиники – 130 мест. Будущих мам здесь ожидают 11 родильных залов и 5 операционных. А на приём сюда смогут прибыть беременные и роженицы со всей Липецкой области. Палаты в новом центре – одно- и двухместные. При этом имеются 3 боксированных родильных зала.

В акушерском стационаре областного перинатального центра будет работать около 200 врачей. А также более 350 человек среднего медицинского персонала, большинство из которых имеют высшую квалификационную категорию.

Открытие нового перинатального центра выведет действующую трёхуровневую систему оказания акушерско-гинекологической помощи региона на новый уровень развития.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Липецк.

В новых стенах

В посёлке Цемзавод Ульяновской области создан модульный офис врача общей практики. Новое структурное подразделение больницы открыто в рамках программы «Устойчивое развитие сельских территорий в Российской Федерации». Из регионального бюджета на его создание направлено 3 млн руб., из федерального – 1 млн.

«В новом модульном офисе будет оказываться стоматологическая помощь, а также круглосуточная неотложная медицинская помощь врача общей практики», – пояснил заместитель председателя правительства – министр здравоохранения Ульяновской области Павел Дегтярь.

«Сейчас нас переселили из старого здания в новое, условия работы значительно улучшились. Теперь наш офис находится в центре посёлка, людям удобно», – дополнила врач общей практики посёлка Цемзавод Ксения Пономарёва.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Поздравления принимают долгожители

Вот уже несколько лет подряд накануне празднования знаменательных дат в Омске старейших его жителей поздравляют от имени мэра Вячеслава Двораковского. А недавно, накануне 300-летия города, одной из первых поздравления от главы администрации Ленинского городского округа получила участница Великой Отечественной войны Анна Токарева, которой скоро исполнится 101 год. Она встретила Победу в Польше в должности военврача, награждена медалями. В мирное время работала врачом-стоматологом, почти 30 лет – в детской железнодорожной поликлинике. Анна Петровна всегда пользовалась у коллег и пациентов большим уважением.

«Сегодня в нашем округе проживают 9 долгожителей, которым в этом году исполнится 100 и более лет, – сказал заместитель главы администрации округа Павел Усков. – Можно сказать, что они творили нашу историю, отдавали все свои силы на благо города. Мы говорим этим людям слова благодарности с пожеланиями здоровья, благополучия и счастья».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

Современные технологии

По специальной программе

Идёт испытание «автоматического лаборанта»

Пермские учёные обратились к врачам клинической лаборатории Челябинской ОКБ с просьбой протестировать прибор нового поколения. Задача специалистов – оценить возможности «умной» машины, внести свои дополнения в программу и подсказать изобретателям, какие функции стоит добавить для максимально полезной работы аппарата.

Автоматический гемоанализатор состоит из специального микроскопа со встроенной программой анализа и функции подачи мазков. Работа лаборанта сводится лишь к тому, чтобы загрузить в специальный лоток на 8 мест стекла с нанесёнными и окрашенными мазками, а дальше микроскоп сам сфокусируется, найдёт «тонкое место» – где меньше всего эритроцитов и хорошо видны клетки. Программа настроена конкретно под гематологических больных и используется для исследования костного мозга и периферической крови.

Значимый плюс автоанализатора – огромный объём памяти. Благодаря ему все снимки могут храниться десятилетиями. Это очень удобно для наблюдения пациента в динамике, «картинки» всегда можно найти и сравнить с более свежими анализами. Студенты-практиканты и врачи-стажёры могут получить полное представление о микроскопическом строении клеток крови, даже не заглядывая в микроскоп и не отвлекая технику от рабочего процесса. Актуально, что эти снимки легко можно пересылать по электронной почте. Например, если требуется консультация специалиста со стороны.

Клиническую лабораторию ЧОКБ в качестве испытательного полигона пермские изобретатели выбрали не случайно. Одна из самых мощных в России исследовательских баз на сегодня имеет в своём составе 5 графических анализаторов, в том числе 2 пятидифовых – они позволяют анализировать жидкую часть крови, такие параметры как гемоглобин, эритроциты, лейкоциты и др., дифференцируют её лейкоцитарную формулу.

– Возможности нового прибора позволяют разделять гранулоциты на молодые и старые формы, – пояснила заведующая клинической лабораторией ЧОКБ Елена Новгородцева, – а также выделить палочкоядерные, сегментоядерные, метамиелоциты, миелоциты. Обычный прибор сразу же отправляет все эти разновидности в графу «гранулоциты», и разбираться с каждой клеткой приходится уже вручную. У «автоматического лаборанта» функции гораздо шире: он самостоятельно способен распознать практически все изменённые формы клеток.

Специалисты уже оценили достоинства прибора и даже внесли в программу широкоцитоплазменные лимфоциты, с которыми аппарат ещё не был знаком. Впереди – три месяца работы в тестовом режиме, после чего специалисты-практики отправят свои дополнения и замечания авторам изобретения. Пока подобные приборы используются только в двух крупнейших исследовательских центрах – в Москве и Волгограде. В Уральском федеральном округе – это единственный экспериментальный экземпляр.

Наталья МАЛУХИНА, внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Решения

Железные дороги становятся доступнее

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова и президент ОАО «РЖД» Олег Белозеров подписали Соглашение о сотрудничестве в сфере здравоохранения.

Согласно документу, учреждения здравоохранения ОАО «РЖД» будут доступны не только сотрудникам компании, но и всем гражданам страны. Сеть железнодорожных учреждений здравоохранения включает в себя 102 больницы и 71 поликлинику в 75 субъектах Российской Федерации.

Совместная работа позволит обеспечить равноправное участие НУЗ ОАО «РЖД» в реализации территориальных программ оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, в том числе в области оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Кроме того, реализация соглашения позволит оптимизировать государственные расходы на здравоохранение.

В.Скворцова отметила, что соглашение также будет способствовать повышению доступности медицинской помощи, особенно в регионах Западной, Восточной Сибири и Дальнего Востока.

Соб. инф.

На контроль!

Перинатальная помощь будет без очередей

Ситуацию с очередями в региональном перинатальном центре Курганской области возьмёт под контроль Общероссийский народный фронт (ОНФ).

Его эксперты провели рабочую встречу с представителями департамента здравоохранения области, поводом для которой стали поступившие в ОНФ обращения граждан, которые пожаловались на длительные очереди в перинатальном центре, возникающие из-за отсутствия электронной записи на приём, недостаточной организации работы сотрудников и нехватки специалистов. Представители Департамента здравоохранения и руководители центра признали наличие данных проблем, объяснили активистам ОНФ причины их возникновения и рассказали о путях решения.

«Большие очереди – это сезонная проблема, которая появляется из-за того, что летом ряд специалистов уходит в отпуск. В этот же период происходит наплыв пациенток, в том числе из районов. Что касается электронной записи, то угадать точное время, когда освободится специалист, невозможно, так как время исследования может занимать от 7 до 40 минут и больше в зависимости от состояния пациентки и её малыша. Большую роль играет и срок беременности», – сказала главный врач перинатального центра Татьяна Осина.

Директор Департамента здравоохранения Курганской области Лариса Кокорина рассказала, что работа над решением проблемы очередей ведётся и будет продолжена. Она подчеркнула, что в сентябре 2016 г. по поручению Минздрава в учреждении начнётся реализация программы «Вежливая регистратура».

«В Курганской области медицинским учреждениям необходимо внедрять современные компьютерные программы для создания единой системы медицинской документации. Это поможет в борьбе с очередями и избавит пациентов от беготни из кабинета в кабинет. Этому направлению надо уделять больше внимания. Сегодня в регионе необходимое программное обеспечение имеется далеко не везде или не используется должным образом», – рассказал сопредседатель регионального штаба ОНФ Александр Губин.

Представители регионального Департамента здравоохранения поддержали предложение экспертов ОНФ заняться поисками нового программного обеспечения и оперативно начать его внедрение. Также они выразили готовность присоединиться к совместному проекту Российского научного центра «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова и ОНФ, который носит название «Дружественная среда». Он был разработан для внедрения идеи партнёрства в работе медицинских учреждений.

«Среда, дружественная пациенту, является парадигмой решения вопросов удовлетворённости граждан медицинской помощью. Внедрение должно начинаться с выработки миссии и ключевых ценностей всего учреждения и затем распространяться по подразделениям, а не наоборот. Участвовать должны все учреждения. Реализовывать этот проект локально нет смысла», – отметил А.Губин.

Эксперты ОНФ продолжат держать на контроле состояние очередей в Курганском областном перинатальном центре, а также окажут консультационную помощь Департаменту здравоохранения региона и его подведомственным учреждениям в реализации проекта «Дружественная среда».

Валентин МАЛОВ.

МИА Cito!

Деньги

На недавнем заседании правительства Челябинской области министр здравоохранения региона Сергей Кремлев рассказал о том, как экономят бюджетные средства в южноуральской системе здравоохранения.

Сэкономили – повысили зарплату

Вспомнив слова Президента РФ Владимира Путина о поручении субъектам власти на местах сократить расходы и найти способы более экономно использовать бюджет, в своём выступлении министр здравоохранения региона рассказал, что за прошедшее время в этом направлении проделана большая работа. Теперь областной бюджет формируется по программно-целевому принципу, расходы закладываются строго на целевые программы. Например, на госпрограмму развития здравоохранения Челябинской области на 2015-2017 гг. направлено более 26 млрд руб. При этом средства федерального бюджета составляют всего 6,6% от общего объёма финансирования.

Чтобы оптимизировать расходы бюджета, областной Минздрав изменил систему планирования бюджета, выстроил строгую систему контроля, объединил несколько учреждений.

Так, в 2015 г. в Челябинске объединены детские санатории № 1 и № 6, а областная научная медицинская библиотека присоединена к областной больнице. В 2016 г. челябинская поликлиника № 9 присоединена к горбольнице № 11, детская поликлиника № 10 – к детской горбольнице № 1, областная дезинфекционная станция № 1 перешла в областную клиническую больницу № 3. Кроме того, ликвидированы управления здравоохранения администрации Златоуста и Миасса. Также в нынешнем году планируется ликвидация управления здравоохранения администрации Коркинского муниципального района. Процесс ликвидации связан с передачей муниципальных учреждений в государственную собственность, после которой функции муниципалитетов по организации здравоохранения будут централизованы в Минздраве.

– Особое внимание мы уделяем снижению неэффективных расходов. В этом году более 40% экономии даёт грамотное использование энергетических ресурсов, более 10% – эффективное использование зданий и площадей, оптимизация численности персонала и передача функций на аутсорсинг. Сэкономленные средства пойдут на повышение заработной платы отдельным категориям работников. Также на оплату труда направляются более 50% средств, получаемых за платные услуги медучреждений, – сообщил Сергей Кремлев.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Дословно

Мэр пообещал поддержку медицине

Мэр Москвы Сергей Собянин встретился с врачами, ректорами вузов, деятелями культуры и искусства, проживающими в столице. На этой встрече, собравшей более 40 человек ведущих представителей Москвы во многих важных сферах жизни, шёл разговор о том, что уже сделано, и что ещё предстоит сделать в столице для того, чтобы условия жизни москвичей и её гостей стала комфортнее.

«Здесь собрались люди, которые много сделали для города, для страны, вы поддерживали партию, которую создавал Президент России в сложные для страны моменты, некоторые были моими доверенными лицами на выборах мэра Москвы, – отметил Собянин. – Сегодня мы снова стоим перед выбором – нам предстоит обновить Госдуму, но речь идёт не о выборе отдельных депутатов, а о выборе направления движения всей страны».

Доверенные лица выделили волнующие горожан вопросы, на которые администрация столицы должна ответить в ближайшее время. Среди них – проблемы здравоохранения.

«Сейчас я могу с уверенностью сказать: московские клиники оснащены самой современной медицинской техникой. В результате продолжительность жизни москвичей значительно выросла. Будет ли Москва дальше заниматься реформированием? Уже занимается. Внедряются новые городские стандарты во взрослых и детских поликлиниках, совершенствуется взаимодействие амбулаторного и стационарного звеньев», – сказал мэр.

На встрече было подчёркнуто, что чрезвычайно важную роль в профориентации школьников играют сейчас профильные классы, поэтому столичные власти уделяют и будут уделять внимание взаимодействию школ и вузов. Тему прямой связи школ с вузами продолжил ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко, отметив, что в столице заработала цепочка: медицинские школьные классы – медицинский вуз – университетская клиника.

«Первым МГМУ им. И.М.Сеченова совместно с Департаментом образования Москвы реализуется проект «Медицинский класс в московской школе». Сегодня в этом проекте 73 школы. Уже сейчас можно отметить насколько качественно вырос уровень подготовки абитуриентов из профильных классов.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Санитарная зона

Инфекцию в Россию не допустим!

В этом году 732 человека с признаками инфекционных заболеваний пытались въехать в Россию. Но не въехали. Это – результат работы Роспотребнадзора по осуществлению санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через границу.

Всего на наличие инфекционных заболеваний в нынешнем году было досмотрено более 9,3 млн человек. В том числе, из стран Южной и Центральной Америки, Юго-Восточной Азии и Африки – более 1,5 млн.

К ввозу на территорию РФ также запретили более 3 тыс. т грузов, представляющих опасность для населения, сообщили в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. На наличие инфекционных заболеваний досмотрено 10,6 тыс. транспортных средств.

Всего в первом полугодии этого года санитарно-карантинный контроль проводился в 242 пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

Иван МЕЩЕРСКИЙ.

МИА Cito!

Идеи

В соответствии с Международной классификацией болезней

Предложение внести в перечень социально значимых заболеваний синдром профессионального выгорания направлено главе Правительства РФ Дмитрию Медведеву. По мнению автора послания – депутата Госдумы Олега Михеева, временем для лечения этого заболевания может стать оплачиваемый академический отпуск.

«Синдром «профессиональное выгорание» включён в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) и может быть найден среди проблем, связанных с трудностями поддержания нормального образа жизни. Кроме того, всё больше данных свидетельствует о том, что этот синдром клинически и нозологически схож с депрессией», – полагает депутат.

Олег Михеев обращает внимание на то, что во многих странах Европы, диагноз «профессиональное выгорание», поставленный пациенту, является основанием для проведения тщательного лечения, которое может растянуться не на один месяц.

«Работники, «сгоревшие на работе» на законных основаниях выходят на больничный и проходят курс реабилитации с сохранением сначала полного, а впоследствии частичного размера заработной платы, в зависимости от продолжительности лечения», – пишет парламентарий. Автор обращения считает, что этот синдром характерен и для нашей страны, поэтому его стоит внести в перечень социально значимых заболеваний.

Игорь САВРАНСКИЙ.

МИА Cito!

Встреча выпускников Винницкого медицинского института им. Н.И.Пирогова 1971 года выпуска состоится 19.09.2016 в 10:00

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Конечно, эта работа строилась не на пустом месте. Система медицинского обслуживания водников имела давние традиции. Врачей и медицинских сестёр в такие специализированные больницы принимали, как правило, после конкурсного отбора. Поэтому лечебные учреждения становились больницами передового опыта. Что касается Нижнего Новгорода, например, то на всю страну была известна урологическая школа, во главе которой стоял профессор Евгений Шахов. Он одним из первых в нашей стране провёл операции по замене мочевого пузыря, удалённая часть которого формировалась из тканей кишечника, к «обновлённому органу» подшивались мочеточники. Таким образом полностью восстанавливалась прежняя функциональная активность, не страдало качество жизни больного. Сегодня дело профессора Евгения Шахова продолжают в Приволжском окружном медицинском центре его ученики. Они бережно хранят заложенные им традиции и развивают их.

На новом этапе больницы на повестку дня встал вопрос не только развития высоких технологий, но и научных исследований. 14 кафедр Нижегородской государственной медицинской академии, которые расположены на базе Приволжского окружного центра включились в эту большую работу. Активно центр взаимодействует и с Институтом прикладной физики РАН, Нижегородским университетом им. Н.И.Лобачевского. Только регионом в центре не ограничились, пошли дальше. Например, взаимовыгодное сотрудничество сложилось с лабораториями университета города Эссен (Германия), медицинского факультета Университета Тампере (Финляндия), клиникой Майе (США). То есть сложные направления, которые сегодня стали визитными карточками центра, развивались с учётом опыта и исследований известных мировых университетов и клиник. Приволжский центр не достиг бы таких высот, если руководство не поддерживало участие и выступления своих сотрудников на научных конференциях и симпозиумах. Уникальная атмосфера товарищества и взаимопомощи врачей и администрации, уважения и внимательного отношения к пациентам заставляла стремиться коллектив к самосовершенствованию.

С 2009 г. Приволжский центр стал работать в системе ФМБА России.

– После переподчинения обслуживающий контингент резко расширился, – продолжает директор Приволжского центра. – На нас возложили ответственность за здоровье сотрудников крупных заводов, работающих на атомную промышленность, Роскосмос. Мы стали проводить профилактические осмотры и отвечать за здоровье сотрудников МЧС. Чтобы такая диспансеризация проводилась на должном уровне, к нам присоединили медсанчасти, которые работали на территории Нижнего Новгорода (№ 134 и № 153, ранее обслуживавшие крупные оборонные заводы). Благодаря этому, мы имеем 1200 коек и являемся вторым по величине медицинским комплексом в Нижнем Новгороде.

Сегодня Приволжский центр располагает 4 больницами в различных районах города, каждая из которых решает конкретные задачи. Среди них есть многопрофильные и, наоборот, монопрофильные лечебные учреждения. Тем не менее, главным стало не расширение имеющихся мощностей, а увеличение объёмов оказания медицинской помощи. Когда реорганизация только начиналась, в Приволжском центре проводили около 300 операций в год, теперь их делается около 12 тыс. До этого момента лечебное учреждение имело всего 120 квот (как принято называть профинансированные объёмы) на

Макет будущей больницы № 3

Ориентиры

Клиника больших объёмов

Сергей Романов

оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи. Сейчас их выделено 60 тыс. Центр зарабатывает средства, используя различные источники финансирования (ОМС, бюджет, ДМС, платные услуги).

При этом значительную часть операций, которые выполняют нижегородские хирурги на территории области больше нигде не делают. По сути, врачи центра часто являются пионерами в применении новых методов лечения. Особенно, когда это касается хирургии печени, поджелудочной железы.

По мнению Сергея Романова, наиболее сложным видом медицинской помощи, которая за последние годы поставлена на поток, стала всё-таки трансплантация. Подготовка к первым операциям по пересадке органов потребовала 2 лет напряжённой работы. С нуля и за короткое время создавались службы органного донорства, сопровождения, выстраивалась единая система отбора реципиентов. Конечно, всё это делалось во взаимодействии с Государственным научным центром Российской Федерации федеральным медицинским биофизическим центром им. А.И.Бурназяна. Благо транспортные возможности сегодня такие, что забранный орган донора легко доставить из Нижнего Новгорода в Москву или, наоборот, из столицы в город на Волге.

Из клинических направлений развития Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России можно назвать: развитие гибридных технологий, реабилитационно-восстановительных методик, малоинвазивных технологий, трансплантацию органов и тканей, онкологию, ядерную медицину. В 2015 г. впервые в клиническую практику был внедрён метод брахиотерапии в лечении рака предстательной железы с применением I 125. О том, что провозглашённые приоритеты не остались на бумаге свидетельствуют и такие факты. Приволжский центр входит в пятёрку клиник нашей страны, которые осуществляют пересадку печени. Он также в числе 20 учреждений, которые проводят пересадку почки. Кроме того, Приволжский центр является одним из 19 центров в стране, которые используют брахиотерапию. Его по праву можно назвать лидером по количеству проведённых сложных вмешательств на печени. Причём, речь чаще всего идёт о тяжёлых поражениях различной локализации, не обязательно связанных с онкологическими заболеваниями. Здесь накопили огромный опыт проведения вмешательств при эхинококкозе и других паразитарных заболеваниях.

Приволжский центр, как лечебное учреждение ФМБА России, решает и особые задачи. Мобильный госпиталь в состоянии оказывать медицинскую помощь в чрезвычайных и экстремальных ситуациях. В его структуре – операционная, реанимация, специ-

В дневном стационаре

альные реанимобили. И его уже задействовали при оказании медицинской помощи беженцам с Украины в Ростовской области, пострадавшим при теракте в Северной Осетии, помощи жителям Абхазии.

Гордятся здесь и центром спортивной медицины. Его сотрудников приглашают для обслуживания крупных соревнований. Они выезжали на медицинское сопровождение Универсиады в Казань, Олимпиады и Паралимпиады в Сочи. Сейчас рассматривается вопрос об углублённом медицинском освидетельствовании спортивных команд регионов. Составляются списки ветеранов спорта, которых также думает взять под своё крыло коллектив Приволжского окружного медицинского центра.

Есть в этом лечебном учреждении и служба скорой помощи, которая работает в рамках государственного задания. Кроме того, воспользоваться медицинским обслуживанием может не только прикреплённый контингент, который работает в атомной промышленности или на водном транспорте, но и население ближайших районов, которые обращаются в поликлиники центра по полису ОМС.

Отдельного рассказа заслуживает центр амбулаторного гемодиализа. На базе Приволжского центра создаётся и такое подразделение – филиал факультета последипломного образования ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна.

– Мы очень тесно сотрудничаем с медико-санитарной частью № 158 из города Сарова, – продолжает Сергей Романов. – На нашей базе постоянно проходят мастер-классы врачей из Москвы, Санкт-Петербурга. Во главу угла ставятся три задачи: безопасность для пациента, высокие результаты лечения, отличный сервис. Перспективное направление, о котором также очень трудно рассказать в рамках одной газетной публикации – персонализированная медицина. Сегодня наука в состоянии выпустить генный паспорт человека, стоимость которого оценивается в 100 тыс. руб. На Западе аналогичное исследование стоит порядка 6-7 тыс. евро. Шаг за шагом реализуется программа, которая обещает изменить подходы к лечению многих заболеваний.

Несмотря на непростую экономическую ситуацию, у коллектива Приволжского центра много планов. Вот некоторые из них. Следующей операцией, которую здесь планируют осуществить по пересадке органов, станет в конце этого года трансплантация поджелудочной железы. В отделении офтальмологии готовятся к пересадке роговицы. В оториноларингологическом – к установке кохлеарных имплантатов. А ещё будет очень многое делаться для улучшения оказания медицинской помощи онкологическим больным. Рассчитывают здесь и на внедрение ядерной медицины, осуществление лучевой терапии на новом уровне.

– Мы ставим задачу, чтобы человек, который обратился в Приволжский центр, мог получить полный цикл диагностики и лечения, – подытоживает С.Романов. – Такая система закладывалась сразу, а не появилась в последние годы. Иначе лечение затягивается и не даёт должного эффекта. В нашей стране немало прекрасных клиник, которые оказывают медицинскую помощь по полису ОМС. В них работают квалифицированные врачи, которые в состоянии поставить точный диагноз на самых ранних стадиях болезни. Проблема в другом. Дальше больному выдаётся заключение, прочитав которое он долго думает, куда ему следует обращаться для продолжения лечения. Не факт, что его направят именно туда, где больному смогут помочь. Кроме того, притчей во языцех стало прохождение по нескольку раз больными одних и тех же исследований или повторная сдача анализов, потому что лечащий врач верит только тем, которые проведены непосредственно врачами его больницы. Между тем, всё должно выполняться по стандарту, который подразумевает высокое качество исследований. Чтобы незачем было перепроверять ранее выданное заключение. И в системе ФМБА это уже стало реальностью. Наконец, в Приволжском центре современные решения в организации работы персонала позволяют успешно справляться с нарастающим потоком пациентов, избегая очередей, добиваясь наивысшего уровня сервиса и качества лечения.

Алексей ПАПЫРИН,
спец. корр. «МГ».

Москва – Нижний Новгород.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Ситуация

Заложники «оптимизации»

Как преодолеть несовершенство лечения орфанных патологий?

Пациент с редким (орфанным) заболеванием является индикатором системы здравоохранения в стране и требует особых процедур и пристального отношения со стороны врачей и администраторов. Это подчёркивалось на прошедшем «круглом столе» «Дальнейшее развитие маршрутизации пациентов с редкими заболеваниями в России», который прошёл в Общественной палате РФ.

В нынешней сложной экономической ситуации в нашей стране пациенты с редкими заболеваниями оказываются заложниками «оптимизации» и экономии бюджетных средств, направляемых на их лечение. Председатель Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни Владимир Нероев напомнил, что в 2015 г. на базе Морозовской детской городской клинической больницы был создан Московский центр орфанных патологий, который вносит очень большой положительный вклад в лечение таких больных.

Однако пациенты жалуются на несовершенность созданной системы. «Несмотря на то, что больные наблюдаются в этом центре, им необходимо посещать другие медицинские учреждения для лечения и выписки рецептов. Родители тратят очень много времени на то, чтобы обеспечить ребёнка со всех сторон. Кроме того, пациенты рискуют заразиться другими инфекционными заболеваниями в рамках этих посещений», – отметил член палаты.

Дневные стационары – нормальная практика в лечении орфанных заболеваний

Чтобы родители тратили меньше времени на изучение схемы действий, начиная от обследования ребёнка до получения заключения, председатель Комиссии Общественной палаты РФ по безопасности и взаимодействию с Общественной наблюдательной комиссией Антон Цветков предложил пациентским организациям на базе Департамента здравоохранения Москвы издать информационную брошюру обо всех изменениях в понятной для всех форме: вопрос – ответ.

«Всем уже понятно, что пациенты настолько глубоко погружены в специфику муковисцидоза и настолько сплочены, что могут на равных общаться с врачами», – считает А.Цветков. Помимо этого он предложил провести анонимное анкетирование для определения круга проблем путём постановки бокса в Морозовской больнице.

По мнению пациентов, только лечение в домашнем стационаре будет иметь эффективность. К факторам, ухудшающим состояние детей, они отнесли непроверенные дженерики, перекрёстные инфекции, отсутствие преемственности между медицинскими специалистами и плохую экологию.

Но заведующая отделением пульмонологии и аллергологии НИИ педиатрии Научного центра здоровья детей Минздрава России Ольга Симонова ответила родителям маленьких пациентов, что дневные стационары – это нормальная практика, которая успешно функционирует на всех континентах.

Первый заместитель главного врача Морозовской детской городской клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор Елена Петряйкина объяснила участникам «круглого стола», что отпуск рецепта врачом после осмотра ребёнка – это законодательная норма. «Мы часто идём навстречу родителям, если получаем справку от педиатра о состоянии ребёнка, но это неправильно, – сказала она. – Из-за некорректной выписки рецепта участковыми врачами происходит сбой в поставке лекарств. Перебои с лекарствами в Морозовской больнице мы решаем своими силами. Нам ещё есть над чем работать в плане преемственности, но очень много сил тратится на конфликты». По словам Е.Петряйкиной, необходимо законодательно закрепить возможность лечения на дому.

Для прозрачной маршрутизации пациентов с орфанными заболеваниями, – подчёркивалось на заседании, – необходимо дальнейшее совершенствование общего перечня документов и административных действий, определение ответственных на каждом этапе ведения пациента с орфанным заболеванием.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Андрей Старшинин заявил, что они готовы организовать встречу для решения вопросов. «Для пациентов с муковисцидозом нужно создавать особые условия, и мы идём в этом направлении», – подчеркнул он.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Cito!

На контроль!

В плачевном состоянии…

Такова обстановка в ряде медучреждений Еврейской автономной области

Несмотря на то, что власти Еврейской автономной области принимают меры по улучшению ситуации в здравоохранении, медицинская помощь в регионе продолжает оставаться не на должном уровне. Такой вывод сделали активисты Общероссийского народного фронта (ОНФ) после инспекции ряда медучреждений ЕАО.

Итоги проверки были обсуждены на совещании в Биробиджане с участием губернатора области, представителей федерального Минздрава и Росздравнадзора, исполнительной и законодательной власти ЕАО. Активисты ОНФ, в частности, отметили неудовлетворительную работу тубдиспансера, помещения которого даже не отвечают санитарно-гигиеническим нормам, и детской областной больницы, где чрезвычайно высока нагрузка на педиатров.

Решение об инспекции в ЕАО было принято после заседания рабочей группы Минздрава России и ОНФ по исполнению поручений Президента РФ по итогам форума фронта «За качественную и доступную медицину!», поскольку по сигналам местных журналистов и активистов ОНФ ситуация в здравоохранении области продолжала оставаться тревожной. Из-за нерешённых системных проблем в сфере здравоохранения ЕАО лидирует в негативном смысле по семи из восьми демографических показателей (среди которых общая и младенческая смертность, смертность от инфекционных заболеваний, туберкулёза, новообразований, системы органов дыхания, ДТП) в среднем по России и по всем восьми демографическим показателям в Дальневосточном федеральном округе.

Несмотря на то, что лабораторная служба, ликвидированная ещё в 2002 г., в мае этого года была восстановлена на базе областной больницы, она работает только в дневную смену и проводит исследования лишь для трети поступающих в больницу пациентов. Кроме того, в коммерческие лаборатории биоматериал доставляется силами самих медорганизаций, что вызывает у пациентов обеспокоенность качеством исследований.

Активисты ОНФ отметили, что наметились положительные изменения в работе онкодиспансера: заработала клиническая лаборатория, установлено оборудование – рентгенокомплекс, выделены помещения под установку МРТ и для эндоскопического отделения. Однако участники инспекции выразили обеспокоенность крайне неудобной логистикой обследования онкобольных – поликлиника, стационар, лаборатория и МРТ расположены в разных зданиях, создаваемое отделение эндоскопии по плану тоже будет расположено отдельно. Активисты ОНФ предложили разместить все отделения в одном помещении, тем более что оно имеется.

Удручающее впечатление произвёл тубдиспансер: здание не просто требует косметического ремонта, оно не отвечает требованиям санитарно-гигиенических норм, отсутствует вентиляция, раздельное содержание госпитализированных с разной степенью тяжести заболеваний. Больные находятся в одном отделении и заражают друг друга, усугубляя состояние здоровья. Диагностика в тубдиспансере находится в плачевном состоянии, нет реактивов и расходных материалов с сентября 2015 г., недостаточно оборудования, на лечение больного выделяется 73 руб., притом, что стоимость годового курса лечения пациента составляет от 600 тыс. до 2 млн руб. Одним из факторов реабилитации пациента является усиленное питание, которое невозможно организовать на 179 руб. в сутки (такую сумму регион выделяет диспансеру на питание одного пациента).

Детям в стационарных условиях медицинских организаций ЕАО не оказывается помощь в лечении туберкулёза. Ранее маленькие пациенты направлялись на лечение во Владивосток, однако с мая 2015 г. приём детей в медучреждения Приморского края приостановлен, так как за уже оказанные услуги не поступила оплата.

В детской областной больнице активисты ОНФ обнаружили неработающий инфомат (электронный терминал, с помощью которого можно записаться к нужному врачу). Запись производится только при личном присутствии в регистратуре, нагрузка на врачей-педиатров высока, а запись на УЗИ – на два месяца вперёд, при том, что по действующему приказу этот срок не должен превышать 14 дней. Одна из мам, ожидающих в очереди, пояснила, что ожидает времени приёма более 2 часов.

«В результате последней проверки Росздравнадзора в январе 2016 г. в рамках оптимизации всем учреждениям здравоохранения ЕАО были резко сокращены объёмы госгарантий, из-за чего их руководители оказались перед выбором: сокращать и без того неукомплектованные почти наполовину штаты врачей и медсестёр или практически в два раза урезать им заработную плату. Так, например, территориальный фонд ОМС на 2016 г. изменил для областной детской больницы ЕАО объём госгарантий. Теперь больница имеет право принимать лишь 65 пациентов в месяц, хотя по факту в детской больнице продолжают получать медпомощь 99 пациентов, как и раньше. В результате объём недофинансирования этого медучреждения за первое полугодие составил 7 млн руб.», – отметила на совещании по итогам инспекции эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», депутат Госдумы РФ Разиет Натхо.

Эксперт указала на необходимость выплат подъёмных молодым специалистам, которых на всю область 14 человек, для погашения этой задолженности требуется менее 2 млн руб.

Губернатор ЕАО Александр Левинталь отметил, что обеспеченность врачами составляет 43%, а средний показатель совместительства по региону высокий – 2,1 ставки (в то время как этот показатель в среднем по России за 2015 г. составил 1,43 ставки), то есть потребность в молодых специалистах велика, однако привлечь их сложно. И неисполнение обязательств по подъёмным только отпугивает молодых специалистов.

Р.Натхо особенно подчеркнула, что многие проблемы носят организационный характер и не всегда требуют значительных материальных затрат. В ответ губернатор пообещал рассмотреть предложение депутата об организации онкодиспансера на одной территории, закупить аппарат УЗИ для детской больницы и начать выплаты молодым врачам уже к сентябрю.

Участники заседания отметили, что благодаря усилиям ОНФ и взаимодействию рабочей группы с Роздравнадзором удалось с начала года сократить объём простаивающего оборудования с 120 до 59 единиц. Власти заверили, что усилят работу по нормализации работы областной системы здравоохранения в ЕАО. Однако это станет возможно после того, как, по словам главы региона А.Левинталя, к концу июля к должностным обязанностям приступит новый руководитель Управления здравоохранения автономной области.

Эксперты ОНФ также отметили, что Минздраву России и Росздравнадзору необходимо оказать содействие руководству ЕАО в решении кадровых вопросов системы здравоохранения. Возможно, привлечь для решения этой проблемы медицинские профессиональные сообщества и организации.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Чтобы пациент был доволен

На этот путь пытается ориентироваться наша фармпромышленность

Существенные темпы роста российской фармацевтической промышленности, её стабильность, привлекательность для иностранных и отечественных инвесторов отметил экспертный совет при Комитете Госдумы РФ по промышленности на своём заседании на тему «Актуальные вопросы импортозамещения: соблюдение баланса между протекционистскими мерами и интересами пациентов».

Опережая темпы импорта

Это стало возможным благодаря государственной политике, направленной на поддержку отечественных производств, констатировал первый заместитель председателя комитета, председатель Экспертного совета по развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности Владимир Гутенев.

По его словам, динамика развития отечественных фармпроизводителей существенно опережает темпы ввоза импортных лекарственных препаратов в страну. Только в апреле 2016 г. российские компании отгрузили со своих складов продукции на общую сумму 33,3 млрд руб., динамика (темп роста) с аналогичным месяцем прошлого года составила рекордные 55,9%. Суммарно, с начала года отечественные производители поставили лекарственных препаратов собственного производства на сумму 93,9 млрд руб., динамика в сравнении с прошлогодними показателями составила 38,5%.

Доля отечественных жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов составляет 72,4%. Доля отечественных лекарственных препаратов в общем объёме государственных закупок составила 25% в денежном выражении и 69% в натуральном выражении. За последние 5 лет фармацевтическая отрасль привлекла свыше 120 млрд руб. частных инвестиций иностранных и отечественных компаний при объёме средств федерального бюджета более 20 млрд руб. В 2015 г. открыто 6 фармацевтических заводов. Всего с 2013 г. введено в эксплуатацию 19 фармацевтических производственных площадок, в том числе 7 с участием иностранного капитала.

О развитии фармацевтической и медицинской промышленности, а также о мерах государственной поддержки рассказала директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Ольга Колотилова.

В её выступлении и в докладах других экспертов, отмечалось, что, реализуя политику импортозамещения в рамках своих полномочий, федеральные органы власти способствуют притоку инвестиций и развитию компетенций российских компаний и в сфере разработки, и в производстве.

Минпромторгом России сформированы 20 отраслевых планов, с которыми синхронизируются региональные планы по выпуску импортозамещающей продукции. По данным министерства, в области фармацевтического производства в 2015 г. за счёт государственной поддержки появилось 29 новых лекарств и 17 медицинских изделий. Как заявила О.Колотилова, «сейчас мы любую лекарственную форму можем сделать». По её словам, осталась проблема только с фармсубстанциями.

Приоритет нашим производителям

В целях поддержки отечественной промышленности в 2016 г. Правительством РФ утверждены четыре новые программы и увеличен объём финансирования. В результате созданы кластерные структуры на территории страны, при этом многие иностранные компании локализовали свои производства в России.

Члены Экспертного совета и участники заседания в своих выступлениях отмечали ряд принятых нормативно-правовых актов, направленных на поддержку производства отечественных лекарственных препаратов, позволяющих заказчикам отклонять заявки с иностранными лекарственными препаратами в случае наличия предложений от двух и более российских производителей, а также указывали на меры финансовой поддержки отечественных разработок и производств.

Было отмечено, что российскими компаниями успешно осваиваются следующие технологии и компетенции: моноклональные антитела, инсулины и их аналоги, цитокины и факторы роста, рекомбинантные факторы свёртывания крови, рекомбинантные ферменты и вакцины, клеточная терапия и др.

Заседание Экспертного совета по развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности в самом разгаре

По словам директора Департамента фармацевтической промышленности – заместителя министра здравоохранения Республики Беларусь Валерия Шевчука, представившего на заседании опыт своей страны по поддержке локальных производителей, в республике работа по импортозамещению также начиналась с законодательного закрепления льгот и ссуд на переоснащение производства. Так, за 4 года объём инвестиций составил 170 млн долл. США для госкомпаний, более 120 млн привлечено с рынка, более 50 млн составили иностранные инвестиции.

В.Шевчук также рассказал о структуре фармпроизводства в стране, о том, что большое внимание сейчас в Белоруссии уделяется сертификации, в частности, на соответствие требованиям GMP. По его словам, за 4 года было освоено порядка 500 новых лекарств «с упором на дженерические препараты». Он подчеркнул, что с появлением белорусских аналогов иностранные препараты понижались в цене от 2 до 6 раз.

Ещё одни «жёсткие и действенные меры», по словам белорусского чиновника, – лишение лицензии при отсутствии в производстве жизненно необходимых препаратов. Сейчас в районных больницах используется более 75% белорусских лекарств, в областных – более 70% , в республиканских – порядка 50%. «Объём рынка импортной составляющей существенно снизился, при этом жалоб от населения не поступало», – заявил В.Шевчук и выдвинул ряд предложений в области кооперации как в производстве фармпрепаратов и медтехники, так и в осуществлении контроля.

О влиянии процессов интеграции и СМИ на облик отечественного производителя говорил на заседании совета председатель правления Ассоциации евразийских фармацевтических производителей Дмитрий Чагин. На чём строится доверие врачей к фармацевтическим производителям, пыталась разъяснить президент Московской диабетической ассоциации Эльвира Густова. Другие эксперты задавались вопросами информирования пациентского сообщества как неотъемлемой части современного фармацевтического рынка и развития регуляторных процедур для обеспечения доступа на рынок безопасных, качественных, эффективных лекарственных препаратов.

Подводя итоги обсуждения, В.Гутенев озвучил некоторые рекомендации экспертного совета. В частности, Министерству промышленности и торговли РФ предложено предусмотреть меры по стимулированию «более глубокой локализации производства социально значимых лекарственных препаратов», в том числе, «не допустить продления сроков признания упаковки лекарственных препаратов достаточной стадией производства отечественной продукции», а также принять меры по законодательному закреплению этого механизма. Предлагается оказать поддержку отечественным производителям фармацевтических субстанций и производителям лекарственных препаратов полного цикла.

Министерству здравоохранения РФ рекомендовано разработать и внести в Правительство России нормативно-правовой акт, устанавливающий механизм ускоренной регистрации (по аналогии с существующим механизмом регистрации средств для лечения редких заболеваний) инновационных лекарственных препаратов, предназначенных для лечения социально значимых и угрожающих жизни заболеваний, на основании доказательного сокращённого объёма данных клинических исследований.

Члены экспертного совета также обратились к Минздраву с просьбой разработать и внести в Правительство РФ нормативно-правовой акт, направленный на реализацию механизмов «раннего доступа» пациентов к разрабатываемым лекарственным препаратам, по примеру существующих мировых практик.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Cito!

Рядом с нами

Долгий путь к нёбу

Его часто приходится проделывать оториноларингологам

На эту операцию Валентина Ф. решилась после... ссоры с соседями. Семейная пара, живущая через стенку, пустила слух, что у женщины в квартире появился приходящий мужчина, из-за храпа которого не может уснуть весь дом. Сама же Валентина Ф. на сон никогда не жаловалась. Но узнав, что её обвиняют в аморальном поведении, отправилась на обследование к доктору. Выяснила, что богатырские звуки издаёт её собственное горло. После чего, не раздумывая, согласилась на сложнейшее хирургическое вмешательство, чтобы избавиться от причин храпа и вернуть своё доброе имя.

Обычно, такое лечение начинается с восстановления адекватного носового дыхания. Если носовая перегородка кривая, то её нужно исправить, вернуть в анатомически правильное состояние, проверить нижние носовые раковины, которые находятся в дыхательной зоне, носовые ходы, если там есть полипы, какие-то новообразования, то их нужно удалить.

Следующий этап – проверка состояния нёба и нёбного язычка. Если они провисают, то нужна коррекция.

Операция прошла успешно!

«Храп – это на самом деле серьёзное заболевание. Как следствие ронхопатии, развивается синдром ночного апноэ, остановка дыхания, – поясняет, заведующий отделением оториноларингологии Челябинской областной клинической больницы Илья Скирпичников, – такие остановки бывают до одной минуты. Они случаются из-за разного рода патологий в глотке и гортани. Апноэ вызывает тяжёлые последствия: в четыре раза повышается риск развития нарушения ритма сердца, что приводит к инсультам, инфарктам и даже смерти. Поэтому это повод, чтобы не посмеяться над человеком, а обратиться к специалисту за помощью. Если этого не сделать, то закончиться всё может очень плачевно».

Проблема широко распространена, но далеко не все обращаются за помощью. Некоторые стесняются, многие считают собственный храп проблемой окружающих. По статистике 30-45% взрослого населения храпит. Болезнью можно считать, когда в обычном, трезвом состоянии человек во сне постоянно храпит, не дышит адекватно, утром просыпается разбитым, потом возникает дневная сонливость. По данным статистике ДТП до 20% уснувших за рулём относятся именно к храпунам.

Чаще всего ронхопатией страдают люди с избыточным весом. Таких пациентов – 40-60% от общего числа, далее в группе риска находятся перешагнувшие 60-летний рубеж, как мужчины, так и женщины; имевшие в прошлом какие-либо травмы носа или патологии развития лицевого скелета тоже попадают в число пострадавших.

Один из самых отягощающих факторов – курение. Причины возникновения храпа можно условно разделить на три части. Первые связаны с нарушениями носового дыхания, вторые – в каком состоянии находятся мягкие ткани: корень языка, мягкое нёбо и нёбный язычок, третьи – неврологические.

Однако до недавнего времени большого значения ронхопатии и апноэ не придавалось. Да и непонятно было, кто должен лечить таких пациентов. На Южном Урале сейчас этой патологией занимается Сомнологический центр ЧОКБ, который объединил работу специалистов сразу несколько направлений – оториноларингологии, нейрокардиологии, неврологии, кардиологии, эндокринологии, пульмонологии, физиотерапии. Это позволяет пациентам найти решение проблемы, заходя в больницу буквально с любого входа и любого специалиста, минуя лишние этапы.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».
Челябинск.

Фото автора.

Медицинская газета

№ 57 • 3. 8. 2016

Акценты

Гепатит, как жизнь

Об этом говорят врачи, пациенты и художники

В последнее время в терапии гепатита С – заболевания коварного и, к сожалению, продолжающего распространяться достаточно быстро, произошли кардинальные изменения, позволившие медикам во весь голос заявить: он излечим! Это стало возможным благодаря внедрению в клиническую практику целого ряда противовирусных препаратов прямого действия. Комбинации этих препаратов воздействуют на вирус на разных этапах его жизненного цикла. Согласно данным клинических исследований, их эффективность, как правило, превышает 90% и демонстрирует хороший профиль безопасности (см. «МГ» № 49 от 08.07.2015).

Состояние дел, новые возможности лечения и профилактики – предмет постоянного обсуждения медиками разных стран на мероприятиях, которые организует Европейская ассоциация по изучению печени (EASL). В частности, на 8-й международной конференции «Белые ночи гепатологии», проведённой под эгидой EASL, российские и зарубежные специалисты рассматривали наиболее актуальные вопросы терапии трудных пациентов с хроническим гепатитом С.

Как помочь трудным пациентам?

По словам руководителя отделения гастроэнтерологии и гепатологии Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи профессора Василия Исакова, накопленный опыт терапии хронического гепатита С противовирусными препаратами прямого действия позволяет оценить сложности и определить оптимальные подходы к терапии особых групп пациентов, в том числе, с выраженными изменениями печени и с тяжёлыми сопутствующими заболеваниями, не ответившими на предыдущую терапию.

– Современная антивирусная терапия приводит не только к эрадикации HCV-инфекции и излечению от хронического гепатита С, но и предотвращает развитие таких тяжёлых исходов, как цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома, серьёзные внепечёночные проявления болезни, – сообщил главный специалист гастроэнтеролог Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук, профессор Игорь Бакулин на симпозиуме «Лечение хронического гепатита С без интерферона в условиях реальной клинической практики: международные данные и первый российский опыт». По данным исследований, лишь 45% человек с декомпенсированным циррозом печени живут дольше 1 года, поэтому все они нуждаются в приоритетном и срочном начале терапии.

– В свою очередь, достижение устойчивого вирусологического ответа, как правило, способствует регрессии фиброза, снижению смертности и риска развития рака печени, предотвращению пересадки печени, – подчеркнул Игорь Бакулин.

Как отметил начальник кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, доктор медицинских наук, профессор Константин Жданов, в настоящее время накоплена обширная база данных применения противовирусных препаратов прямого действия в клинической практике многих стран мира и преимущества её очевидны.

Это подтвердил и профессор Роберт Флисиак из Медицинского университета Белостока (Польша) на основании результатов лечения современными препаратами в условиях реальной клинической практики разных стран (США, Германии, Франции, Польши, Израиля и Японии). Согласно им, эффективность и безопасность комбинированных схем лечения противовирусными препаратами прямого действия в реальной клинической практике соответствует данным, полученным в ходе клинических исследований.

Выставка работ художников отобразила внутренние переживания пациентов

С прошлого года современный безинтерфероновый режим терапии, эффективность которого в рамках клинических исследований достигала 97-100%, доступен и российским пациентам.

Одним из первых регионов, активно внедряющих новый подход терапии, стала Кировская область. По итогам 12-недельного лечения первой группы из 30 пациентов с ХГС генотипа 1 здесь 28 пациентов достигли устойчивого вирусологического ответа (УВО). Среди них четверо ранее безуспешно получали терапию интерфероном, а у 22 был диагностирован компенсированный цирроз печени. Все пациенты завершили полный курс терапии благодаря хорошей переносимости лечения.

Главный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения Кировской области Елена Тихомолова подчёркивает: в том, что созданы все возможности для лечения (и излечения!) пациентов с гепатитом С – заслуга энтузиастов-медиков, регионального Минздрава, которое их поддержало, и территориального фонда ОМС, обеспечившего финансирование данной программы.

Переживания и мысли – на полотне

Интересной оказалась выставка картин «Художники о гепатите С», созданных художниками под впечатлением от общения с пациентами, излечившимися от гепатита С. В 2015 г. подобную экспозицию – «Перспективы» можно было увидеть на конференции EASL в Вене. Начиная с прошлого года художественный проект реализуется и в России с целью изменения мнения общества об этом серьёзном заболевании.

В проекте приняли участие студенты Российского государственного педагогического университета им. А.И.Герцена и другие. Молодые художники Ольга Зенина, Дарья Мацкевич, Анна Плюснина, Дарья Никитина, Ксения Мосова, Альфия Подзорова, Дмитрий Родин попытались передать ощущения и переживания людей с гепатитом С, их страдания и надежды, одиночество и радость исцеления.

У этих работ, созданных после встречи с реальными пациентами, характерные названия: «Изменения», «Отгороженность», «Становление», «Диалог», «Депрессия», «Преодоление» и т.п.

– Болезнь, как и жизнь – это путь, который ведёт к определённой цели. Жизнь во время болезни может быть «полноцветной», наполненной множеством событий, если не сдаваться и не опускать руки. Но для избавления от болезни нужно приложить усилия и «переплыть бурную реку», чтобы выйти на другом берегу, свободном от болезненных переживаний, – объясняет своё произведение «Путь» Ольга Зенина.

– На создание триптиха «Новая жизнь» меня вдохновила история одной пациентки, – рассказывает член Санкт-Петербургского общества акварелистов Альфия Подзорова. – Она поведала о том, как тяжело было осознавать, что внутри неё находится нечто, разрушающее её спокойную и благополучную жизнь. Но с этой пациенткой случилось настоящее чудо, она прошла курс лечения и поборола вирус! Перед ней открылись двери в её новую жизнь, о которой она мечтала вместе со своим любимым человеком. Наверное, именно эти мечты обрести крепкую и счастливую семью, стать мамой, давали ей силы надеяться и верить в своё исцеление.

А вот как комментирует свою работу «Между двумя мирами» Дмитрий Родин:

– В основе лежит история пациента, успешно закончившего лечение гепатита С и получившего известие об излечении за неделю до нашей встречи. Имея негативный предшествующий опыт лечения гепатита С, пациент чувствует себя на грани, между двумя мирами: ещё сильны переживания и ощущения, связанные с заболеванием, первым опытом лечения и совершенно отличающимся вторым опытом лечения – быстрым и лёгким. Но уже вырисовываются ожидания «новой жизни», стремление к событиям, которые долгое время откладывались из-за болезни. Впереди светит солнце, но в душе пациента тьма всё ещё борется со светом.

Знать – значит, побеждать!

Что же знают о заболевании люди, у которых был диагностирован вирусный гепатит С (ВГС)? Насколько они осведомлены о возможностях терапии?

Во время всемирного опроса пациентов HCV Quest, проведённого Международным альянсом по борьбе с гепатитом (WHA) при поддержке EASL, с участием 4 тыс. респондентов по всему миру, половина опрошенных призналась, что их лечащие врачи первоначально не смогли распознать симптомы заболевания, и менее 46% из них были направлены на соответствующую диагностику.

Судя по результатам, люди с хроническим гепатитом С, проживающие в Великобритании, Нидерландах и России имеют меньше шансов на выявление гепатита С, нежели пациенты с этим заболеванием в других странах, что увеличивает риск развития заболеваний печени, цирроза и рака печени.

Ждёт большая работа

«Данные российского отчёта показали, что нам предстоит большая работа, направленная на информирование как общественности, так и врачебного сообщества о гепатите С, важности массового скрининга и качественного лечения при выявлении заболевания. Не менее важным является искоренение из сознания россиян мифа о том, что гепатит С – болезнь маргиналов. Всё это позволит нам создать серьёзную платформу для решения стратегической задачи по уничтожению вируса гепатита С, поставленной ВОЗ в рамках Глобальной стратегии по борьбе с вирусными гепатитами», – подчеркнул главный специалист гепатолог Министерства здравоохранения Московской области кандидат медицинских наук Павел Богомолов.

В частности, только 30% российских респондентов было предложено пройти тест на гепатит С после того, как они рассказали о своих симптомах медицинским работникам. Для сравнения: менее чем 1 из 5 жителей Нидерландов (10%), Великобритании (16%), Белоруссии (16%) и Израиля (17%) было предложено пройти обследование после описания симптомов гепатита С лечащим врачом и более чем каждому второму пациенту в Китае (69%), Малайзии (66%), Египте (64%) и Румынии (54%).

У 30% россиян, принявших участие в исследовании, к моменту постановки диагноза имелось поражение печени, существовавшее длительный период (фиброз или цирроз).

Многие респонденты в России сообщили, что жизнь с гепатитом С оказала значительное или очень значительное влияние на их физическое (36%), эмоциональное (42%) и/или умственное/психологическое (57%) состояние.

Более того: две трети российских респондентов даже не знали о том, что такое гепатит С, до момента обследования. А 57% российских пациентов констатировали, что наличие гепатита С повлияло на их работу.

Да и во всём мире примерно четверть респондентов ощущали дискриминацию в коллективах – на работе, в учебных заведениях; они признались, что наличие вируса значительно изменило их планы на будущее.

“Всемирный опрос пациентов HCV Quest призван продемонстрировать достоверное состояние проблемы ВГС, начиная от диагностики и заканчивая лечением, непосредственно людей, живущих с таким диагнозом, – считает исполнительный директор Международного альянса по борьбе с гепатитом Ракель Пек. – Результаты опроса оказались поразительными: они показали, что не только значительная часть опрошенных не имеет представления о гепатите С до момента диагностирования вируса, но и врачи оказались не в состоянии диагностировать его. Это – критическая ситуация, которую необходимо в срочном порядке менять».

«Подход к терапии гепатита С не одинаков в разных странах мира. Для достижения глобальной цели элиминации гепатита С к 2030 г. большое значение имеют государственные комплексные планы, которые позволяют повысить уровень осведомлённости, предупреждения и диагностики гепатита С, а также побороть стигматизацию заболевания и дискриминацию пациентов», – подчёркивает президент Международного альянса по борьбе с гепатитом Чарльз Гор.

Это тем более важно, что по мнению специалистов, при широком охвате эффективной терапией гепатит С может стать первой в истории человечества инфекцией, побеждённой без вакцинации.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 53 (1992)

Диагностика аллергических заболеваний

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Распространённость аллергических заболеваний (АЗ) во всём мире постоянно возрастает как в развитых, так и, особенно, в развивающихся странах. В ряде регионов России и административных округах специализированная аллергологическая помощь пациентам ограничена и её обеспечивают врачи, работающие в первичной медико-санитарной помощи: терапевты, педиатры или представители узких специальностей, например, пульмонологи, оториноларингологи, дерматологи и другие. Специалисты обычно смотрят на аллергию с позиций своих органных интересов, тогда как аллергия системное заболевание, и у большинства пациентов отмечается аллергические поражения различных органов.

Более того, аллергия оказывает существенное негативное влияние на течение и прогноз любого заболевания человека, нередко является причиной непрогнозируемых тяжёлых, жизнеугрожающих реакций на медикаменты, пищевые продукты и другие внешние воздействия. В клинической практике смысловое использование термина «аллергия» определяется в рамках аллергических болезней, то есть – в «клинической аллергологии».

Аллергологи-иммунологи являются специалистами, занимающимися проблемами диагностики, терапии, реабилитации и профилактики отдельных групп заболеваний, характеризующихся особым видом гиперчувствительности к определённым аллергенам. К таким заболеваниям относятся: бронхиальная астма, поллиноз, аллергический ринит, аллергодерматозы (АтД, крапивница и ангиоотёки, АКД и др.), лекарственная и пищевая аллергия, инсектная аллергия и др. В настоящее время около 30% населения планеты страдает АЗ, в России – от 17,5 до 30% (данные Института иммунологии), что значительно выше данных официальной статистики в России, по которым распространённость АЗ на порядок ниже действительных, объективных данных. В то же время 50-60%, так называемых, хронических «аллергических» проявлений являются результатом других болезней и нарушений, но не аллергических.

В целях повышения эффективности диагностики и лечения больных в клинической практике врача необходимо использовать методы диагностики АЗ, направленные на распознавание состояний или установление факта наличия либо отсутствия АЗ. Унифицированные подходы и систематизация методов, осуществляемых посредством сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза и осмотра, проведения лабораторных, инструментальных и иных исследований в целях определения диагноза и выбора лечебно-профилактических мероприятий позволяет унифицировать оптимальные режимы лечебно-диагностического процесса и (или) контроля за осуществлением этих мероприятий.

Настоящие клинические рекомендации предназначены для врачей общей практики и врачей различных специальностей (терапевты, оториноларингологи, педиатры, дерматологи, гастроэнтерологи, неврологи и др.).

Гиперчувствительность – это свойство организма отвечать объективно воспроизводимыми симптомами или признаками в ответ на экспозицию определённых раздражителей в дозах, к которым невосприимчивы здоровые.

Атопия – это индивидуальная или семейная предрасположенность к выработке IgE-антител в ответ на малые дозы аллергенов (обычно протеинов) и развитию таких симптомов, как астма, риноконъюнктивит или экзема (дерматит).

Аллергия – это реакция гиперчувствительности, запускаемая иммунными механизмами.

Впервые термин «аллергия» был введён австрийским педиатром К.Пирке (Clemens von Pirquet) в 1906 г.

Органы, ткани и клетки, способные реагировать специфическими реакциями гиперчувствительности, называют сенсибилизированными.

Диагноз и обследование

Диагностика АЗ направлена на выявление причин (аллергенов) и факторов, способствующих формированию и манифестации АЗ. Основными принципами специфической диагностики АЗ является выявление аллергических АТ или сенсибилизированных лимфоцитов и продуктов специфического взаимодействия АГ и АТ. Алгоритм эффективной диагностики АЗ включает этапы, позволяющие ответить на основной вопрос: пациент «аллергик или не аллергик?».

Основные критерии аллергии: Для аллергии характерно наличие типичных аллергических синдромов (симптомов), которые должны соответствовать хорошо изученному (охарактеризованному) аллергическому заболеванию:

Клинически значимые проявления для постановки диагноза аллергии:

Гиперчувствительность к инъекционным, энтеральным, ингаляционным антигенам при контакте с ними.

- Кожа: зуд, сыпь, отёк, эритема
- Глаза: зуд, слезотечение, отёчность, гиперемия, образование корочек
- Нос: риноррея, зуд, заложенность, чихание
- Лёгкие: свистящие хрипы, кашель, сдавление в грудной клетке, одышка
- Желудочно-кишечный тракт: тошнота, рвота, вздутие живота, диаррея
- Сердечно-сосудистая система: анафилаксия, обморок, слабость, смерть;

– корреляция анамнеза с этиологической ролью общеизвестных аллергенов (бытовые, пыльцевые, эпидермальные, инсектные, пищевые и др.);

– наличие положительных результатов тестирования, подтверждающих предварительный диагноз (кожное и провокационное тестирование, анализ крови и др.);

– обострения симптомов аллергии при повторной провокации аллергеном, а при устранении аллергена симптомы аллергии исчезают или облегчается их интенсивность;

– патогенетически обоснованное лечение должно облегчать симптомы заболевания.

Если эти признаки не выявляются, возможно, аллергия отсутствует и следует пересмотреть диагноз.

Основные этапы диагностики АЗ включают использование специфических и неспецифических методов обследования.

Неспецифические методы обследования

Неспецифические общеклинические методы обследования, используемые у больных АЗ, включают:

– сбор и анализ истории жизни и болезни;
– физикальное обследование;
– клинико-лабораторные методы;
– инструментальные методы;
– функциональные методы.

Физикальное обследование при аллергических заболеваниях. Физикальное обследование проводится по стандартной схеме и включает осмотр пациента, пальпацию, аускультацию, перкуссию, тонометрию и др., позволяющие оценить состояние больного и степень поражения различных органов и систем.

Неспецифические лабораторные методы обследования

Для дифференциальной диагностики АЗ, применяют различные лабораторные методы, выбор которых определяется особенностями клинических проявлений заболевания:

– клинический анализ периферической крови,

– биохимический анализ крови (перечень исследований определяется врачом, в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний),

– клинический анализ мочи,

– цитологическое исследование секрета, мазков или смывов из полости носа, слизистой конъюнктив и др.,

– общий анализ мокроты, бактериологический анализ мокроты и других выделений (секретов) со слизистых и кожи, по показаниям,

– исследование газового состава крови, ревматологические пробы, исследование гормонального профиля, вирусологические исследования и др., проводятся **при наличии показаний,** по результатам анализа истории болезни,

– копрограмма,
– паразитологические исследования,
– другие **по показаниям.**

Инструментальные методы обследования при аллергических заболеваниях

Инструментальные методы исследования включают: переднюю риноскопию, переднюю риноманометрию, эндоскопическое исследование (бронхоскопия) и др.

Передняя риноскопия является основным методом в диагностике аллергических и неаллергических поражений слизистой носа. Позволяет оценить цвет, отёчность, пятнистость (симптом Воячека) слизистой носа, наличие полипов, искривления носовой перегородки и т.д.

Передняя риноманометрия позволяет оценить выраженность назальной обструкции, особенно при проведении провокационных назальных тестов и оценке эффективности фармакотерапии.

Эндоскопическое исследование при аллергических заболеваниях применяются для уточнения диагноза только по показаниям.

Функциональные методы исследования

Исследование функции внешнего дыхания. (В, 1++, 2++, 2+)

Исследование ФВД проводится у больных БА и при подозрении на БА.

ФВД позволяет:

– выявить и оценить степень бронхиальной обструкции и её обратимость;

– оценить эффективность противоастматической терапии и динамику состояния пациента с БА, – оценить результаты бронхомоторных провокационных тестов.

Противопоказаниями к исследованию ФВД являются:

– обструкция дыхательных путей тяжёлой степени (ОФВ1 менее 1,2 л у взрослых);

– инфаркт миокарда, перенесённый менее 3 месяцев назад;

– инсульт ишемический или геморрагический, перенесённый менее 3 месяцев назад;

– аневризма аорты или артерий;

– состояние после перенесённой менее 2 недель назад инфекции ВДП;

– эпилепсия;

– гипертонический криз;

– беременность.

Основные показатели ФВД, исследуемые у больных с респираторными проявлениями АЗ

ЖЕЛ – является одним из основных показателей состояния ФВД, широко используемым в медицине. ЖЕЛ составляет разницу между объёмами воздуха в лёгких при полном вдохе и полном выдохе.

ФЖЕЛ – максимальный объём воздуха, который может выдохнуть человек после максимального вдоха. Показатель зависит от возраста, пола, роста, массы тела.

$ОФВ_1$ – объём форсированного выдоха за первую секунду. В период ремиссии, как правило, имеет нормальные значения. Пограничный показатель: $ОФВ_1 \geq 80\%$ должного значения. Лёгкая степень обструкции: $ОФВ_1$ составляет 61-80% должного значения.

Средняя степень обструкции: $ОФВ_1$ составляет 41-60% должного значения.

Обструкция тяжёлой степени: $ОФВ_1$ составляет $\leq 40\%$ должного значения.

Индекс Тиффно – отношение $ОФВ_1$ к ФЖЕЛ.

ПСВ – пиковая скорость выдоха – максимальная скорость потока воздуха при форсированном выдохе, которую фиксируют в первые миллисекунды выполнения теста.

Этот показатель можно определять и в домашних условиях с помощью пикфлоуметра.

МОС – максимальный объёмный воздушный поток скорости в определённой доле ФЖЕЛ (чаще всего 25,50 и 75% ФЖЕЛ). Позволяет определить максимальную скорость потока воздуха при выдохе четверти, половины и 75% ФЖЕЛ.

$СОС_{25-75}$ – средняя объёмная скорость выдоха – позволяет оценить состояние мелких бронхов.

Бронхомоторные тесты

Что важно знать при проведении бронхомоторных тестов:

Тесты может проводить только врач, владеющий методикой проведения тестов.

При проведении тестов требуется строгое выполнение техники проведения.

При оценке результатов бронхомоторных тестов должны учитываться не только показатели ОФВ1, но и другие показатели ФВД (см. выше).

Тест с бронхолитиками (агонисты β2 – адренорецепторов: сальбутамол, фенотерол).

Используют для диагностики БА и оценки эффективности противоастматической терапии.

Тесты с бронхоконстрикторами (карбахолин, гистамин). Тест выполняют только в период ремиссии БА и только в условиях специализированного стационара с обязательным мониторированием состояния пациента в течение суток после выполнения теста.

Специфические методы аллергологического обследования.

Всех пациентов с подозрением на наличие АЗ рекомендовано направить на консультацию к аллергологу-иммунологу. Направлять больных на консультацию врача-аллерголога-иммунолога могут терапевты, пульмонологи, оториноларингологи, офтальмологи, дерматологи и другие специалисты.

Аллергологическое обследование врач аллерголог-иммунолог проводит, используя различные методы:

– сбор и анализ аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза.

– анализ пищевого дневника;

– кожные тесты с различными группами аллергенов;

– провокационные тесты;

– лабораторные методы in vitro.

Сбор аллергологического, фармакологического, пищевого анамнеза

Диагностику АЗ начинают с анализа жалоб пациента и сбора анамнеза болезни. Наиболее пристального внимания заслуживают результаты анализа аллергологического, фармакологического и пищевого анамнеза.

Аллергологический анамнез собирается по общепринятой методике, разработанной под руководством академика АМН СССР А.Д.Адо у больных с АЗ (БА, поллиноз, АР и др.).

При сборе аллергологического анамнеза ставятся следующие задачи:

– установление аллергической природы заболевания, предположительно – нозологической формы;

– предположительное выявление этиологически значимого аллергена;

– определение факторов риска, способствующих развитию аллергического заболевания:

- Наличие наследственной предрасположенности
- Влияния факторов окружающей среды (климата, погоды, физических факторов)
- Выявление сезонности проявления симптомов заболевания,

– влияние бытовых факторов (перенаселённость, сырость в помещении, наличие в квартире мягкой мебели, ковров, домашних животных, птиц и т.д.);

– установление связи проявления заболевания с приёмом пищи (медикамента);

– выявление сопутствующей патологии;

– влияние профессиональных вредностей;

– оценка клинического эффекта от применения противоаллергических средств и/или элиминации аллергена.

В ряде клиник для сбора анамнеза используется стандартизированный вопросник со следующими вопросами:

- Демографические данные (возраст)
- Симптомы: частота и тяжесть
- Течение: интермиттирующее, персистирующее или сезонное
- Реакция на факторы окружающей среды (изменения температуры, запахи, задымлённость)

● Основные занятия и хобби
● Идентификация аллергенов/ирритантов дома, в школе, в окружающей среде
● Лечение в прошлом и настоящем: эффективность, комплайнс, побочные эффекты.

Однако ни один вопросник не может заменить личной беседы врача с пациентом.

Сбор фармакологического анамнеза

Правильно собранный фармакологический анамнез в большинстве случаев служит основой диагностики ЛА и позволяет обосновать последующие этапы аллергологического обследования с медикаментами.

Фармакологический анамнез позволяет выявить медикаменты, на которые у пациента возникают реакции непереносимости и получить предварительные сведения о механизмах развития гиперчувствительности: истинные аллергические реакции на медикаменты или псевдоаллергические.

Фармакологический анамнез собирают с использованием опросника.

При сборе фармакологического анамнеза необходимо:

– выяснить какие ЛС принимал пациент до появления нежелательной реакции (учесть все препараты, в т.ч. и ранее применявшиеся и не вызывавшие нежелательных реакций);

– уточнить время, прошедшее между приёмом ЛС и возникновением реакции;

– выяснить продолжительность лечения препаратами и пути их введения;

– выяснить клинические проявления нежелательной реакции и сопоставить их с проявлениями разных форм лекарственной аллергии;

– выяснить продолжительность нежелательной реакции; прекратилась ли реакция после отмены ЛС; чем больной купировал нежелательную реакцию;

– собрать аллергологический анамнез больного (наличие сопутствующих аллергических заболеваний, ранее отмечавшиеся аллергические реакции на другие ЛС сходной или другой химической группы, непереносимость пищевых продуктов) и семейный аллергологический анамнез;

– выяснить известные сопутствующие заболевания у пациента, которые могут иметь значение в формировании истинной или псевдоаллергической реакции на ЛС.

Сбор пищевого анамнеза

Анализ пищевого анамнеза позволяет получить информацию о непереносимости определённых пищевых продуктов, выявить провоцирующие факторы и механизмы формирования реакций гиперчувствительности к продуктам питания, определить наличие фруктово-латексного синдрома.

При сборе пищевого анамнеза используется анкета, содержащая вопросы о конкретных продуктах, вызывающих развитие аллергических реакций, времени и особенностях клинического течения аллергических реакций на пищевые продукты, объём фармакотерапии, используемой для снятия симптомов пищевой аллергии и другие вопросы. Для уточнения этиологической значимости пищевых продуктов в развитии аллергических реакций рекомендовано ведение пищевого дневника.

Порядок ведения пищевого дневника

Всем больным с реакциями на пищевые продукты рекомендовано ведение пищевого дневника по предлагаемой схеме. (D)

Целью ведения пищевого дневника является выявление пищевого продукта, являющегося причиной развития гиперчувствительности к определённым пищевым аллергенам.

Пищевой дневник должны вести ежедневно, аккуратно заполняя все его графы.

Длительность ведения пищевого дневника в среднем составляет 4 недели, но в случае необходимости, врач определяет иные сроки его ведения.

Примерная схема ведения пищевого дневника

Дата, время приёма пищи	Пищевые продукты (состав, объём, способ приготовления)	Симптомы: жалобы, наличие симптомов, время их появления, динамика состояния в течение дня	Стул: время, характер стула	Примечание: отметить приём медикаментов, их переносимость, вопросы, возникшие в течение дня

В графе «пищевые продукты» пациенты должны отмечать название продукта, его объём, съеден ли он в чистом виде или в составе других продуктов, а также способ кулинарной обработки.

В разделе «симптомы» указывается наличие любых симптомов (зуд кожи или другой локализации, характер, распространённость и интенсивность кожных высыпаний, боли разной локализации и интенсивности, заложенность носа, ринорея, затруднение дыхания, тошнота и другие гастроинтестинальные проявления и симптомы), время их появления, интенсивность, продолжительность, проводимые мероприятия по устранению возникших симптомов.

Интенсивность клинических проявлений выражается в символах (+) или (–).

– – симптомы отсутствуют,
+ – симптомы выражены слабо
++ – симптомы средней степени выраженности
+++ – резко выраженные симптомы.

В графе «стул», отмечается время и характер стула: цвет, консистенция (нормальный, кашицеобразный, жидкий и т.д.), запах, наличие примесей (непереваренная пища, слизь, кровь и т.п.).

В графе «примечание» больной отмечает время и дозу медикаментов, если он их принимал, способ их введения, фиксирует все вопросы, которые у него возникали в течение дня и свои замечания по поводу имевшихся у него симптомов.

Кожные тесты с различными группами аллергенов

С точки зрения доказательной медицины важно минимизировать объём обследования и не использовать аллергены, которые маловероятны как причина заболевания. При пыльцевой аллергии учитывать перекрёстную реактивность для выбора тестируемой панели аллергенов. Это позволяет уменьшить дискомфорт для пациента и затраты на диагностику.

Кожные тесты с различными группами аллергенов являются стандартом диагностики аллергии. Сила рекомендаций (А, В), уровни доказательств (1++, 1+).

Впервые применил кожное тестирование Charles Blackley, 1873 г.

Что важно знать при проведении и оценке КТ:

КТ должен ставить профессиональный работник (медсестра, врач аллергологического кабинета).

Кожные тесты с аллергенами ставят в период ремиссии АЗ.

Для кожного тестирования применяются стандартизированные серийные аллергены, нативные, изготовленные из различного сырья: пыльцы растений, разных видов пыли (библиотечная, бытовая и др.), шерсти, пуха, пера животных и птиц (эпидермальные аллергены), пищевых продуктов (пищевые аллергены), яда насекомых (инсектные аллергены) и других, или используются рекомбинантные аллергены.

(Окончание следует.)

(Окончание. Начало в № 54 от 22.07.2016.)

Вертебрально-базилярная недостаточность

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Лечение спондилогенной ВБН

Комплексное лечение данного патогенетического варианта ВБН включает лекарственные средства, перечисленные выше (лечение хронической ВБН), а также индивидуально подобранный алгоритм восстановительной (реабилитационной) терапии. При подозрении на данную патологию необходима консультация невролога, который определяет клинико-патогенетическую направленность лечения. Устранение спондилогенного (цервикогенного) экстравазального фактора, снижающего пароксизмально или постоянно кровоток в артериях ВББ, при данной патологии является основой лечения (уровень доказательности D).

Диагностические критерии спондилогенной ВБН (для постановки диагноза необходимы все 4 пункта) (уровень доказательности D):

1) прямая зависимость появления и выраженности клинических проявлений ВБН от движений в шейном отделе позвоночника;

2) характерные симптомы (указанные в разделе 7), как правило, имеющие одностороннюю латерализацию, из которых наиболее значимы: шейно-затылочная или гемикраническая симпаталгическая головная боль, пароксизмальный кохлеовестибулярный синдром, преходящие зрительные расстройства;

3) морфологические субстраты экстравазального воздействия, выявленные с помощью рентгенографии или томографии шейного отдела позвоночника, совпадающие со стороной клинических проявлений и стороной гемодинамических нарушений при ультразвуковой диагностике;

4) характерные признаки гемодинамически значимого экстравазального воздействия на ПА, выявленные с помощью ультразвуковой допплерографии с поворотами головы и/или дуплексного сканирования.

Основные методики реабилитационного лечения спондилогенной ВБН (уровень доказательности D):

1) мануальная терапия;
2) тракция шейного отдела позвоночника (мануальная, аппаратная, векторная);
3) массаж шейно-воротниковой области;
4) физиотерапия;
5) иглорефлексотерапия (акупунктура);
6) лечебная физкультура;
7) воротник Шанца.

Необходимо отметить, что для каждой из методик восстановительного лечения имеются свои показания и противопоказания, а также особенности их использования именно при данной патологии. Использование стандартных методик реабилитации, в особенности мануальной терапии и лечебной физкультуры, у пациентов с ВБН недопустимо в связи с высоким риском ятрогенных осложнений, вплоть до ишемического вертебрально-базилярного инсульта. При отсутствии положительной динамики после 6 месяцев комплексного медикаментозного и реабилитационного лечения необходима консультация сосудистого хирурга и нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении, способном устранить экстравазальное сдавление или ирритацию ПА с её периартериальным симпатическим сплетением (уровень доказательности D).

Профилактика

Профилактические мероприятия при ВБН аналогичны таковым при первичной и вторичной профилактике ишемического инсульта. Полный объём данных мер отражён в специальных международных и отечественных клинических рекомендациях. В данном разделе тезисно обозначены наиболее важные аспекты профилактики ВБН, которые представляют собой своевременное выявление и коррекцию основных факторов риска ишемического инсульта и ТИА.

Основные направления первичной профилактики ВБН:

1) модификация образа жизни и коррекция поведенческих факторов риска (диета, повышение регулярной аэробной физической активности, лечение ожирения, отказ от курения и злоупотребления алкоголем и др.) (уровень доказательности А);

2) антигипертензивная терапия (регулярный контроль АД, при артериальной гипертензии показано достижение целевых уровней АД 120/80 – 140/90 мм рт.ст. с помощью индивидуализированной фармакотерапии) (уровень доказательности А);

3) антиагрегантная терапия (возможно использование малых доз ацетилсалициловой кислоты у пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений, что особенно эффективно у женщин) (уровень доказательности В);

4) антикоагулянтная терапия (активное выявление фибрилляции предсердий с помощью ЭКГ, варфарин показан для профилактики кардиоцеребральной эмболии всем пациентам с неклапанной фибрилляцией предсердий и высоким риском инсульта с целевым уровнем МНО 2,0–3,0) (уровень доказательности В);

5) гиполипидемическая терапия (регулярный контроль уровня холестерина крови, при гиперхолестеринемии рекомендуется изменить образ жизни и принимать статины до достижения целевых уровней, зависящих от группы риска) (уровень доказательности А);

6) при появлении симптомов ВБН показано проведение ультразвукового обследования брахиоцефальных и внутримозговых сосудов (дуплексное сканирование, допплерография с поворотами головы) для своевременного выявления патологии артерий ВББ, прежде всего ПА (уровень доказательности D);

7) при спондилогенной декомпенсации ВБН показано ограничение резких движений (особенно повороты и разгибание) в шейном отделе позвоночника и выполнение специальной лечебной физкультуры в сочетании с использованием воротника Шанца по показаниям (уровень доказательности D);

8) у всех пациентов с симптомами ВБН необходима оценка нейропсихологического статуса (шкалы тревоги, депрессии и др.) и своевременная коррекция психовегетативных и невротических расстройств (уровень доказательности D).

Основные направления вторичной профилактики ВБН (у пациентов, перенёсших острую ВБН в виде ТИА):

1) модификация образа жизни и коррекция поведенческих факторов риска (диета, повышение регулярной аэробной физической активности, лечение ожирения, отказ от курения и злоупотребления алкоголем и др.) (уровень доказательности А);

2) антигипертензивная терапия (регулярный контроль АД, при артериальной гипертензии показано достижение целевых уровней АД 120/80 – 140/90 мм рт.ст. с помощью индивидуализированной фармакотерапии) (уровень доказательности А);

3) антиагрегантная терапия (постоянное использование аспирина или сочетания ацетилсалициловой кислоты с дипиридамолом замедленного высвобождения, или клопидогреля) (уровень доказательности А);

4) антикоагулянтная терапия (варфарин или дабигатран показаны для профилактики повторной кардиоцеребральной эмболии всем пациентам с неклапанной фибрилляцией предсердий, перенёсшим кардиоэмболический инсульт или ТИА с целевым уровнем МНО 2,0–3,0) (уровень доказательности А);

5) гиполипидемическая терапия (регулярный контроль уровня холестерина крови, рекомендуется терапия статинами у пациентов с некардиоэмболическим инсультом и ТИА) (уровень доказательности А);

6) у пациентов, перенёсших острую ВБН, показано проведение ультразвукового обследования брахиоцефальных и внутримозговых сосудов (дуплексное сканирование, допплерография с поворотами головы) с частотой не менее 1 раза в год (уровень доказательности D);

7) при спондилогенной декомпенсации ВБН показано ограничение резких движений (особенно повороты и разгибание) в шейном отделе позвоночника и выполнение специальной лечебной физкультуры в сочетании с использованием воротника Шанца; показано ежегодное проведение курса комплексной вертеброневрологической реабилитации на шейном отделе позвоночника (уровень доказательности D);

8) у всех пациентов, перенёсших острую ВБН, необходима динамическая (не реже 1 раза в 6 месяцев) оценка нейропсихологического статуса (шкалы тревоги, депрессии и др.) и своевременная коррекция психовегетативных и невротических расстройств (уровень доказательности D);

9) ангиохирургическая профилактика повторной острой ВБН и вертебрально-базилярного ишемического инсульта проводится (после консультации невролога и сосудистого хирурга) у пациентов со стенозом ПА более 70% или патологической извитостью в виде перегиба ПА (уровень доказательности В);

10) при показаниях к операции на экстракраниальном отделе ПА (эндартерэктомия, стентирование, удаление деформации ПА и др.) учитываются степень компенсации кровообращения в ВББ через контралатеральную ПА, степень декомпенсации кровотока в ОА, отсутствие эффективности от консервативного лечения на протяжении 6 месяцев (уровень доказательности С).

Под редакцией академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Врач и пациент

Преодолевая себя

Так живут люди с болезнью Паркинсона

В последнее время на пресс-мероприятиях, посвящённых тому или иному заболеванию, появилась возможность не только пообщаться со специалистами и представителями пациентских организаций, но и самому почувствовать, что испытывает человек с тем или иным недугом. Так, например, на мероприятии, названном, на первый взгляд, достаточно неожиданно – «Один день из жизни сильного человека» журналисты на несколько минут ощутили, что чувствуют люди с болезнью Паркинсона. Это тяжёлое испытание для каждого человека.

Великие страдальцы

Как запечатлеть на холсте образ, когда движения руки тебе неподвластны? Пытаясь что-то нарисовать специальной гибкой кистью, понимаешь отчаяние Сальвадора Дали.

Как извлечь из гитары нужные звуки? Об этом мучительно размышлял музыкант Оззи Осборн. И правда, в условиях, имитирующих его заболевание, это сделать было почти невозможно.

А каково терять лёгкость и свободу движений привыкшему к победам известному боксёру Мохаммеду Али? Мы попробовали надеть специальные ботинки, фиксирующие стопы, чтобы воспроизвести проявления болезни, и не каждому под силу было сдвинуться с места.

Страшный диагноз был поставлен и папе Иоанну Павлу II – его болезнь была обнаружена в 1994 г, но официально признана лишь в 2005 г., когда скрывать серьёзные нарушения речи стало уже невозможно. Журналистам предложили подняться с огромной воздушной «перины». Даже для молодых и здоровых это было затруднительно. Но именно такие ощущения испытывает человек с поражением двигательных функций.

Задолго до первых симптомов

– Болезнь Паркинсона – это серьёзное, прогрессирующее хроническое и нейродегенеративное заболевание, которое связано с гибелью группы клеток в определённой зоне мозга. Это одно из самых частых заболеваний пожилого возраста, – говорит старший научный сотрудник кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики лечебного факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова кандидат медицинских наук Наталия Титова. – Масштабы бедствия: 120-180 случаев на 100 тыс. населения.

Это огромная цифра и с возрастом показатели неуклонно растут! Доказано: в 65 лет 1 человек из 100 страдает или будет страдать болезнью Паркинсона, а если человеку больше 85 лет, то процент доходит до 5.

Поэтому, с учётом старения популяции, к 2030 г. таких пациентов может стать более 8 млн.

– Классический возраст начала заболевания – 60-65 лет. Но бывает, что болезнь дебютирует до 40 лет, это примерно 10% всех наших пациентов, – рассказывает Н.Титова. – Мы изучили механизм заболевания, знаем, что происходит в головном мозгу, но до сих пор не знаем, что вызывает саму нейродегенерацию, гибель клеток. Предполагается, что причиной является генетическая природа заболевания, воздействие факторов окружающей среды и, конечно же, старение.

Сам процесс локализуется в определённой зоне среднего мозга, именуемой «чёрная субстанция». Именно здесь происходит гибель клеток, которые вырабатывают нейромедиатор, то есть переносчик нервных импульсов – дофамин. Если стимуляция дофаминовых рецепторов недостаточна, это приводит к двигательным нарушениям.

«Визитной карточкой» болезни Паркинсона являются двигательные нарушения

Возможности мозга компенсировать потери велики, и первые двигательные симптомы заболевания появляются при снижении количества клеток на 80%. То есть пациент заболевает не тогда, когда у него появляются первые двигательные нарушения, как полагают многие, а намного раньше, задолго до проявления первой симптоматики.

Точнее, определённые изменения происходят – запоры, нарушения обоняния, депрессия и патологические движения в определённую фазу сна, но далеко не всегда их можно сложить в единую картину, предвещающую болезнь Паркинсона. Эта так называемая премоторная стадия может длиться до 30 лет.

– Процесс гибели клеток начинается с нижних отделов ствола головного мозга и поднимается к чёрной субстанции, – говорит Н.Титова. – Далее дегенерация распространяется на весь мозг, и происходит гибель других клеток, других биохимических систем. Клиническая картина становится очень сложной, однако визитной карточкой болезни являются двигательные симптомы, такие, как брадикинезия, мышечная ригидность, тремор и постуральная нестабильность.

Снижение инициации и замедление движений, именуемые брадикинезией, является основным симптомом болезни Паркинсона. Она характеризуется затруднением при выполнении самых обычных бытовых операций: вставание со стула, укладывание в постель, мытьё головы и т.п. Лицо становится гипомимичным, маскообразным, происходит нарушение почерка: он постепенно уменьшается к концу строки. Речь у пациента становится монотонной, тихой, замедленной.

Нарушается и ходьба: это заметно по уменьшению длины шага, шарканью, топтанию, застыванию.

При ригидности, то есть повышении тонуса в мышцах-агонистах и антагонистах, пациент ощущает напряжённость, неподвижность, скованность.

Частота дрожания покоя бывает от 4 до 8 колебаний в секунду. С прогрессированием болезни может присоединяться и тремор действия.

Постуральная нестабильность, нарушение способности держать равновесие при изменении позы проявляется чуть позже. Пациенты начинают падать и получают при этом многочисленные травмы.

Характерным является и такой симптом, как нарушение позы. Она становится «просительной», поскольку тонус в сгибательных мышцах нарушается, из-за чего туловище постоянно наклонено вперёд, иногда до горизонтали с землёй, что носит название камптокормии; порой происходит нарушение осанки, называемое «синдромом Пизанской башни».

Нарушения за нарушениями

– Однако большое заблуждение считать болезнь Паркинсона чисто двигательным заболеванием, – комментирует специалист. – Большое значение имеют эмоционально-аффективные нарушения, а именно депрессия, тревога и апатия. Примерно у половины больных есть такие симптомы, зачастую настолько сильно выраженные, что та терапия, которую мы проводим, становится абсолютно неэффективной, если пациент в депрессии или, наоборот, в состоянии апатии, эмоционального безразличия – без тревоги, без тоски. С такими пациентами очень сложно работать.

Почти у всех появляются когнитивные нарушения – замедленность мышления, сложность концентрации внимания. С течением времени более половины приходят к деменции – слабоумию, когда пациент утрачивает многие навыки, которые у него были. Такой человек не может жить самостоятельно, он требует ухода и это – большая проблема для родственников.

Рука об руку с когнитивными нарушениями идут психотические. Мы привыкли думать, что это проблема психиатров. Но, по словам Н.Титовой, врачи сталкиваются с такими явлениями постоянно. Всё начинается с так называемых экстракампильных феноменов: пациенту кажется, что кто-то стоит за спиной, кто-то прошёл в боковом поле зрения. Потом могут появляться истинные галлюцинации, обычно зрительные. И если не корректировать это состояние, оно может перерастать в более тяжёлые формы.

Развиваются и вегетативные нарушения, задействуя почти все функциональные системы: сердечно-сосудистую, мочеполовую, желудочно-кишечный тракт.

Опасным симптомом заболевания является нарушение сна. Во время устрашающих сновидений наблюдается активизация: стоны, крики, активное говорение и двигательное моторное возбуждение, которое иногда доходит до такого предела, что пациент может травмировать себя и окружающих.

Когда развивается постуральная неустойчивость, то есть человек начинает падать, – это третья стадия заболевания. На четвёртой он ещё может самостоятельно передвигаться, но его передвижение уже ограничено (такие больные часто к нам приходят в сопровождении родственников, с палочками, ходунками); а на пятой стадии больной уже прикован к инвалидной коляске.

В среднем, одна стадия длится 3 года, но с учётом того, что мы стали вводить в практику современные препараты, длительность третьей стадии достигает 7-8 лет. Однако есть пациенты с очень быстрым темпом прогрессирования заболевания, у которых смена стадий происходит каждые 2 года.

В приоритете – качество жизни

– Не существует лекарства, способного остановить болезнь, но мы имеем достаточно большое количество препаратов, которые можно комбинировать и при рациональном подходе достаточно долго поддерживать пациента, – говорит специалист.

Наиболее эффективными препаратами для лечения болезни Паркинсона, признанными во всём мире, являются препараты леводопы. Но их длительный приём в таблетированной форме приводит к ряду осложнений, вследствие чего клиническая картина начинает меняться.

При этом, по словам Н.Титовой, если вначале виден достаточно ровный эффект, симптоматика начинает уходить, то со временем появляются флюктуации, то есть колебания двигательного состояния, и дискинезии, или непроизвольные движения.

Если в самом начале ответ на терапию стабильный, то затем он приходит в чёткую зависимость от концентрации препарата в крови.

Иными словами, пациент начинает принимать препарат, симптоматика начинает уменьшаться, затем действие препарата заканчивается, происходит эффект истощения, и пациент входит в состояние выключения. Может быть и отсроченное включение или неравномерный эффект разовых доз, а то и ухудшение после приёма дозы или непредсказуемые реакции включения-выключения. Ситуация становится критической, когда врач назначает таблетки, а эффект хаотичный, то есть не наблюдается никакой чёткой зависимости от приёма препарата.

Поначалу изменение схемы терапии позволяет справляться с подобными проблемами. Однако с течением времени у части пациентов эти осложнения приобретают стойкий характер, не поддаются коррекции. Поэтому мы вынуждены рассматривать другие подходы, которые иногда требуют хирургических вмешательств. И конечно, возлагаем большие надежды на новый метод введения препарата леводопы – с помощью помпы, через специальную гастростому в желудок и в кишечник.

Как подчёркивают специалисты, пациенты с болезнью Паркинсона – это люди трудоспособного возраста, которые кардинальным образом вынуждены менять уклад своей жизни. При этом показатель смертности при болезни Паркинсона в 1,5-2 раза выше среди всей популяции, хотя сама болезнь как таковая не является причиной смерти. Это связано с неизбежным развитием обездвиженности, снижением вентиляции лёгких и присоединением инфекции.

– В целом сейчас продолжительность жизни у больных людей на 3-5 лет меньше, чем в популяции, – комментирует Н.Титова. – Но при правильно подобранной схеме лечения, при индивидуальном подходе к пациенту, продолжительность жизни может почти не отличаться от обычных показателей, хотя качество жизни пациентов и их родственников снижается очень значимо.

Для тех, кто на несколько минут на пресс-мероприятии почувствовал, с какими проблемами сталкиваются люди с болезнью Паркинсона, слова о качестве их жизни обрели особый смысл.

И стало понятно название мероприятия: действительно, для преодоления трудностей, связанных с заболеванием, необходимо быть сильным человеком.

Елена ЛЬВОВА.
МИА Cito!
Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Медицинская газета

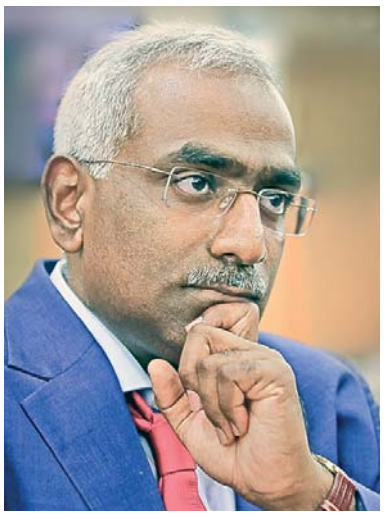
№ 57 • 3. 8. 2016

Деловые встречи

Есть ли путь через «минное поле»?

Онкологи находятся в постоянном его поиске

В Москве прошёл II Глобальный противораковый саммит лидеров, организованный Европейским противораковым фондом и Евразийской федерацией онкологии при поддержке Фонда «Сколково», а также Всемирной ассоциации врачей индийского происхождения (GAPIO). Естественно, в центре внимания его участников были злободневные темы, которые волнуют и пациентов и медиков, а также современные методы борьбы с онкологическими заболеваниями.



Сомасундарам Субраманиан – доктор Сома

Площадка для обмена опытом

...Ещё недавно рак был «минным полем», которое не обойдёшь. Оказаться на нём означало неизбежную мучительную гибель. Достижения науки и медицинской практики внесли существенные коррективы в давнее представление. Новейшие технологии в области диагностики, профилактики и новых подходов к лечению онкозаболеваний с каждым годом дают всё больше надежды на успешный исход борьбы с этим недугом.

– Нашей целью является создание интегрированной площадки, – заявил, открывая встречу, основатель и директор Евразийской федерации онкологии и Научно-образовательного центра «Евразийская образовательная программа «ЕАФО» Сомасундарам Субраманиан, – на которой специалисты разных профилей смогут обмениваться опытом и взаимодействовать с коллегами из отечественных и зарубежных онкологических лечебных учреждений, с государственными структурами, которые заинтересованы в поддержке программ по профилактике и ранней диагностике рака.

Хирург-онколог Субраманиан – известный как доктор Сома – называет себя русским врачом. Он родился в Индии, в 1990 г. переехал в СССР. После окончания Московского медико-стоматологического университета работал хирургом и старшим научным сотрудником Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, возглавлял Европейскую школу онкологии по РФ и СНГ, является членом ряда ведущих зарубежных обществ хирургов-онкологов – ESSO, ASCO , AHNS, членом различных международных советов.

– Выбору профессии поспособствовал «счастливый случай», – поясняет доктор Сома. – Я заболел раком. В Виннице, где учился, после Чернобыля датчики радиации зашкаливали. У трёх однокурсников из Индии обнаружили рак. Я нашёл у себя узел на шее в 1994-м. В онкоцентре на Каширке мне удалили большую часть щитовидной железы и лимфоузлы с одной стороны. Борьба с недугом длилась годы, В конце концов, мне удалось его победить. И сегодня я считаю, что не зря у меня был рак. Это тот случай, тот «движок», который вывел меня на сложнейшую проблему и который живёт во мне, не затихая... Многие годы я активно занимался борьбой с курением. Вместе с энтузиастами, с командой единомышленников создал Евразийский противораковый фонд.

Выступая перед аудиторией саммита, он напомнил: онкологические заболевания – одна из самых значимых проблем глобального здравоохранения. Злокачественные новообразования в числе основных причин смерти человека. На сегодня одна из семи смертей в мире вызвана раком. Это больше, чем от ВИЧ/СПИД, туберкулёза и малярии вместе взятых.

Парад флагов стран против рака

Цифры поражают

Ежегодно на планете выявляют около 14 млн новых случаев грозного недуга. Эксперты утверждают: к 2030 г. число вновь диагностированных случаев рака превысит 20 млн, а количество смертей по этой причине достигнет 13 млн случаев только за счёт увеличения численности населения и его старения.

Не может не тревожить ситуация в России. В 2013 г. здесь было выявлено более 535 тыс. новых случаев злокачественных новообразований – на 15% больше, чем в 2003 г. На учёте в территориальных онкоучреждениях страны состоит более 3 млн больных. Их число растёт. Стоит напомнить, что в структуре смертности россиян злокачественные новообразования занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Самые распространённые виды опухолей – рак молочной железы, простаты, лёгкого, толстой кишки, желудка, шейки матки.

Участников саммита ждала насыщенная программа – девять сессий, посвящённых обмену международным опытом в противораковой борьбе.

Оценивая здоровье молочной железы у женщин в своей стране, Рагу Рам Пилларисетти, президент Ассоциации маммологов Индии, рассказал о создании первого специализированного центра, который носит имя его матери. В Индии начала действовать программа по обследованию населения. В Мадрасе, Калькутте заработали клиники, оказывающие многопрофильную помощь больным. На очереди открытие первого в Азии центра протонной терапии... Докладчик высоко оценил партнёрство медиков наших двух стран. «Нет лучшего лекарства, чем надежда, – подчеркнул он. – И мы вместе создаём такую надежду».

С интересом было встречено выступление Рудольфа Галкина – о деятельности Самарского областного онкодиспансера. Объект оснащён современным высокотехнологичным оборудованием. Здесь трудятся почти 2 тыс. специалистов... Они делают большой важности дело для области, где ситуация со здоровьем населения не самая благополучная.

Специальный «круглый стол» был посвящён борьбе с табаком в России и мире. Своим богатым опытом на этом поприще поделился доктор Сома. Он утверждает: курение выступает самым значимым фактором риска развития опухолей, наряду с ожирением, низким потреблением фруктов и овощей, алкоголем и гипотонией. Табак – причина 20% случаев смерти от онкологии в целом и 70% от рака лёгкого. Вывод: не победив табак, мы не одолеем рак. Участились случаи рака кожи как следствие излишнего пребывания на солнце или в соляриях... Хирурга-онколога поддержала Дарья Халтурина, председатель правления РОО «Совет по общественному здоровью и проблемам демографии».

Учиться и учиться!

Если мы хотим серьёзно потеснить грозное заболевание, – прозвучало в аудитории, – то нам предстоит серьёзно пересмотреть систему образования, подготовки и переподготовки медицинских кадров и, в частности, будущих онкологов. Развитие науки и технологий стремительно умножает наши знания о природе недуга. И здесь очень важно умело использовать данные смежных дисциплин: патологической анатомии и физиологии, генетики, молекулярной биологии, фармакологии и пр., нацеленные на ранние проявления и предупреждение развития заболевания. Углублённой подготовки специалистов требует появление новых разделов на стыке той же интервенционной радиологии, брахитерапии...

Существующие системы подготовки кадров в онкологии во многих странах мира не отвечают новым вызовам времени. Об этом с тревогой говорили участники «круглого стола», посвящённого актуальной теме, – Чанндрасекар Кукнур, представляющий Соединённое королевство, Антон Барчук – университет Тампере (Финляндия), Сергей Гамаюнов – заместитель главного врача республиканского клинического онкодиспансера (Чебоксары), Владимир Сельчук – профессор, доктор медицинских наук, член совета директоров ЕАФО, главный врач клинических институтов Российского онкоцентра им. Н.Н.Блохина, Владимир Милованов – хирург московского лечебно-реабилитационного центра и др.

Участники дискуссии обратили особое внимание на то, что сегодня, как никогда, важна постоянная учёба медиков, знакомство с достижениями мировой практики. Специалистам-онкологам необходимо поддерживать тесные контакты с ведущими мировыми онкоцентрами, на месте изучать передовой опыт. Общение с коллегами – это практические навыки, углублённая теоретическая подготовка. Международная кооперация, затраты на командировки вернутся спасёнными жизнями.

И, конечно, первостепенное значение приобретает подготовка будущих кадров, стажировка завтрашних специалистов за рубежом. Важно обратить внимание на воспитание любви и ответственности в своей профессии, чувства сострадания. Пока же многие талантливые ребята уходят из медицины. Есть и такие, что остаются и становятся халтурщиками. Это недопустимо. Нам надо позаботиться об отборе достойных, конкурсах, нормальных стипендиях для молодёжи. И здесь должны сказать своё слово не только государство, но и бизнес.

Почва для оптимизма

Остро прозвучало выступление главного онколога Республики Дагестан, директора Дагестанского центра грудной хирургии Сайгида Алиева. Он посетовал на острую нехватку инфраструктуры в регионе. Ситуация тем более нетерпима, что есть примеры, когда приобретённое дорогостоящее оборудование где-то простаивает из-за нехватки нужных специалистов. Среди проблем, которые углублённо были рассмотрены участниками саммита, – опыт внедрения и развития ядерной медицины, поддержка научных исследований... О национальном опыте поведали авторитетные российские и зарубежные специалисты – Ша Джатин (США), Натан Сивагянанатан (Шри Ланка), Угур Божлуолкай (Турция) и др.

На встрече прозвучал интересный опыт психосоциальной поддержки онкобольных, в частности, арт-терапией как составной частью лечебного процесса.

Говоря о корпоративной социальной ответственности в области онкологии, участники II Глобального противоракового саммита были едины в том, что преодоление трудностей на важнейшем направлении медицины во многом зависит от активного привлечения бизнеса. Здесь огромное поле деятельности для общества, где не должно быть равнодушных. На фоне значительных успехов в лечении многих видов онкологических заболеваний особенно недопустимы промахи, а их предостаточно, в организации ранней диагностики недуга.

Конечно, онкозаболевания – это значительные экономические потери. Они вызваны высокой стоимостью лечения, затратами на разработку новых препаратов, профилактические и реабилитационные мероприятия. Однако достижения, достигнутые в борьбе с такими распространёнными видами заболеваний, как рак молочной железы, рак толстой кишки, когда гарантирована пятилетняя выживаемость 99% пациентов, выявленных на ранних стадиях, вселяют оптимизм. Программы скрининга и ранней диагностики успешно помогают в лечении пациентов с раком кишечника, шейки матки, лёгкого. Чтобы закрепить эти успехи, нужны совместные усилия со стороны государства, частных компаний, некоммерческих организаций. И очень важно преодолеть беспечность людей по отношению к своему образу жизни и собственному здоровью. Все мы должны осознать, что ответственны за своё здоровье. Возрастает роль качественной информации, адресованной к каждому человеку.

Саммит завершился вручением наград известным международным деятелям за вклад во всемирную борьбу с раком.

Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

Фото
Сергея ЛИДОВА.

Проблемы и решения

Фармэнтузиасты

Каковы перспективы подготовки специалистов аптечного дела?

Информационными поводами в прессе то и дело становятся разнообразные инциденты вокруг деятельности российских аптек. Буквально на днях общественность всколыхнулась от фактов торговли в мурманских аптечных учреждениях поддельным препаратом стоимостью около 1 тыс. долл., применяемым для лечения злокачественных опухолей. У так называемого лекарства не было необходимых подтверждающих документов, а предоставленные сертификаты оказались фальшивыми. Об этом сообщил источник в территориальном управлении Росздравнадзора. Прокуратура области выразила намерение начать масштабные проверки аптек по всему региону…

Только стоит ли ожидать от фискальных служб продолжения активных действий даже в таких случаях, когда речь идёт о жизни и здоровье людей? Слишком уж заскорузлыми стали проблемы отечественного фармрынка. Одна из них, и весьма острая – кадровый вопрос. Действительно, в стране дефицит специалистов аптечного дела. Стоит пройтись по московским аптекам, чтобы на собственном опыте убедиться, что ситуация с кадрами далека от совершенства. Например, на двери аптеки по месту жительства я обнаружил объявление: «Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Москвы «Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения Москвы» приглашает на работу фармацевта, провизора. Обращаться в администрацию аптеки». И это в столице, где заработная плата аптечных работников весьма и весьма приличная. Что же говорить о провинции? О проблемах аптечного дела и потребностях фармацевтического рынка в квалифицированных кадрах мы беседуем с директором частного учреждения профессиональной образовательной организации фармацевтический колледж «Новые знания» Еленой РОГОЗНОЙ.

– Елена Витальевна, что побудило вас открыть фармацевтический колледж в то время, когда в стране аналогичные учреждения практически повсеместно закрывались?

– Прежде фармрынок представлял собой очень зарегулированный сегмент государственных услуг, но в постперестроечное время появилась возможность практически без ограничений открывать аптеки, аптечные пункты и киоски. Государство сделало посыл бизнесменам: конкурируйте! И в этом были свои плюсы и минусы. Далёкие от медицины и фармации инвесторы активно устремились в этот специфический бизнес, фармрынок начал разрастаться как на дрожжах.

Количество аптек в Москве и Подмосковье кратно возросло, следовательно, обострилась потребность в квалифицированных фармацевтических кадрах. Брать их было негде, приходилось переманивать друг у друга, отчего значительно выросли зарплаты специалистов. Параллельно развивался другой процесс – за аптечный прилавок для выполнения функций фармработника начали ставить медсестёр. Но они не специалисты аптечного дела.

Проанализировав ситуацию, мы пришли к выводу, что есть немало аптек, в которых трудится практически неквалифицированный персонал. На сегодняшний день в крупных аптечных сетях, предоставляющих своим сотрудникам солидный социальный пакет, лишь примерно 2/3 – специалисты с фармобразованием.

Думается, нет необходимости напоминать, что настоящий аптекарь – не просто продавец лекарств. Прежде всего, это специалист в области лекарственных средств. Получив глубокие знания по химии, фармакологии, фармакогнозии, фармакотерапии, технологии лекарственных форм, медицинской этике, психологии, он умеет классифицировать, подбирать, изготавливать препараты, контролировать их качество.

Но в результате реорганизации образовательной отрасли в стране и столице набирал обороты процесс резкого сокращения средних специальных учебных заведений фармацевтического профиля. Учитывая крайнюю дефицитность среднего профессионального фармацевтического образования, в 2012 г. мы решили занять эту важную нишу, чтобы поставлять на фармрынок достойных и, по нашему убеждению, в любые времена очень даже востребованных специалистов. Получив лицензию, начали работать, и вот в нынешнем году состоялся первый выпуск подготовленных нами фармацевтов.

За это время в столице были закрыты профильные учреждения, в частности, знаменитое, старейшее в стране Московское фармацевтическое училище № 10 (МФУ № 10). Теперь кадры готовятся на базе некоторых медицинских колледжей и Московского городского образовательного комплекса. Так наш колледж начал широко осуществлять образовательные, научные, управленческие, культурные и другие социально значимые функции при подготовке кадров по специальности «фармацевтика».

– Главное в определении вашей деятельности, как мне представляется, – это дефиниция «новый». Новые знания, новые методики и технологии обучения, и на выходе – специалисты, мыслящие по-новому…

– Действительно это так, что подтверждается уже самим названием колледжа «Новые знания». Главная наша цель – качественная фармацевтическая подготовка квалифицированных специалистов на уровне среднего образования для работы в аптечных учреждениях. Колледж имеет государственную аккредитацию. Обучение проводим по очно-заочной (вечерней) форме в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом 3-го уровня. В колледже сформировался высококвалифицированный педагогический коллектив, в том числе с привлечением опытных специалистов расформированного МФУ № 10. Мы открыты к инновациям. В преподавании используем новые методики, информационно-развивающие и проблемно-поисковые технологии. Созданный в колледже учебно-методический полигон сотрудничает по вопросам внедрения новых образовательных технологий, а также научно-практическим аспектам фармацевтической и медицинской отраслей с ведущими научно-педагогическими учреждениями – Московским государственными медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова и Национальным институтом бизнеса. В стадии подписания ещё несколько договоров о сотрудничестве.

Благодаря курации преподавателей колледжа и коллег из вузов учащиеся получили возможность заниматься научно-исследовательской работой. Для этого мы создали аналог студенческого научного общества. Фрагменты своих исследований некоторые студенты включили в квалификационные работы, которые представили на недавнем выпускном экзамене. Сотрудничество с Национальным институтом бизнеса позволяет нашим учащимся изучать проблемы фармотрасли с экономической точки зрения.

С момента образования колледжа продолжаем сотрудничество с образовательным проектом «Новые кадры», имеющим целевые бюджеты для оплаты образования при подготовке фармацевтов. Благодаря такому партнёрству поначалу около 80% учащихся получали квоты и обучались бесплатно (то есть студенты не платили, а мы получали оплату за них от образовательного проекта), остальных готовили на основе самофинансирования или за них оплачивал работодатель.

Что касается технологий обучения, честно говоря, пока ничего выдающегося мы не применяем, кроме того, что практикуется в аналогичных учебных заведениях. Отличительная наша особенность в том, что мы широко используем видеоматериалы. Сами пишем сценарии, а наши партнёры-профессионалы готовят фильмы, которые весьма востребованы. Благодаря этому доступным стало многое из того, что прежде приходилось объяснять студентам «на пальцах» или в ходе организации выездов учащихся на производство, которые надо было длительно согласовывать с администрацией аптек.

– Какова ваша политика по привлечению в стены колледжа учащихся?

– Наша политика в плане привлечения студентов была определена изначально: максимально свободный вход в колледж и максимально свободный выход в случае, если у студента низкая успеваемость и плохая посещаемость. Недобросовестных мы безжалостно отчисляем. Так мы формируем имидж нашего учреждения, чтобы люди с уважением относились к тому образованию, которое здесь получают.

В подавляющем большинстве к нам приходят не выпускники школ, а люди в возрасте примерно 35 лет, имеющие опыт работы. Основной вопрос для них – как получить образование без отрыва от производства. Мы стали первыми, кто предоставил такую возможность за счёт того, что обучение осуществляем в свободное для работников время, в том числе вечером, а также в выходные дни.

Но тенденции меняются, и с нынешнего года впервые отмечается устойчивый поток абитуриентов, окончивших среднюю школу. Мы думаем, их будет 30-40%. Это прекрасно. Раз родители приводят к нам детей, значит, наши усилия, направленные на отбор самых достойных учеников и создание репутации престижного образовательного учреждения, начали приносить плоды. Есть ещё одна целевая аудитория, на которую мы изначально не рассчитывали, – это иностранцы. К нам стремятся достойные ребята из Украины, Казахстана, Средней Азии, Закавказья. Следует отметить хорошее качество их подготовки, высокую мотивацию на получение образования, высокую степень ответственности. Кстати, качественный уровень иностранных абитуриентов от года к году возрастает, что также стало одной из положительных тенденций.

Правда, обидно бывает, когда приходится расставаться со студентами, которые обучаются в рамках образовательного проекта «Новые кадры», но в силу множества объективных и субъективных причин не могут успешно завершить обучение. Ряд крупных сетевых аптек дают зелёный свет своим работникам, проходящим обучение у нас. Однако даже такой подход не всегда эффективен. Некоторые учащиеся не стремятся завершать образование, сказывается некая инерция, ментальность, они привыкли жить по старинке. Нет рационального объяснения этому, просто не хотят и всё, хотя при этом желают работать в отрасли. «Новые кадры» в таком случае прекращают финансирование, а ведь эти средства могли бы пригодиться другому студенту, мотивированному на получение знаний, окажись он на этом месте. Беспокоит также потребительское отношение со стороны тех, кто самостоятельно оплачивает обучение. Некоторые ведут себя дерзко, дескать, я плачу деньги за учёбу и ещё должен регулярно ходить на занятия? Таким студентам приходится объяснять, что мы не идём на компромиссы, связанные с качеством обучения. Вот почему за нашими студентами выстраивается очередь из числа работодателей. Выпускники колледжа востребованы на 100%, многие хотят принять их к себе на работу. У нас есть даже «лист ожидания» от отдельных аптек и аптечных сетей.

– Вы отметили, что не так давно расформировали фармучилище, которое имело прочные традиции фармацевтического дела в России. И что теперь – «пропала связь времён»?

– Отнюдь. После закрытия МФУ № 10 мы «подхватили» тех педагогов, в которых нуждались. Приятно, что их опыт работает теперь здесь. Но главное в сохранении «связи времён», повторюсь, – это бескомпромиссное качество обучения, строгое соблюдение образовательного стандарта. От студентов и работодателей мы порой слышим упрёки в том, что «если платят – могли бы ускорить обучение», или «не придираться к посещаемости», или менее строго спрашивать на экзаменах и зачётах, «ведь они работают, им нужен диплом, а не высиживать часы». И мы видим, что под давлением этих уговоров некоторые колледжи «дрогнули», «пошли в ногу со временем» – стали сокращать срок обучения до 1 года (представляете: с 4 лет до года?!), да и это время студенты ходят кое-как. Мы спрашиваем коллег: как же можно так халтурить? А они разводят руками, дескать, рынок требует… Но мы держимся и будем держаться – в угоду большим заработкам или капризам работодателей сроки и качество обучения не сокращаем до абсурдно низких величин. Принцип бескомпромиссного удержания высокой планки – и есть главное в продолжении традиций МФУ № 10. Может быть, это немножко смело, но это так.

Администрация и преподаватели колледжа очень чувствительно относятся ко всем вопросам, которые связаны с фармотраслью, её историей и будущим. Сейчас мы формируем интернет-тусовку из числа тех, кто связан с фармацевтической отраслью, среди которой огромное количество энтузиастов, преданных любимому делу. Они контактны, очень любят рассуждать на интересующие их темы, прежде всего профессиональные. Поэтому мы создаём сайт, который хотим назвать «Фармностальгия» или «Фармэнтузиаст», где будет и история фармации, и направление, которое мы условно назвали «Я – молодой» с публикацией историй, рассказанных нашими пользователями о себе. Это также один из путей поддержания и развития традиций.

– Познакомьте, пожалуйста, со своими задумками, в каком направлении предполагаете продолжить движение?

– Очень востребованное ныне направление, где имеется огромный дефицит образовательных услуг, – это сертификация фармацевтов. Каждые 5 лет все специалисты обязаны проходить повышение квалификации и получать сертификат. Пока у нас до этого просто не дошли руки, но в нашей лицензии предусмотрено оказание услуг такого рода. В 2017 г. планируем реализовать эту задумку.

Поскольку мы взаимодействуем с производственными аптеками, куда студенты ходят на практику, предполагаем расширить нашу производственную базу и сотрудничество с производствами. Очень надеемся наладить взаимодействие с фармацевтическими предприятиями, чтобы на их базе знакомить учащихся с процессом выпуска лекарственных форм.

И, конечно, будем расширять площади колледжа. Мы готовы предоставить собственную площадку всем, кто в ней нуждается. Раз в году, например в День медицинского работника, планируем проводить большой сбор всех выпускников фармацевтических учреждений. Ну а 22 октября проведём в своих стенах «День фармвыпускника», где соберём выпускников МФУ № 10, наших и других выпускников. Возможно, доброй традицией станет посещение нашего колледжа родителями вместе с детьми. А для представителей отрасли нацелены проводить конференции и семинары. Уверены, фармколледж станет местом притяжения всех представителей нашего корпоративного сообщества.

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

Устал от медицины и медиков

Первый в США пациент, которому трансплантировали обе руки, хочет от них избавиться

Семь лет назад американец по имени Джефф Кепнер стал первым человеком в США, прошедшим через процедуру пересадки обеих рук от донора. К сожалению, жизнь Джеффа Кепнера, которому сейчас 64 года, не стала лучше – она стала тяжелее. Он утверждает, что если бы мог избавиться от своих рук, он бы это сделал.

«С момента пересадки я не могу ничего делать руками. Я сижу в своём кресле целый день и смотрю телевизор», – говорит Кепнер. Он один из многих американцев, которые дали согласие на участие в экспериментальной операции трансплантации органов. Во многих случаях операции оказываются удачными, но в этом случае у врачей получилось только пересадить и приживить чужие руки, но не восстановить их функциональность. Это была первая операция такого типа, так что вины врачей здесь, скорее всего, и нет. Но Кепнеру от этого не легче.

В США, как и во всём мире, медики достигли значительных успехов в проведении операций по трансплантации органов. Успешно выполнены такие сложные операции, как пересадка лица, матки и пениса. Но все эти успехи медицины вовсе не гарантируют 100% успешной операции.

В 1999 г. Кепнер потерял обе руки из-за заражения крови, к которому привела стрептококковая инфекция в горле. После ампутации он получил довольно хорошие протезы, позволявшие ему водить машину и работать. Ни то, ни другое сейчас ему не доступно.

Спустя 10 лет после ампутации Кепнер стал пациентом Медицинского центра Питтсбургского университета (University of Pittsburgh Medical Center (UPMC). В центре решили провести операцию по пересадке рук от мёртвого донора к живому пациенту. Операция продолжительностью в 9 часов оказалась успешной, ткани прижились, конечности донора не были отторгнуты. Американец говорит, что он вполне осознавал риски, но считал, что в худшем случае, если руки будут отторгнуты, он просто получит обратно свои протезы. Реальность оказалась иной.

Пациент просил врачей удалить его нефункционирующие должным образом руки. Но, к сожалению, это невозможно, хотя специалисты и обсуждали варианты, как полное или частичное удаление новых конечностей. В случае полного удаления не известно, сможет ли Кепнер использовать протезы. Кроме того, понадобится очень продолжительная терапия.

Если же ампутировать новые конечности частично, то пациенту придётся по-прежнему принимать препараты, которые подавляют иммунную реакцию организма. Если эти лекарства не принимать, организм может отторгнуть чужие руки. Доктор Виджай Горантла считает, что необходимо оперативное вмешательство с последующей терапией – это, вероятно, позволит «оживить» конечности.

Но бывший пациент устал от медицины и медиков. Он говорит, что не хочет никаких процедур, пусть лучше руки, хотя и нефункциональные, останутся с ним. «Я не хочу снова повторения всех этих операций», – заявил Кепнер.

По словам Эндрю Ли, проводившего операцию по пересадке рук Кепнеру в 2009 г., сейчас в США 4 пациента, которым пересадили обе руки. И только у Кепнера руки не работают. Трое других пациентов владеют обеими руками в той либо иной степени и ведут полностью автономный образ жизни. Они могут водить, работать, учиться.

Бывший пациент Ли утверждает, что хирурги, проводившие операции по трансплантации рук, не делали попыток связаться с ним все эти годы. Он говорит, что его жизнь была практически уничтожена неудачной операцией. С протезами, по словам Кепнера, он «был функционален на 75%, но сейчас этот показатель равен 0». Его жена уволилась в мае с работы, чтобы иметь возможность ухаживать за ним круглые сутки.

Кепнер не обвиняет врачей. Он говорит, что вероятность того, что он получит новые, функционирующие в той либо иной степени руки, была довольно высокой. Но, к сожалению, ничего не получилось. Сейчас менять что-либо он уже не намерен, настаивая на том, что участвовать в новых экспериментах он уже не будет.

Врач, который говорит о том, что у других пациентов руки восстанавливают свою двигательную активность, прав. В прошлом году в США пересадили сразу две руки 8-летнему Зиону Харви (Zion Harvey). Он потерял собственные руки из-з инфекционного заболевания. Но в его случае функциональность конечностей стала восстанавливаться уже через 2 недели после операции. Мальчик смог шевелить пальцами и управлять руками.

Фактически случай Кепнера можно назвать единственным неудачным случаем при двойной пересадке рук. Вероятно, если бы он всё же согласился на проведение повторной операции, функциональность рук можно было бы восстановить.

Давид НАНЕИШВИЛИ.

По материалам Associated Press.

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

Исследования

Надёжный биомаркёр

В Корнелльском университете в Нью-Йорке нашли несколько новых биомаркёров, связанных с синдромом хронической усталости. Научную работу вёл Людовик Жилото при поддержке профессоров Морин Хансон и Рут Лей.

Основными симптомами синдрома хронической усталости являются усталость даже после сна, боль в мышцах и суставах, мигрени, желудочно-кишечные расстройства. Ранее учёные из Колумбийского университета связывали развитие заболевания с цитокинами, которые участвуют в работе иммунной системы. Группа Людовика Жилото пошла дальше по этому пути, решив определить, что именно вызывает иммунную реакцию организма. Совместно с доктором Сьюзан Левин, специалистом по синдрому хронической усталости, они нашли 48 человек с этим диагнозом, и ещё 39 здоровых людей были набраны для исследования в качестве контрольной группы. У всех участников взяли пробы крови и кала.

Микробиологический анализ показал, что количество бактерий в стуле больных синдромом хронической усталости, способных бороться с воспалениями ниже, чем в стуле здоровых людей. Кроме того, видов бактерий у больных людей было значительно меньше – подобная картина наблюдается также при болезни Крона и язвенном колите. В то же время, по словам Людовика Жилото, учёные нашли специфические маркёры в крови больных участников исследования, которые указывали на наличие воспаления, вызванного, по-видимому, проникновением кишечных бактерий в кровь. Иммунная система реагировала на это воспаление, ухудшая внешние проявления заболевания. Научной группе удалось верно выявить заболевание у 83% участников исследования.

Пока исследователи не могут точно сказать, является ли подобное состояние крови и микрофлоры кишечника симптомом синдрома хронической усталости или его причиной. В дальнейшем, они планируют провести научную работу по поиску признаков в кишечнике грибка или вирусов, чтобы понять, связано ли их наличие с болезнью.

Валентин СТАРОСТИН.

По материалам журнала Microbiome.

Статистика

Как себя чувствует Европа?

Вопрос alles fit? (всё в порядке?) с намёком на здоровье смущает почти треть жителей Германии, что скорее типично для постсоциалистических стран Евросоюза. Согласно исследованию агентства Eurostat, лишь 69% немцев оценивают состояние собственного здоровья на «отлично» или «хорошо». 23% признаются, что со здоровьем «ни то, ни сё», но, в целом, удовлетворительно. Ещё 7% считают, что дела плохи и здоровья уже не поправить.

Отметим, что уровень довольных своим здоровьем ниже 70% фиксируется в постсоциалистических странах Евросоюза, да и то не во всех. Так, в одну категорию с нами (от 60 до 70%) попали Польша, Венгрия, Хорватия и Словения. С ними нас роднит ещё одна тенденция – среди малообразованных слоёв населения более половины жалуются на здоровье.

Хуже всего в Евросоюзе обстоят дела у прибалтов – только 52% литовцев и латвийцев не ощущают проблем со здоровьем. У чехов и словаков уровень хорошего самочувствие несколько лучше, чем у немцев – 71%. Особняком держатся Румыния и Болгария, где, несмотря на проблемы в системе здравоохранения и неблагополучную статистику по различным заболеваниям, люди чувствуют себя превосходно – почти 80% румын и 78% болгар нисколько не жалуются на здоровье.

Ещё лучше дела в Скандинавии, Бельгии, Нидерландах, Испании и Ирландии – около 80% и выше. Лидером в общеевропейском зачёте является Греция, где почти 85% жителей довольны своим здоровьем. Любопытно, что среди греков крайне мало лишь отчасти удовлетворённых собственным самочувствием, зато заметно число категорически недовольных – более 5%. В Швеции и Ирландии всего несколько процентов тех, кто считает, что жизнь подошла к концу, а на Мальте таких и вовсе около процента.

Игорь ЧУРИЛОВ.

По материалам Zee News.

А как у них?

Бразилия в мировой борьбе

Бразильские онкологи готовятся к испытаниям экспериментального лекарственного препарата от рака. Эксперты называют его «синтетический фосфоэтаноламин». Это детище учёных из Университета Сан-Паулу. Сейчас у них на руках только результаты испытаний препарата на животных.

Известно, что в первой части клинических испытаний препарата на людях примут участие 10 человек. Добровольцев уже набрали. На сегодняшний день участники испытаний сдали анализы и прошли соответствующие обследования. Первые значимые выводы можно будет сделать через месяц после начала приёма препарата.

Кстати, многие раковые пациенты умирают из-за того, что раковые клетки развивают устойчивость к препаратам химиотерапии. Но эта проблема может быть решена благодаря открытию нового класса молекул. Эти молекулы, как показали испытания, убивали раковые клетки мышей, которые уже развили устойчивость.

В связи с этим открытием учёные уже говорят о новом типе лекарств – селеновых соединениях. В общей сложности, специалистов заинтересовали 57 соединений с противораковыми свойствами (отдельные убивали 80% устойчивых клеток). И некоторые из них, по мнению исследователей, вполне могут усилить эффект химиотерапии. Вообще, экспертов интересовал распространённый механизм защиты раковых клеток, появляющийся у них в ответ на химиотерапию. Речь идёт о белках в клеточных мембранах, которые выводят токсичные соединения из клеток. К подобным белкам относится, например, ABCB1.

Селеновые соединения хорошо блокировали работу ABCB1 в клетках Т-клеточной лимфомы мышей. Некоторые соединения даже в четыре раза превосходили по эффективности своих соплеменников. Более того, соединения провоцировали апоптоз – клеточную смерть – в раковых клетках.

Олег СИБИРЦЕВ.

По материалам INNOV.

Однако

Новый бич вместе с ВИЧ

Международная группа исследователей из Университета штата Вашингтон и Имперского колледжа Лондона установили, что вирусный гепатит стал одной из основных причин инвалидности и смертей во всём мире. Заболевание встало в один ряд с ВИЧ и туберкулёзом.

В своём исследовании учёные руководствовались данными, собранными за период с 1990 по 2013 г. в 183 странах. Согласно полученным результатам, количество летальных исходов из-за вирусных гепатитов за более чем 20-летний период выросло на 63%. Ежегодно болезнь уносит жизни 1,45 млн человек, тогда как количество умерших от туберкулёза и ВИЧ снижается.

В наибольшей степени влиянию вирусного гепатита, как утверждают исследователи, подвержено население стран с высоким и средним уровнем доходов, а вот жители Восточной Азии от заболевания почти не страдают.

Константин АНТОНОВ.

По материалам EurekAlert.

Тест

Старческое слабоумие «молодеет»

Всех британцев, достигших 40-летнего возраста, проверят на старческое слабоумие. С такой рекомендацией выступила правительственная служба "Общественное здравоохранение Великобритании". Специальные тесты с использованием сканнеров и компьютеров будут проводить участковые врачи.

Инициатива вызвана опасениями относительно устойчивого роста числа в Соединенном королевстве больных деменцией и болезнью Альцгеймера. Основными причинами являются курение, увлечение алкоголем, сидячий образ жизни, плохое питание.

Критики программы уже заявили, что власти «пытаются запугать британцев и заставить их изменить свой образ жизни под предлогом риска образования тяжёлых болезней».

Наум ДАВЫДОВ.

По материалам The Daily Telegraph.

Эксперименты

Глютен: за и против

Исключение из рациона продуктов, содержащих глютен, в том случае, если люди не страдают целиакией или аллергией на белок пшеницы, может привести к серьёзным проблемам со здоровьем.

Безглютеновая диета в последние годы становится всё более популярной. Так, в прошлом году около 25% американцев рассказали, что употребляют продукты без глютена, в 2013 г. их число составляло около 8%. На самом деле целиакия встречается довольно редко – сейчас этот диагноз поставлен менее 1% жителей США.

Однако исключение глютена из рациона не так уж безопасно, считают учёные. Отказываться от продуктов с глютеном без необходимости не стоит, отмечает Норелль Рейлли из Медицинского центра при Университете Колумбии (США).

Зачастую безглютеновые продукты содержат большое количество сахара и жиров, именно поэтому люди, переходящие на диету без глютена, нередко набирают вес. Кроме того, такая пища не всегда содержит достаточное количество витаминов и минералов.

Ранее было показано, что люди, употребляющие полноценные продукты, которые содержат глютен, реже страдают диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и некоторыми формами рака, среди которых колоректальный рак, а также рак головы и шеи.

Среди родителей распространено мнение, что переход на продукты без глютена поможет избежать развития целиакии у детей, однако результаты научных исследований эту точку зрения не подтверждают.

Как известно, что существует ген, ответственный за предрасположенность к целиакии, однако заболевание возникает не у всех его носителей.

Исследователи призывают не отказываться от продуктов с глютеном без консультации с врачом, так как подобное питание может нанести больше вреда, чем пользы.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации livescience.com

Итак...

Жизнь как сон

Учёные Университета Мичигана провели масштабное исследование глобальных режимов сна. Оно проводилось на основе собранных через мобильное приложение Entrain данных.

Это приложение изначально предназначалось для борьбы с джетлагом. Оказалось, голландцы тратят на сон почти на час больше каждую ночь, чем жители Сингапура или Японии. А ещё выяснилось, что женщины обычно спят больше мужчин. Меньше всего спят мужчины средних лет.

Итак, в среднем в Японии и Сингапуре люди спят по 7 часов 24 минуты, а вот в Голландии – по 8 часов и 12 минут. Британцы спят немногим меньше 8 часов (это чуть меньше французов). При этом была выявлена закономерность: чем позже ложились люди, тем меньше они спали. А вот время пробуждения никак не влияло на продолжительность сна. Притом, люди, проводившие больше времени при естественном освещении, раньше ложились спать. А ещё был важен возраст. В молодости отмечалась наибольшая вариативность в отношении времени пробуждения и времени отхода ко сну.

Игорь ЧИРКОВ

По материалам BBC.

Почему бы и нет

Учёные из США планируют доказать существование взаимосвязи между весом женщины и риском повторного возникновения рака молочной железы. Об этом сообщила доктор Дженнифер Лайжибел из женского онкологического центра Института изучения рака Даны и Фарбера. По её словам, известно, что женщины, у которых есть избыточная масса тела, имеют больший риск повторного рака молочной железы. Существует более 100 исследований, которые косвенно говорят о том, что такая взаимосвязь имеется, но пока нет данных, которые подтверждали бы прямую зависимость.

Избыточный вес ведёт к раку?

В исследовании доктора Лайжибел примут участие около 3200 женщин, больных раком молочной железы, индекс массы тела которых превышает 27. После того, как у них закончится противораковая терапия, все участницы будут направлены к диетологам, которые попытаются снизить суточное потребление калорий у пациенток до 1200-1500. Кроме того, каждой из женщин будет рекомендована физическая нагрузка, которая будет занимать 250 минут в неделю. По оценкам специалистов, примерно половина женщин сбросит около 10% своего веса. Само исследование начнётся в августе и продлится 2 года, сейчас идёт набор участниц.

Научная группа Дж.Лайжибел предполагает, что примерно у 23 участниц из каждых 100 тех, кто не потеряет вес, рак молочной железы возникнет повторно. Если расчёты исследователей верны, то из каждых 100 женщин, которые смогут сбросить вес, рецидив будет наблюдаться только у 19. Доктор Лайжибел заявляет, что совершенно уверена в результате своего исследования, но необходимо собрать данные, чтобы подтвердить теорию.

Примечательно, что уже есть результаты научных изысканий, согласно которым существует однозначная связь между весом человека и вероятностью, с которой он может заболеть колоректальным раком или раком простаты. Также существует исследование, проведённое в Турции, которое доказывает, что опухоли у полных людей более устойчивы к химиотерапии.

Алина КРАУЗЕ.

По сообщению BBC.

Ну и ну!

Несъедобные мозги

Каннибализм этически не допустим. Но недавно учёные решили выяснить, насколько в теории он опасен для здоровья человека. Дело в том, что многие виды едят себе подобных. В истории человечества случаи каннибализма происходили по разным причинам. В некоторых племенах съедают поверженных врагов, дабы забрать их силу. Также в условиях сильного голода иногда фиксировались случаи каннибализма. В той же Европе до начала XVIII века части человеческого тела (кости, кровь, жир) продавали как лекарства.

Учёные идут дальше. Они говорят, что многие женщины сейчас употребляют в пищу собственную плаценту, веря в её целительные свойства. По словам специалистов, термически обработанная плоть человека не опаснее приготовленного мяса животных. Но вот мозг человека есть нельзя точно. Поедание мозга грозит развитием куру – смертельной формы энцефалопатии и типичный пример трансмиссивных прионовых заболеваний человека вроде коровьего бешенства. Данные заболевания характеризуются накоплением аномального белка – приона, который можно встретить в центральной нервной системе.

Куру не раз выявляли у племён форе в Новой Гвинее, которые практикуют ритуальный каннибализм (через мозг болезнь передаётся всем участникам ритуала). Особенность болезни – инкубационный период может длиться до 30 лет. В качестве симптомов отмечаются сильная дрожь и резкие движения головой, иногда сопровождаемые улыбкой. Но в самом начале развития болезни фиксируются головокружение, усталость, головная боль, судороги и только после этого характерная дрожь. Всего за несколько месяцев ткани головного мозга разрушаются, превращаясь в подобие губки. В итоге через 9-12 месяцев человек может умереть.

Василий СЕВАСТЬЯНОВ.

По материалам Medical News Today.

Ракурс

Хорошо там, где нас нет

Врачебные ошибки занимают третье место среди причин смертности в США после сердечно-сосудистых заболеваний и рака. Таковы результаты исследования, проведённого специалистами американской Школы медицины Университета Джонса Хопкинса.

По данным исследователей, более 250 тыс. пациентов скончались из-за врачебных ошибок в прошлом году, что составляет 9,5% от общегодового числа смертей, в то время как от сердечно-сосудистых заболеваний умерли 611 тыс. граждан США, а от онкологических заболеваний – 585 тыс. От хронических респираторных заболеваний скончалось 149 тыс. человек.

Однако, как заметили специалисты, проводившие исследование, в большинстве случаев пациенты гибнут не из-за «плохого доктора», а по причине системных ошибок, в число которых входят недостаточный уход, несвоевременная, недостаточная или ошибочная диагностика, неверное лечение, отсутствие взаимодействия между медицинскими службами.

Кроме того, отмечают исследователи, американская система медицинской статистики нацелена не столько на выявление, сколько на сокрытие медицинских ошибок, так как врачи и клиники опасаются судебных исков.

Конечно, врачебные ошибки не редкость и в России. Как известно, весной минувшего года Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова выплатил пациентке компенсацию за врачебную ошибку в размере 15 млн руб. Сумма выплаты для нашей страны оказалась рекордной.

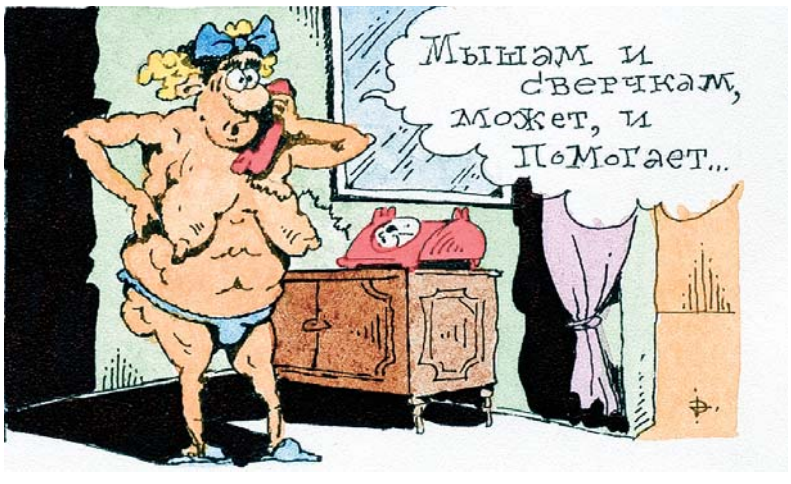
Борис БЕРКУТ.

По информации The independent

Дословно

Учёные заявили, что им удалось создать «таблетку молодости». Она способна обратить деменцию и прочие возрастные недуги вспять. Клинические испытания таблетки, возможно, начнутся в ближайшие два года.

Чудесная пилюля



В таблетке содержится коктейль из 30 витаминов и минеральных веществ. Среди них витамины B, C, D, фолиевая кислота, экстракт зелёного чая, рыбий жир. Как показали исследования, данная смесь способна замедлить развитие неврологических отклонений вроде болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона.

В рамках эксперимента учёные использовали мышей с обширной потерей более 50% мозговых клеток. Однако через несколько месяцев приёма таблеток полностью пропадали признаки клеточной потери, тормозился когнитивный упадок, улучшалось зрение, обоняние, равновесие и двигательная активность животных.

Было установлено, что таблетки влияли на митохондрии – энергетические фабрики клеток. В митохондриях вырабатывалось меньше свободных радикалов. Поэтому, когда таблетки проверяли на сверчках, те, в итоге, вместо 120 дней жили 257 дней.

Игорь САВЕЛЬЕВ.

По материалам The Daily Mail.

Имена и судьбы

Как грязнуля микробов победил

Бывает так, что великое открытие совершает тот, кто постоянно нарушает правила. Тысячи врачей ежедневно следили за чистотой на своих рабочих местах, но ни одному из них не удалось того, что смог сделать неаккуратный Александр Флеминг – открыть первый в мире антибиотик. И вот что интересно: если бы он соблюдал чистоту, то у него бы тоже ничего не получилось…

Сегодня, 3 августа, 135 лет назад родился «отец» антибиотиков Александр Флеминг

Не на своём месте…

Как-то великий французский химик Клод-Луи Бертолле весьма остроумно заметил: «Грязь – это вещество не на своём месте». Действительно, стоит только чему-то оказаться не там, где ему надлежит пребывать, и сразу же в помещении возникает беспорядок. А поскольку состояние хаоса и грязь вокруг всегда мешают как работе, так и в повседневной нормальной жизни, то всех с детства учат: следует чаще убираться. В противном случае количество вещества не на своём месте превысит таковое, своё место знающее.

Медицинские работники особенно нетерпимы к грязи. И это понятно – «вещество не на своём месте» очень скоро становится местом прописки разнообразных микроорганизмов. А они весьма опасны для здоровья как пациентов, так и самих врачей. Возможно, именно поэтому большинство медиков – патологические чистюли. Впрочем, не исключено, что в данной профессии существует своеобразный искусственный отбор – тот врач, что постоянно «кладёт» вещество не на своё место, теряет клиентуру и уважение коллег и в профессии не задерживается.

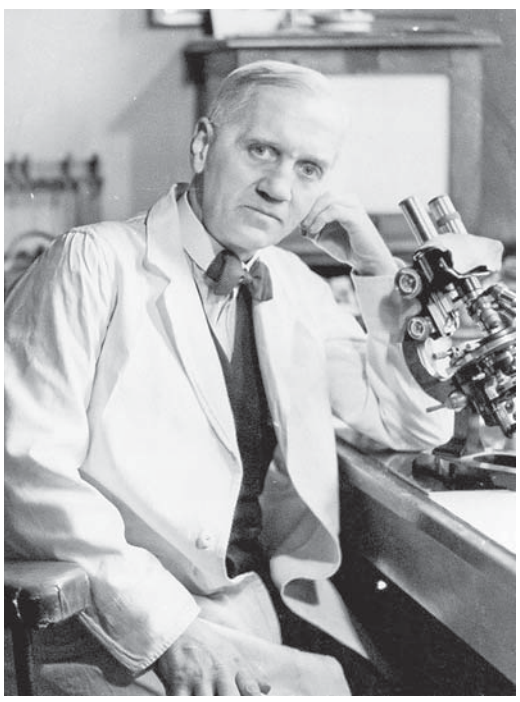
Тем не менее, иногда это правило даёт сбой. И вот тогда доктор-грязнуля приносит человечеству куда больше пользы, чем его аккуратные коллеги. Именно так однажды неряшливость медика привела к открытию, которое помогло спасти жизни миллионов людей.

6 августа 1881 г. в шотландском городе Дарвел в семье фермеров Флемингов родился мальчик, которого назвали Александром. Ребёнок с детства отличался любознательностью и тащил с улицы в дом всё, что считал интересным. Родители его за это не ругали, огорчало их совсем другое в характере сына – их отпрыск никогда не складывал свои трофеи в определённое место. Юный натуралист разбрасывал по дому и засушенных насекомых, и гербарии, и минералы, и более опасные для здоровья вещи. Словом, как ни пытались приучить Александра к порядку и чистоте, всё равно ничего из этого не вышло.

Через некоторое время Флеминг поступил в медицинскую школу при больнице святой Марии. Там Александр изучал хирургию и, выдержав экзамены, в 1906 г. стал членом Королевского колледжа хирургов. Оставаясь работать в лаборатории патологии профессора Алмрота Райта больницы святой Марии, он в 1908 г. получил степени магистра и бакалавра наук в Лондонском университете. Следует заметить, что медицинская практика не особенно интересовала Флеминга – куда больше его привлекала исследовательская деятельность.

Чудовищно неаккуратен

Сослуживцы Александра неоднократно отмечали, что даже в лаборатории тот был ну просто чудовищно неаккуратен. А в его рабочий кабинет было опасно входить – реактивы, медикаменты и инструменты валялись вперемешку повсюду, а присаживаясь на стул, можно было напороться на скальпель или пинцет. Флеминг постоянно получал выговоры и порицания от старших коллег за то, что у него всё валяется вразброс и вперемешку. Все эти упрёки, похоже, не особенно волновали медика, и он не пытался исправиться.



Когда началась Первая Мировая война, молодой врач отправился на фронт во Францию. Там он, работая в полевых госпиталях, начал изучение инфекций, которые проникали в раны и вызывали тяжёлые последствия. И вот уже в начале 1915 г. Флеминг представил доклад, в котором рассказывалось о присутствии в ранах видов микробов, некоторые из которых были ещё не знакомы большинству бактериологов. Ему также удалось выяснить, что применение антисептиков в течение нескольких часов после ранения не полностью уничтожает бактериальные инфекции, хотя многие хирурги так считали. Более того, самые зловредные микроорганизмы проникали в раны настолько глубоко, что уничтожить их простой антисептической обработкой было невозможно.

Что же следовало делать в подобных случаях? В возможности лечения таких инфекций при помощи традиционных лекарств из неорганических веществ Флеминг не особенно верил: его довоенные исследования терапии при сифилисе показали, что данные методы весьма ненадёжны. Однако Александр был увлечён идеями своего шефа, профессора Райта, который считал использование антисептиков тупиковым путём, поскольку они ослабляют защитные свойства самого организма. А вот если получить препараты, которые будут стимулировать иммунитет, то пациент сможет сам уничтожить своих «обидчиков».

Смелая гипотеза

Развивая мысль своего коллеги, Флеминг предположил, что сам человеческий организм должен содержать вещества, убивающие микробов (следует заметить, что про антитела тогда толком ничего не знали, их удалось выделить только в 1939 г.). Свою гипотезу ему удалось подтвердить экспериментально только после войны с использованием техники «слайд ячейки». Методика позволила легко показать, что при попадании микробов в кровь лейкоциты оказывают очень сильное бактерицидное действие, а при добавлении антисептиков эффект значительно снижается или даже полностью ликвидируется.

Ободрённый Флеминг стал экспериментировать с различными организменными жидкостями. Он поливал ими бактериальные культуры и анализировал результат. В 1922 г. учёный, простудившись, шутки ради высморкался в чашку Петри, где росла бактериальная культура Micrococcus lysodeicticus. Однако эта шутка привела к открытию – все микробы погибли, а Флемингу удалось выделить вещество лизоцим, обладающее антибактериальным действием.

Флеминг продолжил исследование данного естественного антисептика, однако вскоре выяснилось, что для большинства болезнетворных бактерий лизоцим безвреден. Учёный не желал сдаваться и вновь повторял эксперименты. Самое интересное, что Александр, работая с культурами самых опасных микроорганизмов, совершенно не изменял своим привычкам. По-прежнему , его стол был завален чашками Петри, которые не мылись и не стерилизовались неделями. Коллеги попросту боялись заходить в его кабинет, но неряшливого доктора перспектива подхватить тяжёлую болезнь, по-видимому, нисколько не пугала.

Минуло ни много ни мало 7 лет и удача вновь улыбнулась исследователю. В 1928 г. Флеминг начал изучать свойства стафилококков. Сначала работа не принесла ожидаемых результатов и доктор решил взять отпуск в конце лета. Александр Флеминг остался верен себе: он и не подумал убраться в своей лаборатории. Со спокойной совестью он уехал отдыхать, так и не помыв чашек Петри, а когда 3 сентября вернулся, то заметил, что в одной чашке с культурами появились плесневые грибы, а присутствовавшие там колонии стафилококков погибли, в то время как другие колонии были в норме.

Заинтригованный Флеминг показал загрязнённые грибами культуры своему бывшему помощнику Мерлину Цена, который сказал: «Вот так же вы и открыли лизоцим», впрочем, это, наверное, следует воспринимать не как восхищение, а как порицание за неаккуратность. Определив грибки, учёный понял, что антибактериальное вещество производит представитель вида Penicillium notatum, который попал на культуру стафилококков совершенно случайно. Спустя несколько месяцев, 7 марта 1929 г., Флеминг выделил таинственное антисептическое вещество и назвал его пенициллином. Так началась эра антибиотиков – лекарств, подавляющих бактериальные и грибковые инфекции.

К секрету пенициллина

Следует отметить и другие факты – до Флеминга многие учёные достаточно близко подошли к открытию подобных веществ. Однако никому это загадочное вещество в руки так и не далось. Наверное, это произошло потому, что все они были адептами чистоты и стерильности, и плесень Penicillium notatum просто не могла проникнуть в их лаборатории. А для того, чтобы раскрыть секрет пенициллина, потребовался именно грязнуля и неряха Александр Флеминг.

Через 12 лет после его открытия два других учёных, Ховард Флори и Эрнст Чейн, смогли наладить массовое производство пенициллина за счёт средств правительств США и Англии. А в 1945 г. Флеминг, Чейн и Флори получили Нобелевскую премию за проделанную ими работу по открытию и получению первого в мире антибиотика. Но даже престижная награда не сделала учёного более аккуратным. Кстати, ту самую чашку с разросшимся плесневым грибом Флеминг хранил до конца жизни. И, как полагается, ставил её куда угодно, но только не на своё место…

Пенициллин в России. Вместо послесловия.

В годы Великой Отечественной войны Иосиф Сталин добивался увеличения поставок в СССР американского пенициллина. При этом он настаивал на том, что производство этого лекарства должно быть освоено и в СССР. Даже велись переговоры с американцами о покупке лицензии на производство пенициллина.

Представители США озвучили астрономическую сумму, да ещё и дважды её повышали, аргументируя это «ошибкой в предварительных расчётах». В итоге микробиолог Зинаида Ермольева занялась производством отечественного аналога, получившего название крустозин. По своим свойствам это вещество значительно уступало пенициллину, да и технология его производства была невероятно дорогой.

Кончилось всё это тем, что лицензия на производство пенициллина была куплена у Эрнста Чейна, после чего НИИ эпидемиологии и гигиены Красной Армии, под руководством Николая Копылова, освоил эту технологию и запустил её в производство.

Основным производственным штаммом была культура Penicillium chrysogenum. В 1945 г. после испытаний отечественного пенициллина коллектив института во главе с Копыловым был удостоен Сталинской премии. Ермольева же и её крустазин были преданы забвению.

Несмотря на все замечательные свойства антибиотиков вообще и пенициллина в частности, сегодня учёные озабочены тем, насколько быстро большинство бактерий и микробов вырабатывает устойчивость к их воздействию.

Так директором Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения был сделан неутешительный вывод: «Ещё Александр Флеминг предостерегал, что чрезмерное увлечение антибиотиками формирует у бактерий сопротивляемость к этим медикаментам. Если всё будет идти так же, как и сейчас, то вскоре наступит время, когда против некоторых бактерий просто не будет лекарств».

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Медицина и религия

Гуманитарная помощь – для профилактики абортов

Более 38 млн руб. собрала Русская православная церковь (РПЦ) для создания новых церковных центров гуманитарной помощи для беременных женщин. Распределять полученные деньги будут на конкурсной основе.

Накануне Дня защиты детей 1 июля Патриарх Московский и всея Руси Кирилл объявил о сборе пожертвований на создание новых центров помощи беременным и женщинам с детьми, которые оказались в трудной жизненной ситуации. Сейчас в России действует 60 церковных центров, в которых россиянки могут бесплатно получить одежду, предметы гигиены, коляски, кроватки для детей.

Новые церковные центры гуманитарной помощи призваны способствовать профилактике абортов и снижению числа отказов от детей. В Синодальном отделе по церковной благотворительности и социальному служению Московской патриархии сообщили, что даже небольшая вещевая помощь часто позволяет избежать аборта или отказа от ребёнка: 1552 женщины в 23 городах сохранили беременность благодаря гарантированной им минимальной продуктовой помощи.

Собранные для создания центров средства, как уже отмечалось, будут распределяться на конкурсной основе. Приём заявок на участие в конкурсе уже начался. Он продлится до 26 сентября 2016 г. Участвовать в конкурсе могут епархии, приходы и монастыри, а также некоммерческие организации, учреждённые православными религиозными организациями. Организация должна быть зарегистрирована как юридическое лицо не менее 1 года.

Его Святейшество патриарх Кирилл подчёркиват, что Церковь «нуждается во взаимодействии с профессиональными медиками». «Особенно в таких сферах, как работа с наркозависимыми и алкоголезависимыми, и во многих других сферах», – говорит он.

Соглашение предполагает развитие при роддомах центров кризисной беременности с участием психологов и представителей Церкви в предвыборном консультировании женщин в медицинских организациях.

Кроме того, по просьбе Церкви Минздрав открывает пункты амбулаторной помощи бездомным во всех российских городах с населением более 500 тыс. человек. «Эти пункты позволят облегчить для бездомных получение медицинской помощи и снизят угрозу распространения инфекционных заболеваний», – уверены в Московской патриархии. В России действуют более 76 церковных приютов, рассчитанных на 2017 мест.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Cito!

Талантливый человек – талантлив во всём. Об этом свидетельствует и вышедшая в свет книга заслуженного врача России, доктора медицинских наук, профессора Евгения Столярова. Она охватывает большой период в истории нашей страны. Автор излагает свои взгляды на развитие здравоохранения, которые основываются на 51-летнем опыте врача.

Е.Столяров прошёл большой путь от заместителя главного врача Кинель-Черкасской ЦРБ до декана производственной практики, проректора по лечебной работе Самарского государственного медицинского университета, директора Клиник Самарского ГМУ.

Книга посвящена 85-летию Клиник Самарского ГМУ, где Евгений Анатольевич проработал 46 лет.

Сегодня мы печатаем одну из глав книги.

Наши публикации

Сельский доктор

Село Кинель-Черкассы (в 100 км от Самары) было основано выходцами с Украины в XVIII веке И сейчас там остались деревни с компактным проживанием украинцев (Полудни, Семёновка). Площадь района составляла около 8 тыс. км², для сравнения: площадь Дании – 43 тыс. км². Центром района было село Кинель-Черкассы с населением 16 тыс. человек, самое большое село в России. По статусу, всякий населённый пункт с населением свыше 10 тыс. человек считался городом или рабочим посёлком. Но Хозяин района, в то время первый секретарь райкома КПСС Николай Лукьянович Бардин отказался от этого «почётного» звания. И оно осталось селом, так как в противном случае все работники бюджетной сферы (врачи, учителя, работники культуры и др.) теряли льготы по социальному пакету.

Я не зря написал слово «хозяин» с большой буквы. Это был действительно руководитель, как говорится, «…слуга царю, отец солдатам», который доходил до каждого человека. У меня есть много примеров этому.

Кстати, село Кинель-Черкассы, начиная с 90-х годов было помидорной столицей России. Почти в каждом дворе были теплицы и парники, где начиная с февраля выращивалась рассада, а далее очень вкусные помидоры. И каждый продавец на рынках города Самары называл свои помидоры кинель-черкасскими, даже если они были из Узбекистана.

Сейчас, к сожалению, после вступления России в ЕТС, этот бизнес умирает, так как сложно конкурировать с продукцией из стран Западной Европы в связи с высокими ценами на газ для отопления теплиц у нас.

Медицинская служба района была представлена центральной районной больницей на 240 коек, четырьмя участковыми больницами в сёлах Кротовка, Кабановка и в рабочих посёлках Тимашево, Рабочий. Кроме того, в деревнях было 18 фельдшерско-акушерских пунктов. Работу последних считаю заслугой советского здравоохранения. И мне было очень больно, когда стали закрывать ФАПы в связи с тем, что каждый житель России может в любом месте получить квалифицированную медицинскую помощь. Идея хорошая. Гладко было на бумаге… Россия не Дания, где все дороги с твёрдым покрытием и которую можно объехать за один день. Но попробуйте добраться до села Богородское в весеннюю или осеннюю распутицу!

Сейчас ФАПы вновь открываются…

1 августа 1964 г. Дождь. Мы, в соответствии с приказом Куйбышевского облздравотдела, имея на руках направления, стоим у конторы Кинель-Черкасской ЦРБ. Мы – это я – хирург, моя жена Галина Ивановна – педиатр и её подруга Эльвира Ивановна Игошина – рентгенолог. С ней моя жена училась в одной школе с 1-го класса и далее в институте. Впоследствии, она стала Галкиной, женой министра здравоохранения Самарской области, профессора. Кстати, ее папа И.А.Игошин был полковником, заместителем начальника КГБ по Куйбышевской области. И тем не менее, она поехала по распределению в село. Можно ли это вообразить сейчас?!

Контора ЦРБ представляла собой деревянное здание, в котором были кабинет главного врача и его заместителя, бухгалтерия и организационно-методический отдел.

Естественно, мы «при параде», я в костюме, девушки в модных тогда белых туфлях на шпильках. Вокруг непролазная грязь. С трудом добираемся до кабинета главного врача. Там сидят главный врач Николай Фёдорович Монаков и его заместитель Владимир Диомидович Середавин. Они в сапогах, по погоде, и со снисходительной усмешкой смотрят на нас.

Это действительно великие люди в здравоохранении не только нашей области, но и СССР. Я им безмерно благодарен за их участие в моём становлении врача. А Володя Середавин стал моим другом на многие годы. К сожалению, он рано ушёл из жизни, и мы с женой поддерживаем дружеские отношения с его семьёй. Теперь его именем названа областная клиническая больница.

Посоветовав нам приобрести сапоги (это вам не город!), они определили нас на жильё к тёте Нюре. Это был деревянный дом рядом с больницей на берегу реки Кинель. Жильё представляло собой одну большую комнату, разделённую занавеской. За ней была наша с Галей кровать, а в другой половине спали Эльвира Ивановна с хозяйкою. Естественно, все удобства были во дворе. Изба отапливалась русской печкой. И если вечером было жарко, то к утру вода в вёдрах замерзала. Тем не менее, даже в таких условиях мы ходили на работу в наглаженных, накрахмаленных халатах и шапочках и в чистой обуви. И вскоре нашему примеру последовали и другие врачи.

Кстати, на третий день нашего пребывания в Кинель-Черкассах нас пригласил к себе первый секретарь райкома КПСС Н.Л.Бардин. Поинтересовался, как мы устроились, надолго ли приехали. Хотя мы и не были членами КПСС. Посетовал, что они не успели сдать новый дом, в котором он обещал выделить нам квартиры. Вот что значит настоящий, умный руководитель, который заботится о закреплении кадров на селе! Потом, встретившись через год в городе Куйбышеве со своими однокурсниками, я выяснил, что никого из них руководители районов не приглашали на подобную беседу.

Через год мы приехали в наш институт для получения дипломов. Мы их получали только после предъявления справки о трудоустройстве по месту распределения.

Квартиру мы действительно получили в новом доме, сданном в следующем году. Нам с Галей дали трёхкомнатную, Эльвире Ивановне – однокомнатную. Мы очень гордились своим собственным жильём. Это был типовой сельский 16-квартирный дом. Из удобств – тепло, электричество. Вода, туалет – на улице. Через год подключили и их. И это считалось элитным жильём. Правда, жили мы на другом от больницы берегу реки. Мост был деревянный и в половодье, весной, затапливался. Так что мы добирались на работу на лодках или в обход, около 5 километров, через подвесной мост. Стационарный мост построили к 50-летию Октября в 1967 г.

* * *

Итак, я хирург хирургического отделения Кинель-Черкасской ЦРБ на 60 коек. Кроме хирургических и травматологических коек, там были при необходимости офтальмологические и лор-койки. Заведовал отделением Николай Тимофеевич Андросов… Я многому научился у него в хирургии, за что ему и благодарен. Благодаря конкуренции с ним у меня появилась мечта стать в хирургии квалифицированнее его. И я её достиг. Будучи доцентом кафедры общей хирургии, выезжал консультировать больного в Кинель-Черкасскую ЦРБ.

Я прекрасно помню и других работников отделения: старшую медицинскую сестру отделения Раису Михайловну Копытину, операционных медицинских сестёр Нину Воронину, Ольгу Попову, санитарку Зину Бодрову, которые мне помогали в моём овладении сложной профессией хирурга.

Были и ошибки, которые запомнились на всю жизнь. Однажды я оперировал плановую грыжу. В операционную зашёл заведующий отделением Н.Т.Андросов и предложил прооперировать больную, поступившую с острым аппендицитом. Я с радостью согласился. Операция прошла штатно, но вечером больная умерла от инфаркта миокарда. Основным заболеванием шёл острый аппендицит, смерть от которого была чрезвычайным происшествием.

С этим случаем приехал разбираться областной хирург Аким Яковлевич Яковлев, который устроил мне публичную порку. Доверившись заведующему отделением, я лично не осмотрел больную перед операцией, не выяснил анамнез, а она страдала гипертонической болезнью, не снял ЭКГ, не сделал соответствующей предоперационной подготовки и т.д.

Кроме обязанностей хирурга, на меня как на молодого специалиста возложили ещё и обязанности патологоанатома и судмедэксперта.

Вскоре главный врач района В.Д.Середавин взял меня к себе заместителем по оргметодработе. И я стал постигать основы организации здравоохранения – знания, которые впоследствии мне очень пригодились.

Моей жене Гале пришлось труднеё. Ее назначили заведующей педиатрическим отделением. Кроме нее, там работали на 0,5 ставки Клавдия Никифоровна Панарина (заместитель главного врача) и ещё один врач – Л.Боковая. На приёме ежедневно было до 40 детей, плюс стационар на 30 коек и вызовы на дом. Кстати, в то время в Кинель-Черкасской ЦРБ было две машины: «Москвич-402» (для главного врача) и УАЗ-467 (скорая помощь). Поэтому в зимнее время года детские вызовы обслуживались на санях с лошадью, на которых я путешествовал в село Красная Горка.

Отдельно не могу не сказать о моём друге, светлая ему память, Владимире Диомидовиче Середавине. Больница строилась и попала в ранг долгостроя. И только такой человек, как В.Середавин – умный, решительный, принципиальный – смог завершить её строительство. При этом он рисковал своей карьерой. Ему два раза предлагали положить партийный билет члена КПСС на стол (исключить из партии), что означало конец карьере. На него оказывалось давление со стороны обкома КПСС. Помог ему собственный корреспондент «Медицинской газеты» в Самарской области Г.Самарин, который опубликовал статью в газете «Вернисаж недоделок». Приём отложили. И только спустя полгода, в июле 1981 г., больница была принята и стала ведущим учреждением здравоохранения нашей области и остаётся таковой до сих пор, благодаря традициям, заложенным В.Середавиным. В память о нём перед больницей стоит его бюст, к которому я приношу цветы, посещая больницу. Да, друг, короткую жизнь свою ты прожил не зря!

В 1969 г. после 5 лет работы в Кинель-Черкасской ЦРБ я поступил в очную аспирантуру на кафедру общей хирургии и покинул село Кинель-Черкассы. Во время обучения в аспирантуре я в полной мере осознал тезис, что медицине, тем более хирургии, нельзя научить, ей можно только «научиться».

…Кстати, на кафедре, хотя я и был просто аспирантом, я чувствовал себя наравне с больничными ординаторами. Во-первых, сказывался 5-летний опыт работы в Кинель-Черкасской ЦРБ, особенно в области экстренной хирургии. Во-вторых, я совсем неплохо состоялся в экономическом плане: мы с Галей, работая в Кинель-Черкассах, смогли приобрести автомобиль «Москвич-408». По тем временам это была очень престижная автомашина. Поэтому я не понимаю современных выпускников, которые не хотят ехать работать в село, а предпочитают любыми средствами остаться в хирургических отделениях города, стоя «на крючках» (ассистент), при мизерной зарплате.

А эпиграфом к этой главе книги я выбрал слова песни из любимого мной кинофильма «Весна на Заречной улице». Я считаю Кинель-Черкасскую ЦРБ той «заводской проходной», что вывела меня в хирургию.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 16-07-00369
Тираж 28 420 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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