

Работают мастера

## Безнадёжных случаев уже не бывает

Спасение приходит и при тяжёлых патологиях сетчатки



Двадцати четырём астраханцам с тяжёлой патологией сетчатки глаза успешно проведены высокотехнологичные витреоретинальные операции. И если раньше возможность оперироваться у таких пациентов была только в центральных клиниках по квотам ВМП, то теперь к их выполнению приступили и в Астрахани в офтальмологическом центре частного учреждения, причём в рамках системы ОМС.

Операции проведены астраханскими специалистами вместе с опытным офтальмохирургом из Краснодара. «Подобные сложные хирургические вмешательства являются «вершиной» офтальмохирур-

гии, – отметил заведующий витреоретинальным отделением Краснодарского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Юрий Стоянов. – Ещё некоторое время назад такие случаи считались безнадежными. Сегодня офтальмохирург восстанавливает зрение, а благодаря ювелирной точности исполнения эндоскопической операции, которая проводится через проколы без разрезов, пациент быстро реабилитируется. Это похоже на чудо».

Обладая современным оборудованием, офтальмологический центр, возглавляемый главным офтальмологом Минздрава России по Южному федеральному округу, председателем научного общества офтальмологов Астраханской об-

ласти, доктором медицинских наук, профессором Лией Рамазановой, постоянно внедряет новые технологии в повседневную практику офтальмологической службы региона.

– Мы готовы поставить на «поток» сложные операции, – говорит Л.Рамазанова. – В этом году офтальмологический центр получил поддержку Министерства здравоохранения области и территориального фонда ОМС в виде госзаказа в рамках ОМС, что даёт возможность астраханцам лечиться бесплатно и не уезжать из региона за получением медицинской помощи.

**Анна ЛЮБЕЗНОВА,**  
вент. корр. «МГ».

Астрахань.

Инициатива

## По пути из магазина

Необычный проект стартовал в Иркутске: региональный Минздрав организовал в одном из крупных торговых центров города пункт информирования по вопросам профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни.

В отличие от аналогичных проектов в других субъектах РФ этот не кратковременный, а постоянный действующий. Иркутские медики «поселились» в столь людном месте надолго, в региональном Министерстве здравоохранения говорят, что как минимум до конца года врачи будут принимать здесь пациентов-покупателей, бесплатно оказывать

консультативно-диагностическую помощь. Приём по графику ведут сотрудники 38 лечебных учреждений Приангарья.

Как подчёркивают организаторы, их цель – привлечь внимание иркутян к здоровью, важности профилактических осмотров и предупреждению заболеваний. Минимальный набор диагностических методов можно будет пройти прямо здесь, в импровизированном медпункте: измерить артериальное и внутриглазное давление, определить содержание сахара в крови, оценить индекс массы тела, замерить концентрацию углекислого газа в выдыхаемом воз-

духе, получить консультацию терапевта. Кроме того, можно будет прийти с ребёнком и получить консультацию педиатра.

Ставка на торговый центр сделана Министерством здравоохранения безошибочно: ежедневно его посещают несколько тысяч человек, среди которых, безусловно, много людей, среди которых по пути из одного магазина в другой пообщаться с врачом, причём сделать это без очереди и бесплатно, что особенно привлекательно.

**Елена БУШ,**  
соб. корр. «МГ».

Иркутск.



**Валентина АКСЁНОВА,**  
главный детский фтизиатр  
Минздрава России,  
профессор:

Лозунг фтизиопедиатров мира: «Не оставляй никого позади. Объединяйтесь для победы над туберкулёзом!»

Стр. 4

**Михаил АНЦИФЕРОВ,**  
главный эндокринолог  
Департамента здравоохранения  
Москвы, профессор кафедры  
эндокринологии Российской  
медицинской академии  
непрерывного профессионального  
образования:

Снижение уровня гликемии и достижение целевых параметров гликемического контроля не может использоваться в качестве единственной цели лечения сахарного диабета.

Стр. 6-7



**Сергей ТАРАСЕНКО,**  
главный врач Рязанской  
клинической больницы скорой  
медицинской помощи, профессор,  
заслуженный врач РФ:

Неизменным в нашей работе остаётся приоритет высокого качества медицинской помощи.

Стр. 10

Проекты

## Если за рубежом понадобится медицинская помощь...

Комитет по охране здоровья Государственной Думы Федерального собрания РФ взял на контроль ситуацию с медицинским страхованием российских туристов, выезжающих за рубеж.

По мнению председателя комитета Дмитрия Морозова, этот вопрос заслуживает серьёзного изучения и глубокой законодательной проработки. Лишь комплексный подход позволит добиться получения нашими соотечественниками всей необходимой медицинской помощи за рубежом. Соответствующий вопрос был поднят в рамках встречи депутатов фракции «Единая Россия» в Госдуме РФ с руководителем федерального агентства по туризму Олегом Сафоновым.

В настоящее время при оформлении путёвки путешественники приобретают страховой полис, покрывающий расходы на лечение, в том случае, если туристу во время пребывания в другой стране понадобится экстренная медицинская помощь или даже медицинская эвакуация на родину. Минимальная сумма по такому договору страхования эквивалентна 2 млн руб.

Однако в отдельных случаях страховка не в состоянии покрыть все необходимые расходы, отмечают в думском комитете. Такая

ситуация возникает, например, когда человеку потребовалась дорогостоящая операция с последующей реабилитацией в иностранной клинике.

По этим причинам некоторые россияне сталкиваются с ситуацией, когда денег на лечение и эвакуацию попросту нет: страховая компания выполнила свои обязательства, но выплаченной суммы оказалось недостаточно. В таких случаях семьям пострадавших туристов приходится оплачивать лечение своими силами.

Руководитель Федерального агентства по туризму О.Сафонов, подчеркнул, что проблема действительно серьёзная, и ведомством ведётся систематическая работа с туроператорами, на которых возлагается обязанность проинформировать туриста о необходимости приобретения страховки и возможности оформления дополнительного полиса, предполагающего большую сумму компенсации.

Тем не менее, учитывая важность поднятого вопроса, Комитет Государственной Думы РФ по охране здоровья решил взять на контроль ситуацию с медицинским страхованием россиян, выезжающих на отдых за рубеж.

**Константин ГЕРБИНСКИЙ,**  
МИА Cito!



## Новости

## О печени и не только

В кемеровской Областной клинической больнице скорой медицинской помощи им. М.А.Подгорбунского прошла межрегиональная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы панкреатологии, гепатологии и билиарной хирургии», в которой приняли участие около 70 врачей городских и районных больниц Кузбасса, а также их коллеги из Новосибирска и Барнаула.

Съехавшиеся на форум хирурги в деталях обсудили современные подходы к лечению различных заболеваний печени и поджелудочной железы. Большую часть докладов подготовили специалисты больницы им. М.А.Подгорбунского, на базе которой действует областной гепатологический центр.

В настоящее время в центре проводятся все виды терапевтического и хирургического лечения заболеваний печени, поджелудочной железы и желчных протоков. Используются самые современные методы обследования: компьютерная томография, чрескожная чреспечёночная холангиография под контролем ультразвука, исследование функционального резерва печени, фибросканирование печени, лапароскопия, МРТ.

Центр ежегодно консультирует до 7 тыс. пациентов и выполняет более 100 радикальных операций. Накопленный специалистами опыт позволил значительно снизить процент осложнений и летальность при опухолевых заболеваниях печени.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

## Регистратуру сделают «вежливой»

На реализацию проекта «Вежливая регистратура» в Магаданской области потратят 10,5 млн руб., сообщили в правительстве региона. Для организации быстрой записи к врачам и работу с медицинскими картами будет приобретено специализированное оборудование и программное обеспечение, что исключит очереди при записи на приём, получении справок и медкарт. Сопровождение о внедрении проекта в магаданских поликлиниках провёл губернатор Владимир Печёный.

– Мы также планируем разделить такие разные виды работы, как организация приёма и работа с медицинскими картами, – рассказала исполняющая обязанности министра здравоохранения и демографической политики региона Елена Кузьменко. – Это позволит значительно разгрузить работников поликлиник.

– Очереди в поликлиниках, нервозность, неразбериха при записи к врачу должны уйти в прошлое, – подчеркнул губернатор. – Им на смену придут современные методы организации работы медиков.

Николай ИГНАТОВ.

Магадан.

## Без потребности в стационаре

Ежедневно 5-7 столичных жителей получают консультации в так называемом первом психиатрическом модуле. Об этом сообщил главный специалист-психиатр Департамента здравоохранения Москвы, профессор Георгий Костюк.

– Мы развернули наше подразделение в конце января. Часто бывает, что у больных кардиологического, пульмонологического или иного профиля внутренней патологии есть сопутствующая довольно выраженная депрессия. Именно таких пациентов направляют к нашим специалистам, – отметил Г.Костюк. – В дневном стационаре ежедневно проходят лечение порядка 50 человек, иногда и больше. Сюда обращаются те, у кого возникает обострение или ухудшение состояния. Чтобы не госпитализировать такого больного, его направляют в дневной стационар для ежедневного лечения по рабочим дням, – подчеркнул он.

Ранее сообщалось, что в течение нынешнего года в Москве на базе поликлиник откроются психиатрические модули, где прикрепленные пациенты смогут получать соответствующую помощь. Пилотным проектом стало открытие амбулаторного модуля психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева Департамента здравоохранения Москвы, а также в одном из филиалов столичной консультативно-диагностической поликлиники № 121.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Москва.

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

## События

## Волонтеры набирают вес

Они получают поддержку от министерства

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова приняла участие во II Всероссийском форуме волонтеров-медиков. Это общественное движение насчитывает уже более 12 тыс. студентов, которые принимают самое активное участие в общественной жизни. Они организуют акции в поддержку донорства и борьбы с различными заболеваниями, проводят профилактические беседы в школах, дежурят в больницах и умеют оказывать первую медицинскую помощь.

Позади у волонтеров-медиков больше 600 тыс. часов помощи медицинскому персоналу больниц. Более тысячи добровольцев ежедневно трудятся в городских и федеральных лечебно-профилактических учреждениях, более 250 отделений принимают волонтеров-медиков.

В своём выступлении на открытии форума В.Скворцова подчеркнула, что Министерство здравоохранения РФ не только поддерживает деятельность движения «Волонтеры-медики», но и активно привлекает его участников к работе ведомства. Так, совместными усилиями ведётся подготовка к проведению в октя-



Во время церемонии награждения

бре 2017 г. в Сочи XIX Всемирного фестиваля молодёжи и студентов, где планируется организация секции по вопросам здоровья и благополучия человека.

Отдельно министр отметила, что ведомством ведётся работа по правовому регулированию вопросов медицинского волонтерства.

– Мы подготовили отдельный федеральный закон, который устанавливает не просто законодательные рамки волонтерства, но и даёт приоритетные права этим ребятам поступать в медицинские образовательные учреждения, – сообщила В.Скворцова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.  
МИА Cito!

## Профилактика

## Ориентиры диспансерного наблюдения

В Туле в рамках программы «АНТИСТРОКС» прошли обучение специалисты первичного звена. Организаторами семинара «Основные подходы к повышению качества профилактических мероприятий на амбулаторно-поликлиническом уровне» выступили Минздрав Тульской области, Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний, Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России.

Ещё раньше по этой программе в Туле состоялся научно-образовательный семинар для врачей первичного звена по проблемам сосудистых заболеваний головного мозга и мастер-класс для родственников пациентов, перенёвших инсульт. Во время его работы были рассмотрены вопросы организации процесса диспансеризации в медицинских учреждениях, даны характеристики и принципы работы «бережливой поликлиники».

Проект «Бережливая поликлиника» был инициирован Минздравом России. В течение 2 лет должны про-

изойти существенные изменения в первичном звене здравоохранения, где главным принципом работы станет пациентоориентированность. Это предполагает создание call-центров, внедрение электронной очереди, разделение потоков пациентов, пришедших в поликлинику с профилактической целью, и тех, кто обратился из-за болезни и т.д.

– Основной вклад в показатели здоровья взрослого населения России вносят четыре класса неинфекционных заболеваний, имеющих общие факторы риска. К ним относятся курение, ожирение, дислипидемия и артериальная гипертензия. Наша задача – повысить уровень информированности населения о факторах риска, – отметила ведущую роль работников первичного звена здравоохранения в медицинском просвещении населения главный специалист-терапевт областного Департамента здравоохранения Татьяна Гомова.

Старший научный сотрудник Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России Вадим Егоров поделился опытом организации диспансеризации в медицин-

ских организациях, функционирующих в условиях «бережливого производства». Он наглядно рассказал об эксперименте по рациональной организации процесса диспансеризации с моделированием образовательных отделений медицинской профилактики в городах Калининград, Ярославль и Севастополь.

Старший научный сотрудник того же центра Любовь Дроздова обратила внимание на главные моменты в практике участкового терапевта по диспансерному наблюдению пациентов.

Программа «АНТИСТРОКС» проходит при поддержке Агентства стратегических инициатив по продвижению новых проектов, что подчёркивает её социальную направленность. Тульская область стала пилотной по внедрению этой программы. Она состоит из нескольких этапов, каждый из которых нацелен на решение определённой задачи и в конечном счёте направлен на улучшение качества оказания медицинской помощи.

Галина ПАПЫРИНА,  
корр. «МГ».

Тульская область.

## Демография

За последние 3 года в Приморском крае число абортос снизилось на 26,6%. Как сообщили в Департаменте здравоохранения, в 2016 г. на медикаментозное прерывание беременности решились 5156 женщин, что на 756 случаев, или 12,8% меньше, чем в 2015 г.

– Количество абортос снизилось на всех сроках беременности, – отметила Евгения Шутка, главный специалист-эксперт отдела организации медпомощи женщинам и детям регионального Департамента здравоохранения.

Врач подчеркнула, что в крае проводится большая работа по профилактике искусственных прерываний беременности, вне-

## Женщины хотят быть матерями

дрению современных технологий при производстве абортос, профилактике осложнений.

– В Приморском крае внедрено обязательное преабортное консультирование с психологом или специально обученным медицинским работником всех женщин, решившихся на прерывание беременности, – подчеркнула специалист. – Проводится ежемесячный мониторинг количества абортос и отказов от него после консультации психолога.

Психологами составлен социальный портрет женщины Приморского края, решившейся на аборт: 52% не замужем, 30%

не обеспечены собственным жильём, 29% имеют низкий доход.

Как подчеркнул вице-губернатор Павел Серебряков, сегодня в регионе разрабатывается комплекс мер, направленных на улучшение демографической политики. Так, например, планируется проведение комплекса дополнительных мер, направленных на снижение числа абортос.

– В Приморском крае только в здравоохранении работает несколько программ, направленных на помощь женщинам и сохранение беременности – это и ежегодная акция «Подари мне жизнь!», в рамках которой про-

ходят «дни тишины», и работа созданного в 2015 г. кризисного центра, где женщины, попавшие в трудную жизненную ситуацию, могут получить не только моральную поддержку. Сейчас департамент работает над комплексом дополнительных мер, направленных на снижение абортос, – сообщил заместитель главы региона.

Отметим, что в рамках информационно-просветительской работы, направленной на пропаганду семейных ценностей и отказов от абортос, большую роль играет работа психологов в женских консультациях.

Напомним, что в прошлом году восемь психологов – специалистов по работе с женщинами, находящимися в ситуации репродуктивного выбора – родить или сделать аборт, – отмечены в Приморье премией «В защиту жизни нерождённых детей». Она присуждается в рамках совместной деятельности Департамента здравоохранения и Приморской епархии.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Владивосток.



В Правительстве РФ

## Поручения по развитию здравоохранения

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал ряд поручений по развитию системы здравоохранения до 2025 г.

Минздраву и Минфину России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и Центром стратегических разработок предстоит до 30 июня 2017 г. обеспечить формирование приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение», руководствуясь следующими основными целевыми показателями:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2025 г. не менее чем до 76 лет;

- снижение младенческой смертности до 4,5 на 1 тыс. родившихся живыми;
- снижение смертности лиц трудоспособного возраста к 2025 г. до 380,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста;
- снижение смертности от болезни системы кровообращения до 500,0 случаев на 100 тыс. населения;
- снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185,0 случаев на 100 тыс. населения;
- сокращение времени ожидания врача в учреждениях первичного звена здравоохранения и увеличение времени приёма врачом пациента;
- увеличение численности врачей, в том числе врачей-специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения;

- увеличение численности врачей, прошедших повышение квалификации.

Минздраву и Минфину при формировании проекта федерального бюджета на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. поручено предусмотреть средства федерального бюджета на реализацию мероприятий приоритетных проектов по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение».

Поручения даны, чтобы добиться выполнения решений Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, заседание которого состоялось 21 марта 2017 г.

Соб. инф.

Официально

## Сообщение пресс-службы Минздрава России

В конце прошлой недели в программе «Утро России» было показано интервью руководителя фонда «Здоровье» Эдуарда Гаврилова, в котором он настолько же тенденциозно, насколько непрофессионально рассуждал о динамике смертности в России.

В частности, Э.Гаврилов дал понять, что сегодня Минздрав России фактически скрывает реальное число умерших от болезней системы кровообращения, «перебрасывая» их в раздел прочих болезней. При этом он пояснил, что прочие болезни – это симптомы и неуточнённые заболевания.

Здесь нужно разъяснить как г-ну Гаврилову, так и некоторым другим «экспертам», что официальная статистика по заболеваемости и смертности в РФ собирается не Минздравом России, а Росстатом, который не находится ни в какой степени подчинения по отношению к здравоохранению ведомству.

Что же касается сути вопроса, то, имея 21 класс болезней и причин, связанных со здоровьем (МКБ-10), для кодирования причин смерти используются только 19 классов, из которых для ежемесячного мониторинга смертности населения выделены причины, имеющие наиболее значимую долю в общей смертности. Это инфекционные болезни, новообразования, болезни системы кровообращения, органов дыхания и пищеварения и внешние причины. Все остальные классы заболеваний – это и есть прочие болезни.

Если раньше у нас практически не кодировались смерти от болезней эндокринной системы, нервных болезней, психических расстройств и расстройств поведения, то сегодня благодаря обучению врачей правилам кодирования причин смерти в соответствии с МКБ-10 медики стали соблюдать рекомендации ВОЗ и правильно выбирать первоначальные причины смерти. За счёт этого в России меняется структура смерти населения – она стала приближаться к структуре смерти в европейских странах. Именно это некоторые «эксперты», включая г-на Гаврилова, пытаются превратить в негатив: то ли от незнания истинной ситуации, то ли целенаправленно.

Относительно класса симптомов, признаков и отклонений от нормы, выявленных при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированных в других рубриках (класс XVIII). Г-ну Гаврилову неплохо было бы ознакомиться с данными Росстата: за 12 месяцев 2015 г. доля умерших по классу XVIII составила 9,5%, а за 12 месяцев 2016 г. – 9,2%. То есть роста доли данного класса в общей структуре смертности нет, при этом показатель смертности по классу XVIII при пересчёте на 100 тыс. населения снижается с 123,7 за 12 месяцев 2015 г. до 118,6 за аналогичный период 2016 г., или на 4,1%.

В своём интервью Э.Гаврилов также мастерски проигнорировал такой факт, как снижение общей смертности за 2016 г. По предва-

рная смертность населения за год составила 12,9 на 1000 населения против 13,0 в 2015 г.

Традиционно в январе в России наблюдается рост числа умерших, а вот в феврале зафиксировано уже снижение – почти на 10 тыс. человек.

Нельзя также забывать, что важнейшим интегральным демографическим показателем, объективно характеризующим уровень смертности населения, является показатель ожидаемой продолжительности жизни при рождении. По данным Росстата, показатель за 2016 г. вырос на 0,48 лет и составил 71,87 (рекордный для новой истории нашей страны).

Смертность снизилась во всех возрастных группах: детей – на 12,4%, трудоспособного населения – на 3,3%, старшее трудоспособного населения – на 0,8%. Это стало возможным благодаря снижению смертности от всех основных причин.

Не может не удивлять тот факт, что г-н Гаврилов, являющийся членом Общественного совета при Минздраве России, не удостоился получить более свежую информацию или спросить мнение действительно знающих специалистов в данной области. Вероятно, это связано с тем, что заседания Общественного совета, г-н Гаврилов посещает достаточно редко, видимо, не находя времени для таких малозначительных дел в своём весьма плотном графике телеэфиров.

Елена ЮРИНА.

Горно-Алтайск.

Ситуация

## К экстренному вызову всегда готовы

После теракта в Санкт-Петербурге тюменцы проявляют повышенную бдительность к бесхозным предметам на улицах и в общественных местах. Даже случайно забытый на улице пакет одним гражданином вызывает у другого тревогу и боязнь. Ежедневно в полицию поступает от 6 до 14 сообщений по поводу подозрительных предметов – все они передаются в экстренные службы, которые вместе с правоохранительными органами обязаны выехать на место.

На тревожный сигнал реагирует и экстренная служба скорой медицинской помощи. По указанному полицией адресу диспетчер немедленно направляет ближайшую свободную бригаду медиков. За прошлую неделю зафиксирован 41 выезд в связи с обнаружением подозрительных предметов, на этой неделе – 27. Максимальное количество времени, затраченного за суточную смену на все подобные выезды, составляет 7 часов 43 минуты, на одно дежурство в среднем уходит до одного часа.

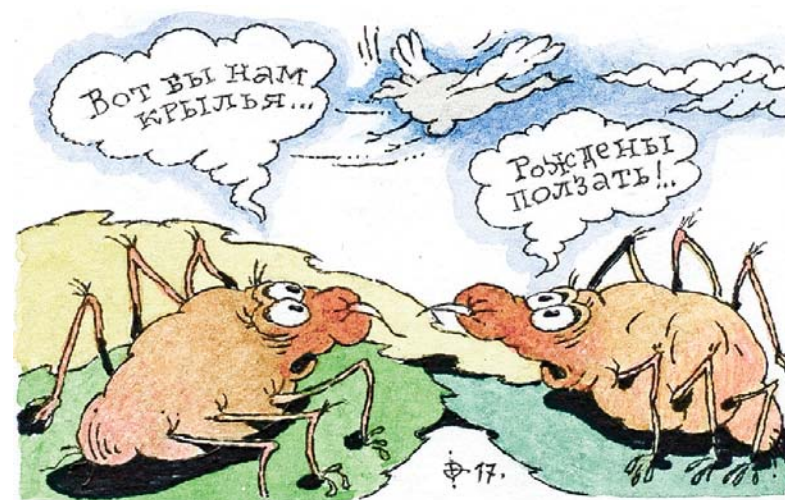
– Мы тратим много ресурсов, но в условиях последних событий лучше принять предупредительные меры и не допустить трагических последствий. Дежурства не сказываются отрицательным образом на оперативности скорой помощи, так что продолжаем нести нашу вахту, – отмечает главный врач Станции скорой медицинской помощи области Лидия Остроумова.

Ирина БЕРДЮГИНА, сотрудник Станции скорой медицинской помощи.

Тюменская область.

Санитарная зона

## Клещи идут в наступление



Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей (Роспотребнадзор) обращает внимание медицинских работников, всего населения, что климатические условия нынешней весны в стране способствуют активизации насекомых, в том числе клещей, различных переносчиков заболеваний.

Однако пока количество обращений в медицинские организации не превышает среднемесячных значений. В учреждения здравоохранения на апрель по поводу присасывания клещей пришли за помощью 1465 человек.

Сейчас идёт еженедельный мониторинг за вирусом клещевого вирусного энцефалита и другими инфекциями, передающимися клещами, – иксодовый клещевой боррелиоз, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека во всех федеральных округах.

В рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий специалистами Роспотребнадзора во всех субъектах Федерации начата реализация

планов по предупреждению распространения инфекционных заболеваний, передающихся с укусами насекомых. Начались акарицидные обработки с осуществлением контроля их качества и эффективности. На апрель 2017 г. такие обработки уже проведены на 2,2 тыс. га.

В каждом субъекте РФ в федеральных бюджетных учреждениях здравоохранения Роспотребнадзора и их филиалах открыты пункты по приёму и проведению исследований клещей на предмет их заражённости вирусом клещевого вирусного энцефалита и боррелиоза (возбудителями боррелиоза).

Роспотребнадзором проводится работа с населением по профилактике инфекций, передающихся с укусами клещей. Перед началом сезона с участием специалистов ведомства на федеральных и региональных телеканалах вышло более 310 сюжетов, опубликовано свыше 1000 информационных сообщений по предупреждению распространения инфекций, передающихся с укусами насекомых, издано более 90 тыс. памяток.

Иван ВЕТЛУГИН, МИА Сити!

Решения

## Впереди – стройка, а пока – ремонт

Глава Республики Алтай Александр Бердников заявил о том, что правительством региона принято решение построить в Горно-Алтайске новый перинатальный центр. В настоящее время головное учреждение в системе родовспоможения республики располагается в здании, построенном в 70-е годы прошлого столетия, и уже давно не отвечает представлениям о том, каким должен быть современный перинатальный центр.

Как подчёркивают в Министерстве здравоохранения региона, за прошедшие 40 лет не только увеличилась нагрузка на учреждение, сегодня здесь принимают 75% от всех родов в Республике Алтай, в 2016 г. в центре приняли более 2800 родов. Но главное – изменились санитарные требо-

вания и подходы к организации системы родовспоможения в целом. Соответствовать всем этим изменениям учреждению мешает теснота. Республиканский перинатальный центр неплохо укомплектован кадрами и технологиями, но нехватка площадей даёт о себе знать.

Решение, озвученное главой республики, внушило надежду и медикам, и жителям региона: новое здание перинатального центра планируется построить в течение 2 лет. А пока центру обещаны деньги на капитальный ремонт стационарного отделения и установку лифта в нынешнем корпусе. Теперь главное – чтобы с завершением капитального ремонта власти региона не пересмотрели своё решение о строительстве нового здания.

Елена ЮРИНА.

Горно-Алтайск.



**Туберкулёз – не рудиментарный болезненный отголосок прошлого. Он по-прежнему остаётся суровой реальностью. В нашей стране значительная часть населения инфицирована опасными микробактериями.**

**Наиболее восприимчивой группой населения к туберкулёзу являются дети. Ситуация осложняется тем, что болезнь у них имеет ряд особенностей, которые требуют специального подхода к её диагностике и лечению. Каждый фтизиопедиатр понимает, что с ребёнком надо работать иначе, чем со взрослыми. Главная задача специалистов – не допустить инфицирования детей, если же это произошло, сделать всё, чтобы они не заболели, не страдали.**

### Казань принимает коллег

Думается, глубоко символично, что именно темой детства во фтизиатрии открывается годичный цикл научно-практических форумов, посвящённых проблемам туберкулёза. В соответствии с планом научно-практических мероприятий Министерства здравоохранения РФ недавно состоялась V Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков».

Открывая форум, главный детский специалист фтизиатр Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Валентина Аксёнова отметила его значимость и необходимость выездов в территории, чтобы лучше знать, что происходит в нашей огромной стране; а Казань – это благодатная земля, один из старейших центров российской медицины.

Приветствуя от имени правительства Республики Татарстан участников фтизиопедиатрической встречи, министр здравоохранения региона Аделя Вафин подчеркнул:

– В республике снижается смертность от туберкулёза. В 2016 г. этот показатель уменьшился по сравнению с предыдущим годом на 18,7%. В 17 из 45 муниципальных районах не зарегистрировано ни одного случая смертности от этого недуга. Снижаются показатели заболеваемости, запущенности. Несомненно, главную роль в достижении сыграла модернизация системы здравоохранения, укрепление материально-технической базы, кадровая политика, внедрение современных методов диагностики и лечения. В числе прочего за счёт средств бюджета региона введён в строй и оснащён современным медицинским и технологическим оборудованием стационар Республиканского клинического противотуберкулёзного диспансера. Разработан план инноваций учреждения, где мы собираемся сконцентрировать диспансерный приём жителей Казани и консультативно-диагностический приём населения республики.

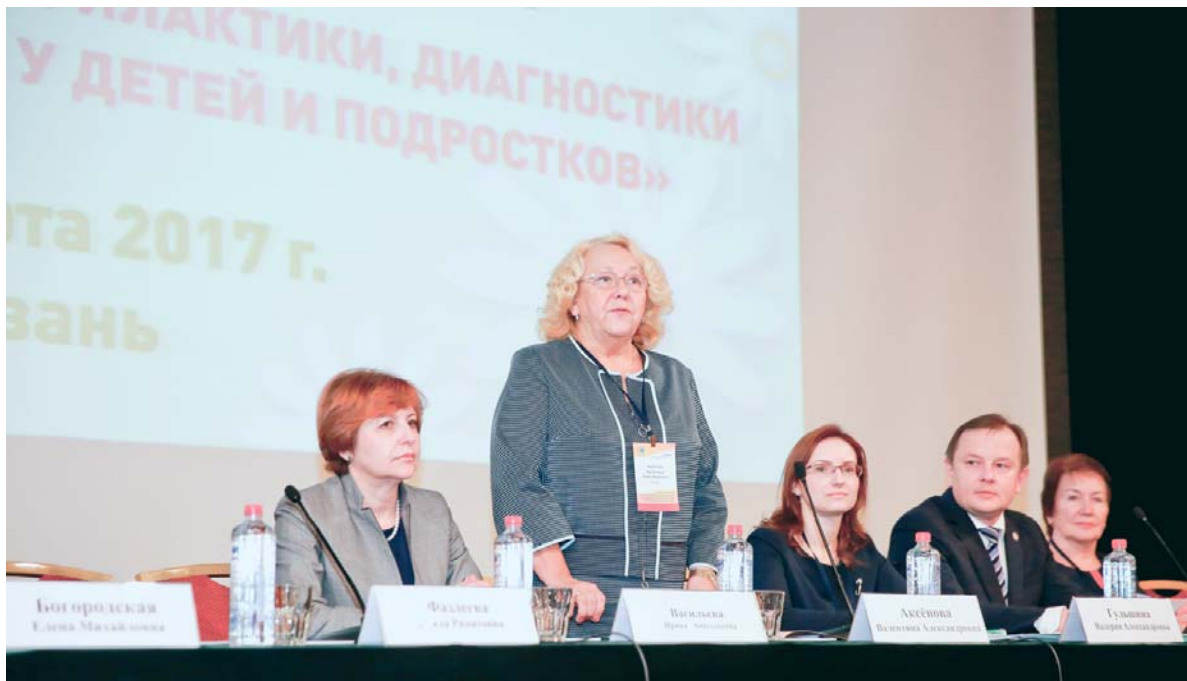
Всего в конференции участвовали около 900 человек – представители всех субъектов Федерации, гости из зарубежных стран: республик Узбекистан, Таджикистан, Казахстан, Беларусь. Присутствовали директора профильных институтов, главные врачи противотуберкулёзных и санаторно-оздоровительных учреждений, главные детские фтизиатры регионов, сотрудники кафедр фтизиатрии и фтизиопульмонологии, практикующие врачи различных специальностей, специалисты в области педиатрии, фтизиатрии, инфекционных болезней, эпидемиологии, микробиологии, клинической иммунологии и фармакологии, лабораторной диагностики, а также Роспотребнадзора.

Основными научно-практическими направлениями стали иммунодиагностика туберкулёзной инфекции в свете последних нормативно-правовых документов, применение комбинированных противотуберкулёзных препаратов в профилактике и лечении, неспецифические заболевания лёгких, вакцинопрофилактика у детей из групп риска, повышение качества противотуберкулёзных мероприятий у детей и подростков

### Итоги и прогнозы

# Никого не оставить позади!

Такой приоритет вслед за императивом ВОЗ был намечен на прошедшей в Казани конференции фтизиопедиатров



**В.Аксёнова приветствует коллег во время торжественного открытия конференции**

с использованием инновационных препаратов и технологий.

Плодотворно прошли заседания рабочей группы и профильной комиссии при главном детском фтизиатре Минздрава России. Рабочая группа обсудила план написания клинических рекомендаций для электронного рубрикатора Минздрава, одобрила федеральные клинические рекомендации «Выявление туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных учреждениях», которые были утверждены на заседании профильной комиссии.

По традиции на конференции работали образовательные школы для врачей, «круглые столы», симпозиумы, прочитаны актуальные лекции, на базах детских противотуберкулёзных организаций Казани проведены мастер-классы.

### Заболевание орфанное?

На форуме отмечалось, что за последние годы в стране удалось не только остановить распространение инфекции, но и придать существенный импульс темпам снижения заболеваемости и смертности от туберкулёза. Большое внимание было уделено инновационным и междисциплинарным подходам к решению проблем детской фтизиатрии.

Озвучивая приветствие заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой, представитель Минздрава России Валерия Гульшина привела следующие данные: за последние 10 лет в РФ отмечается значительный прогресс в снижении заболеваемости и смертности от туберкулёза. Предварительные результаты эпидситуации 2016 г. показали сохранение трендов на сокращение заболеваемости и среди детского населения. Так, с 2012 по 2016 г. заболеваемость у детей в возрасте 0-14 лет снизилась на 29,9%, подростков 15-17 лет – на 27,4%. Страновая политика России, успехи в снижении бремени туберкулёза привлекают большое

внимание международных экспертных организаций. Не случайно совместным решением ВОЗ и Правительства РФ принято решение о проведении в Москве в 2017 г. первой глобальной министерской конференции «Ликвидация туберкулёза в эпоху устойчивого развития: межсекторальный подход».

Неоднократно на конференции звучала мысль, что дети и тубер-

важность присутствия на конференции, посвящённой детскому туберкулёзу, фтизиатров, работающих со взрослыми, ведь проблема заболевания детей связана с тем, что существуют больные взрослые. Уменьшится их число, тут же нивелируется и проблема детского туберкулёза. Всем своим коллегам и единомышленникам Е.Богородская пожелала, чтобы

куда приедут делегации здравоохранения 194 стран-членов ВОЗ и 40 стран с высоким бременем туберкулёза. Поскольку она проводится в нашей стране и ВОЗ провозгласила Россию лидером в этом направлении, на нас лежит большая ответственность. Я призываю все фтизиатрические службы усилить свои действия при выполнении наших национальных

программ. Мы должны пройти по реперным точкам и усилить наши слабые места, чтобы на предстоящей конференции показать пример другим странам.

Подводя итоги конференции, главный детский фтизиатр Минздрава России Валентина Аксёнова вслед за И.Васильевой нацелила коллег на то, что в ближайший год фтизиатрам и фтизиопедиатам предстоит много работы.

– Буквально недавно детская группа ВОЗ по туберкулёзу анонсировала мероприятия во всех странах с акцентом на проблеме туберкулёза у детей, – отметила Валентина Александровна. – Главным лозунгом фтизиопедиатров мира ВОЗ определила следующий: «Не оставяй никого позади. Объединяйтесь для победы над туберкулёзом!» И это недаром, ведь подсчитано, что свыше 600 тыс. детей с этим заболеванием в 2015 г. не получили доступа к квалифицированной медпомощи, и это привело к 210 тыс. смертей. Сообща мы, фтизиопедиатры, должны дать детям шанс для эффективной борьбы с туберкулёзом.

Мы собираемся уже в 5-й раз. Что же произошло за последний год? Через руки фтизиопедиатров ежегодно проходят 500 тыс. детей. Детская заболеваемость в последние 4-5 лет снижается и в 2016 г. составила 11,5, что на 7% ниже, чем в предыдущем. Заболеваемость подростков также снизилась до 23,5, что на 9% ниже, чем в предыдущем. Отмечается тенденция к уменьшению таких тяжёлых форм, как туберкулёзный менингит, уменьшение количества смертей. В 2016 г. от туберкулёза в РФ умерли 12 детей – это большое достижение фтизиопедиатрической службы! И было только 13 случаев туберкулёзного менингита на всю страну. В 19 субъектах Федерации эпидпоказатели приближаются к европейским. Доля активного выявления детей составила почти 90% по стране.

Главными индикаторами эффективности борьбы с детским туберкулёзом являются качественная вакцинация, иммунодиагностика, раннее выявление, контроль за группами риска, применение современных диагностических технологий, мультидисциплинарный подход к проблемам детей с туберкулёзом. Поэтому приоритетами фтизиопедиатров должны быть профилактика, раннее выявление туберкулёза, работа в группах риска, реабилитация, санаторно-курортное лечение детей и подростков.

Вне всякого сомнения, прошедший в Казани большой сбор фтизиопедиатров внёс существенный вклад в успешное решение задач по снижению бремени туберкулёза в стране. Конференция, объединившая специалистов высочайшего профессионального уровня, послужила продуктивному обмену опытом и перспективными научными достижениями, а также формированию консолидированной позиции по вопросам профилактики заболевания и совершенствованию медицинской помощи детям, больным туберкулёзом.

туберкулёз у детей стал орфанным заболеванием.

### Руководствуясь новыми подходами

В своём выступлении главный фтизиатр Минздрава России, президент Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России Ирина Васильева акцентировала внимание коллег на том, что, по самым свежим данным, получены хорошие показатели по снижению заболеваемости и особенно смертности, что является большим достижением для страны. В 2016 г. удалось сберечь более 2 тыс. жизней! За последние два года мы удвоили эти показатели. Это хорошо, и такие темпы сбавлять нельзя.

– К сожалению, наша страна входит в тройку стран мира (наряду с Индией и Китаем), на долю которых приходится более половины всех случаев МЛУ-ТБ, – продолжила Ирина Анатольевна. – Согласно мировой статистике, среди впервые заболевших он встречается в 3,5%, а у нас – более чем в 25%. Вторая беда – ТБ/ВИЧ-инфекция. И это не может не волновать и фтизиопедиатров, потому что дети напрямую связаны с заболеваемостью туберкулёзом взрослых. Помимо этого, ещё одна основная наша проблема связана с низкой эффективностью лечения.

В 2014 г. на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была провозглашена новая программа по борьбе с туберкулёзом End-TB. Видение этой программы – мир без туберкулёза. К 2030 г. мы должны снизить смертность на 95%, заболеваемость – на 90% (по сравнению с 2015 г.), чтобы туберкулёз в мире не звучал общественной проблемой. К этому мы должны прийти общими усилиями. Созвучно программе ВОЗ в нашей стране была принята Национальная стратегия по борьбе с туберкулёзом.

Впереди – глобальная министерская конференция по туберкулёзу,



**Современные технологии стремительно врываются в нашу жизнь. Налицо – грандиозные достижения прогресса в медицине. Благодаря инновациям здравоохранение выходит на более высокий уровень, что способствует увеличению продолжительности жизни человека, повышению её качества.**

– В нашем регионе показатель заболеваемости туберкулёзом среди детей после стаби-



При анализе медицинской документации детей после скрининга в общепедиатрической сети установлено, что при проведении ежегодных плановых мероприятий с целью раннего выявления заболевания, результаты туберкулиновых проб носили монотонный, средней степени выраженности характер, что не служило осно-

образований. Было выполнено 352 580 проб, охват составил 84%. В итоге положительные и сомнительные пробы: у детей – 23,1%, у подростков – 19,4%. Стоит ещё раз отметить, что общая заболеваемость в Свердловской области существенно выше среднероссийских показателей. По результатам ДСТ, за год прове-

– Первоначально в Тамбовской области ДСТ применялся только в противотуберкулёзных уч-



## Проблемы и решения

# В широкую практику

### Как использовать инновационный подход к раннему выявлению туберкулёзной инфекции

лизации в 2013 г. постепенно снижается. В 2016 г. он составил 9,8 на 100 тыс. детей и 22,4 на 100 тыс. подростков, оставаясь при этом ниже общероссийского.

Отмечается высокая инфицированность детского населения. По результатам массовых проверочных реакций на туберкулёз 80% детей и 87% подростков реагируют на туберкулин. Эффективность массовой туберкулинодиагностики как основного метода раннего выявления заболевания в последние годы существенно снижается. Сейчас менее половины заболевших выявляется только по реакции Манту. И это имеет тенденцию к уменьшению. В 2011 г. по реакции Манту было выявлено 52,6%, в 2015 г. – 37,9%, в 2016 г. – 10,7% заболевших детей.

После создания ДСТ его роль в выявлении туберкулёзной инфекции стала существенной. В 2015 г. с его помощью выявлено 48% заболевших детей, в 2016 г. – 83% детей и 75% подростков. В противотуберкулёзных учреждениях области с 2010 по 2015 г. при первичном взятии на учёт пробой ДСТ обследовано свыше 117 тыс. детей и подростков. Положительные и сомнительные результаты имели место в 96,4% случаев у детей с активным туберкулёзным процессом и у 81% – с клиническим излечением, что свидетельствует о наличии в организме активной туберкулёзной инфекции и требует проведения основного и противорецидивного курсов лечения.

Реакция на ДСТ позволяет формировать группы наиболее высокого риска заболевания туберкулёзом из числа лиц с активной и латентной туберкулёзной инфекцией (ЛТИ). У детей VI группы диспансерного учёта (группа риска по пробе Манту) положительные реакции по пробе с ДСТ составили 10%, что значительно уменьшило число пациентов, подлежащих превентивному лечению. При использовании традиционных методов (туберкулинодиагностика) 90% детей получали превентивную химиопрофилактику необоснованно.

Хочу остановиться на применении теста в общей лечебной сети. В соответствии с приказом Минздрава России № 951, с октября 2015 г. в регионе проводится скрининг детей в возрасте 8-17 лет. За это время сделано 270 877 проб. Получены следующие результаты: положительные пробы – 1,4%, сомнительные – 0,6%, отрицательные – 98%. Дети и подростки с положительными и сомнительными пробами были направлены в противотуберкулёзные диспансеры. К сожалению, в наших ПТД нет компьютерного томографа, поэтому рентгеномографическим методом обследованы лишь 30% от подлежащих. Это наша боль.

ванием для направления в ПТД.

Углублённое обследование детей, реагирующих на ДСТ, обеспечивает выявление заболевания, в то время как результаты традиционной массовой туберкулинодиагностики только за год «пропустили» более 3 тыс. пациентов с ЛТИ, 19 пациентов III A группы и 6 – с активным туберкулёзом, обнаруженных с помощью ДСТ.

Если посмотреть на выявление туберкулёза по результатам ОЛС, реакций Манту было сделано 180 тыс., ДСТ – почти 280 тыс. Положительная проба Манту составила 35,5%, положительный ДСТ – 1,3%. В период с октября 2015 по 2016 г. у нас заболели 59 пациентов. При профосмотре выявлено 50 человек (84,7%), причём по пробе Манту только 4 (8%), по ДСТ – 43 (86%). Как видим, ДСТ существенно помогает в раннем выявлении туберкулёза у детей. Выявляемость составляет 0,006% по Манту и 1,5% по пробе ДСТ.

ДСТ не вызывает реакций, связанных с вакцинацией БЦЖ, что свидетельствует о его высокой специфичности, позволяя дифференцировать туберкулёзную инфекцию и поствакцинальную аллергию. Эффективность лечения и сроки наблюдения детей с туберкулёзной инфекцией возможно оценивать по результатам пробы с ДСТ.

Учитывая это, необходимо более широкое применение диагностики туберкулёза с помощью ДСТ как скринингового метода выявления детей в ОЛС. Благодаря тесту фтизиатрия может оперативнее и качественнее решать вопросы, ответы на которые искала многие десятилетия, а также резко повысить уровень выявления туберкулёза.

**Наталья КАМАЕВА, главный детский фтизиатр Минздрава Свердловской области:**

– Практически все территории европейской части РФ перешли на скрининг с ДСТ, а те, что находятся за Уралом (Сибирь и Дальний Восток), где не очень благоприятная эпидемиологическая ситуация и где скрининг крайне необходим, ещё не выполняют требования приказа № 951. В Свердловской области эпидситуация в последние годы улучшается, но тем не менее остаётся сложной. В 2016 г. заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет составила 16,5 (по сравнению с 2015 г. снижение на 14%), среди подростков – 35,5 (рост на 32%).

В нашей территории скрининг среди детей 8-17 лет введён в 2016 г. в 45 из 63 муниципальных образований. Было выполнено 352 580 проб, охват составил 84%. В итоге положительные и сомнительные пробы: у детей – 23,1%, у подростков – 19,4%. Стоит ещё раз отметить, что общая заболеваемость в Свердловской области существенно выше среднероссийских показателей. По результатам ДСТ, за год прове-

дено 1231 компьютерно-томографическое исследование органов грудной полости. Распределение по группам диспансерного учёта: в группу VI A было взято 589 детей и 210 подростков. Первичное инфицирование по итогам теста составило 0,3%. В III A группу – 170 детей, в I A – 34, в I Б – 12. Численность детей с латентной туберкулёзной инфекцией в 2016 г. снизилась, распространённость также уменьшилась, в абсолютных цифрах снижение по сравнению с 2015 г. составило 10%. Уменьшается количество детей, вновь взятых в VI A группу. В VI Б группу мы взяли несколько больше детей, чем в прошлом году, а в VI В – практически то же количество.

В III A группу в 2015 г. взято 89 детей с кальцинатами, в 2016 г. – 170. При этом у нас отмечен рост охвата детей, подлежащих компьютерно-томографическому исследованию органов грудной полости. В 2014 г. проведено 657, в 2015 г. – 875, в 2016 г. – 1231 КТ. Таким образом, с 2011 по 2016 г. с увеличением охвата компьютерно-томографическим исследованием отмечается рост вновь взятых детей в III A группу (в 34 раза). В головном учреждении Свердловской области – областном ПТД – имеются 2 компьютерных томографа, которые работают с высокой нагрузкой. Все дети с положительными результатами на ДСТ обязательно обследуются с помощью КТ.

Мы провели расчёт экономической составляющей положительного эффекта от перехода на скрининг с помощью ДСТ у детей. Проанализировали посещения консультативно-диагностической поликлиники Екатеринбурга, куда поступают дети из города и со всей области. В 2015 г. в структуре приёма фтизиатра 68% составляли дети с изменённой туберкулиновой чувствительностью, в 2016 г. – 18,2%. В 2015 г. с положительной пробой Манту было направлено 6673 ребёнка, которые за счёт повторной постановки ДСТ дали 20 319 посещений. В 2016 г. с изменённым результатом ДСТ было направлено 5655 детей, а это, соответственно, такое же количество посещений – 5655. Мы посчитали, что в 2016 г. было на 14 664 посещения меньше. За счёт отсутствия дублированной постановки ДСТ после пробы Манту экономия составила почти 6,5 млн руб. Плюс ещё экономия препарата, оплаты работы среднего медперсонала. Итого удалось сберечь 11,3 млн руб. И это только по поликлинике! В масштабах области экономическая эффективность составила свыше 30 млн руб.

**Наталья САЛИНА, заведующая поликлиническим отделением Мичуринского филиала Тамбовского областного клинического противотуберкулёзного диспансера:**

реждениях и ОЛС по назначению фтизиатра и подтвердил свою эффективность как высокочувствительная методика. Так, в 2014 г. детей с активными формами туберкулёза на диспансерном учёте состояли 10 человек. Всем поставлены пробы ДСТ, и у всех 10 детей (100%) зарегистрированы положительные результаты.

В 2015 г. наблюдались 15 детей с активными формами туберкулёза. Из них положительные результаты ДСТ отмечались у 12 человек (80%); сомнительные – у 2 (13,3%); в возрасте до года и с сопутствующей ВИЧ-инфекцией. Отрицательно на ДСТ отреагировал 1 ребёнок с осложнённым течением первичного туберкулёза.

В 2016 г. детей и подростков с активными формами туберкулёза было 13 человек. Положительные результаты регистрировались у 11 (84,6%), сомнительных реакций не было. Отрицательный ДСТ был у одного ребёнка до года с генерализованным туберкулёзным процессом и у одного подростка с внелёгочным туберкулёзом: туберкулёз ЦНС, туберкулёз головного мозга. По нашему опыту отрицательный ДСТ наблюдается только у детей с тяжёлыми специфическими процессами и выраженной анергией.

В 2015 г. регион перешёл на ежегодное массовое обследование с использованием ДСТ у подростков 15-17 лет, а с 2016 г. – и детей с 8 до 14 лет.

Именно применение ДСТ позволило использовать в диагностике туберкулёза такой метод, как КТ органов грудной клетки, при котором выявились изменения, не обнаруженные при обычном рентгенологическом обследовании. Это увеличило количество детей и подростков с выявленными посттуберкулёзными изменениями в 3 раза. Проба с препаратом ДСТ обладает высокой чувствительностью и благодаря переходу на скрининг у детей и подростков 7-17 лет нам удалось снизить количество пациентов, нуждающихся в консультации фтизиатра. Кроме того – своевременно проводить диагностику на ранних стадиях туберкулёзного процесса, а также более точно формировать группы риска по туберкулёзу и эффективно использовать в них назначение превентивного лечения, что способствует рациональному использованию противотуберкулёзных препаратов.

В заключение необходимо подчеркнуть, что, поработав с Диаскинтестом, фтизиопедиатры единогласно отмечают его высокую эффективность. Показательно, что даже те, кто поначалу проявлял сомнения, уже по итогам первого года его применения резко изменили своё мнение и теперь широко используют в повседневной практике.

Материалы подготовил  
Александр ИВАНОВ,  
спец. корр. «МГ».

Прорывные новшества касаются сегодня, по сути, всех областей медицины. Фтизиатрия не может стоять особняком, инновации напрямую затрагивают её. Об этом шла речь на сателлитном симпозиуме «Инновационные технологии диагностики туберкулёза у детей», организованном в рамках прошедшей в Казани V Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Собрание было посвящено применению отечественного биотехнологического препарата Диаскинтест (ДСТ), предназначенного для скрининга на туберкулёзную инфекцию у детей и подростков. «Портрет» нынешнего туберкулёза иной, чем прежде, и это требует пересмотра подходов к борьбе с ним. Вот тут-то как нельзя кстати оказываются новые инструменты, вооружившись которыми специалисты более уверенно борются с палочкой Коха.

Как отметила, открывая симпозиум, главный детский фтизиатр Минздрава России Валентина Аксёнова, без скрининга во фтизиатрии невозможно обойтись, и новый специфический иммунодиагностический препарат словно по заказу разработан в помощь фтизиопедиатрам: он нетоксичен, не обладает сенсibiliзирующими свойствами, высокочувствителен, специфичен. К настоящему времени скрининговое обследование с помощью теста внедрено в 62 территориях страны, только единичные регионы не используют этот перспективный метод раннего выявления туберкулёзной инфекции.

С 2009 г. в субъектах Российской Федерации провели уже десятки миллионов тестов с ДСТ, накопили опыт его внедрения. Выполнено множество научных исследований, напечатано более 100 статей. Например, в Перми серьёзное научно обоснованное исследование проведено с участием когорты детей численностью 22 тыс. человек, в Пензенской области – 112 тыс., в Республике Татарстан – почти 400 тыс., в Ставрополе – 97 тыс., в Оренбурге – 117 тыс. Общий вывод таков: внедрение современных методов выявления заболевания привело к улучшению эпидемиологических показателей среди детского населения, более своевременному выявлению впервые заболевших активным туберкулёзом, обнаружению старых, остаточных посттуберкулёзных изменений и т.д. Использование ДСТ позволяет существенно повысить качество ранней диагностики, направлять на лечение лишь тех, кто действительно в нём нуждается. Благодаря своевременному проведению комплекса профилактических мероприятий в дальнейшем дети не заболевают туберкулёзом, в результате огромная армия пациентов освобождается от постоянного наблюдения, ненужной и агрессивной химиопрофилактики. Немаловажно также то, что подобные меры ведут к существенной экономии материальных затрат.

Собственным опытом и анализом полученных результатов иммунодиагностики туберкулёза у детей разных возрастных групп с коллегами поделились фтизиопедиатры из регионов.

**Татьяна ПАРФЁНОВА, главный детский фтизиатр Минздрава Оренбургской области:**



Выработка тактики лечения людей с диабетом в последние годы стала одной из самых актуальных и сложных задач современной медицины. Диабетология стремительно развивается, за последние десятилетия осуществлён реальный прорыв в диагностике, лечении, профилактике заболевания: внедрены новые классы неинсулиновых сахароснижающих препаратов и аналоги инсулинов, разработаны современные технологии мониторинга гликемии, ведутся экспериментальные разработки, которые открывают колоссальные перспективы в терапии, а, возможно, позволят полностью излечить диабет в будущем. Об этом говорили ведущие российские эндокринологи в ходе симпозиума «Управление диабетом: новые возможности в клинической практике», который прошёл в рамках XIII Московского городского съезда эндокринологов.

у больных СД 1-го типа применение АИЧ в рутинной клинической практике ассоциировано с более низкими показателями HbA1c, чем применение традиционных ГИЧ. Статистически достоверное различие уровней HbA1c отмечалось уже после 3 лет лечения, а длительное применение АИЧ ассоциировано с меньшей частотой развития и

«союз» АИЧ в одной шприц-ручке обладает всеми преимуществами интенсифицированной базис-болюсной терапии и вместе с тем позволяет преодолеть существующие ограничения терапии привычными двухфазными человеческими инсулинами (ДЧИ), а также расширяет возможности индивидуализации лечения для достижения более жёсткого

Как сообщила М.Шестакова, на базе ЭНЦ ведётся разработка инвазивного сенсора глюкозы. Также в мире ведутся экспериментальные разработки в области создания неинвазивных методов мониторинга глюкозы крови, например с помощью контактных линз.

– Благодаря появлению новых препаратов и средств мони-

### В зоне высокого риска

Эра инсулинотерапии ведёт отсчёт с 1923 г., когда в арсенале врачей появился первый препарат инсулина животного происхождения. «Некоторым инсулинам, которые используются в клинической практике, уже порядка 60-80 лет, это наши старые проверенные друзья. Но, уважая и любя их, мы понимаем, что должны появляться новые более совершенные средства для лечения диабета», – отметил модератор заседания, главный эндокринолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Михаил Анциферов.

В истории лекарственного управления диабетом много ярких страниц. В 1980 г. появился первый генно-инженерный инсулин человека (ГИЧ), а уже через 15 лет – первый аналог инсулина человека (АИЧ), разработаны препараты сульфанилмочевинной группы (ГПП-1), ингибиторы ДПП-4 (дипептидилпептидаза-4), ингибиторы НГЛТ-2 (натрий-глюкозного-котранспортера типа 2).

– Сегодня снижение уровня гликемии и достижение целевых параметров гликемического контроля не может использоваться в качестве единственной цели лечения сахарного диабета (СД). Основными задачами лечения диабета на современном этапе являются снижение общей и сердечно-сосудистой смертности, уменьшение развития поздних осложнений, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни пациентов. В этой связи решение вопросов сердечно-сосудистой безопасности проводимой терапии приобретает особое значение, – подчеркнул М.Анциферов. – Необходимо ориентироваться на достижение многофакторного контроля, что включает поддержание целевого уровня сахара в крови, достижение индивидуального уровня гликированного гемоглобина (HbA1c), а также улучшение липидного спектра крови и профиля артериального давления. Известно, что лишь 5-7% пациентов с сахарным диабетом 2-го типа удаётся достичь целевых значений этих показателей.

По подсчётам Международной диабетической федерации, 9% людей в мире страдают СД, и, как прогнозируют эксперты, к 2040 г. каждый десятый житель планеты будет иметь этот диагноз.

В России, согласно государственному регистру больных СД, за последние 15 лет число людей с диабетом выросло более чем в 2 раза – с 2 до 4,3 млн. Однако реальная жизнь опережает данные статистики. Об этом, в частности, свидетельствуют результаты национального эпидемиологического исследования

### Деловые встречи

# Путешествие из прошлого в будущее

Новые терапевтические стратегии меняют традиционное представление о лечении сахарного диабета



NATION, которые представила в своём выступлении директор Института диабета Эндокринологического научного центра (ЭНЦ), заведующая кафедрой эндокринологии и диабетологии педиатрического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Марина Шестакова.

Как выяснилось, 19% обследованных пациентов (т.е. каждый пятый) входят в зону риска преддиабета. Уровень HbA1c, соответствующий состоянию явного диабета, был выявлен у 5,4% респондентов, причём лишь каждый второй из них знал о наличии у него заболевания. Согласно другим, более ранним исследованиям, ежегодно около 15% людей переходят из стадии преддиабета в «зону» собственно диабета. Соответственно, потребность в лекарственных препаратах для данной категории больных растёт и прежде всего в инсулинах.

Сегодня в лечении СД используются как ГИЧ, так и АИЧ ультракороткого и длительного действия, которые в отличие от ГИЧ более физиологичны, максимально приближены к профилю действия эндогенного инсулина у здорового человека. Особенности фармакокинетики АИЧ предполагают, что эти препараты позволяют не только достигать более эффективного контроля гликемии, но и способствуют предупреждению и более медленному развитию микро- и макрососудистых осложнений в отдалённом периоде.

Согласно данным 10-летнего ретроспективного анализа баз данных региональных регистров сахарного диабета, которые привела в своём выступлении М.Шестакова, установлено, что

прогрессирования диабетической нефропатии и ретинопатии.

### Два в одном

Следующим этапом в развитии инсулинотерапии стала разработка новых поколений АИЧ, обладающих улучшенным профилем безопасности, большей предсказуемостью действия, стабильным, беспииковым сахароснижающим эффектом, что открывает новые перспективы в лечении диабета. Один из таких препаратов – аналог инсулина сверхдлительного действия деглудек (Тресибя).

В отличие от предшествующих аналогов базального инсулина период полувыведения деглудека из подкожно-жирового депо в кровотоке увеличен в 2 раза и достигает 24 часов и более, в результате длительность действия превышает 42 часа. По словам М.Шестаковой, такой эффект обусловлен уникальной химической формулой инсулина деглудек, способствующей формированию в подкожной клетчатке стабильных, растворимых мультигексамеров и последующему очень медленному высвобождению из этих мультигексамерных цепочек мономеров инсулина, постепенно всасывающихся из места инъекции в кровоток.

Кроме того, уникальное строение молекулы инсулина деглудек обеспечивает высокую стабильность в растворе, что позволяет использовать его в составе комбинированных препаратов. Так, на его основе впервые была разработана комбинация базального и прандиального аналогов инсулина (Райзодег), состоящая из двух аналогов инсулина: ультракороткого – аспарт и сверхдлительного – деглудек. Такой

устойчивого гликемического контроля у пациентов с СД.

Ещё одним примером комбинированного препарата на основе инсулина деглудек является его смесь с другим высокоэффективным сахароснижающим препаратом – агонистом рецепторов ГПП-1 лираглутидом (Сультотай).

Основное преимущество данного комбинированного препарата состоит в том, что оба компонента оказывают синергичное сахароснижающее действие, но при этом один компонент препарата – лираглутид – нейтрализует нежелательные эффекты другого – инсулина – в отношении риска гипогликемии и увеличения веса. При этом использование комбинации деглудека и лираглутида обеспечивает простоту и удобство данной схемы интенсифицированной терапии, так как препарат вводится один раз в день независимо от еды, обладает высоким терапевтическим эффектом, хорошей переносимостью и безопасностью.

Сегодня учёные ищут новые пути борьбы с диабетом. Разрабатываются технологии ускорения и укорочения эффекта прандиальных инсулинов, удлинения действия базальных инсулинов, в частности путём пегелирования молекулы инсулина или увеличения его концентрации. Ведутся экспериментальные работы в области разработки альтернативных (неинъекционных) методов введения инсулинов: перорального, интраназального, ингаляционного, трансдермального. Возможно, уже в обозримом будущем в арсенале врачей появится «умный» инсулин, который будет автоматически активироваться и взаимодействовать с рецепторами инсулина в зависимости от уровня глюкозы в крови.

Расширяется спектр доступных инкретиновых препаратов, в частности агонистов рецептора ГПП-1. Согласно представленным результатам клинического исследования III фазы препарата семаглутид при лечении СД 2-го типа, его применение обеспечивает достижение целевого уровня HbA1c ( $\leq 7\%$ ) у 78% пациентов, а также снижение массы тела в среднем на 6,1 кг.

К другим новейшим перспективным разработкам относится вакцина, предотвращающая развитие СД 1-го типа и создание искусственной поджелудочной железы. Кроме того, учёные работают в области альтернативных подходов мониторинга уровня глюкозы в крови.

торирования растёт продолжительность и качество жизни наших пациентов, – подчеркнула эксперт. В качестве примера профессор М.Шестакова привела данные о специальной медали Victory, учреждённой в середине прошлого века американским эндокринологом Эллиотом Джослином, как признание заслуг людей, проживших с диабетом более 25 лет. «Благодаря активным научным исследованиям и современным разработкам в области диабета продолжительность жизни людей с СД постоянно увеличивается. Сегодня более 4 тыс. человек в мире удостоены медали «За 50 мужественных лет с диабетом», учреждены медали за 75 и даже 80 лет жизни с диабетом, и это очень впечатляющие результаты», – заключила она.

### Практическая история

Клиническим аспектам применения АИЧ нового поколения было посвящено выступление заведующей отделением обучения и лечения диабета Эндокринологического диспансера Департамента здравоохранения Москвы кандидата медицинских наук Ольги Котешковой.

– Диабет относится к заболеваниям с труднодостижимыми целями, где одним из основных сдерживающих факторов является высокий риск развития гипогликемии, – отметила эксперт. По её словам, именно степень выраженности риска гипогликемических состояний (особенно тяжёлых и ночных тяжёлых гипогликемий) лежит в основе индивидуализированного подхода при выборе терапии СД.

Инновационные аналоги инсулина имеют преимущества. Если говорить об инсулине деглудек, то это прежде всего ровный, беспииковый профиль и длительный терапевтический эффект. В свою очередь, уникальные свойства комбинированного препарата аналогов инсулина деглудек и аспарт обладают всеми преимуществами и сверхдлительного инсулина деглудек, и ультракороткого инсулина аспарт. В своём выступлении эксперт поделилась собственным опытом применения инсулинов деглудек (Тресибя) и деглудек/аспарт (Райзодег), а также подробно рассказала об особенностях применения этих препаратов в условиях клинической практики.

– У пациентов, использующих инсулин деглудек независимо от дозы и времени введения, сохраняется стабильная кон-



центрация препарата в течение суток. Соответственно, и риски развития гипогликемических эпизодов у них минимальны, – пояснила О.Котешкова. Так, согласно метаанализу клинических исследований, на фоне применения инсулина деглудек общее количество гипогликемических эпизодов у пациентов с СД 1-го и 2-го типа ниже на 16%, а ночных гипогликемий – на 32%.

Практикующему врачу всегда интересно узнать о результатах лечения, полученных именно в реальной клинической практике. О.Котешкова озвучила данные, основанные на наблюдениях зарубежных коллег. В частности, в Швеции анализ амбулаторных карт 476 больных СД 1-го типа, получающих терапию инсулином деглудек, показал возможность дополнительного снижения уровня HbA1c на 0,4% при одновременном снижении частоты дневных и ночных гипогликемий на 12 и 53% соответственно. А число тяжёлых гипогликемических эпизодов, наиболее неблагоприятных в отношении прогноза, снизилось на 62%.

Результаты отдельного субанализа группы пациентов, получающих инсулин Райзодег (при введении 2 раза в день), рандомизированных в две группы (в первую включили тех, кому впервые была инициирована инсулинотерапия, во вторую вошли те, кто уже ранее использовал двухфазный АИЧ), показали значимое улучшение контроля гликемии натощак при одновременном снижении числа гипогликемий: частота подтверждённой гипогликемии в группе пациентов, ранее не получавших АИЧ, уменьшилась на 54%, ночных – на 75%. Аналогично во второй группе частота гипогликемий уменьшилась на 32 и 72% соответственно.

Результаты другого исследования в реальной клинической практике, проведённого в Швейцарии, с участием 250 больных с СД 1-го и 2-го типа, показали, что после перевода на инсулин деглудек 2/3 пациентов отметили улучшение и стабилизацию контроля гликемии (снижение уровня HbA1c на 0,5–1%), а также снижение потребности в инсулине (доза базального и болюсного инсулина у всех пациентов снизилась в среднем на 10%), при этом частота гипогликемий у больных СД 1-го типа снизилась на 25%, а при СД 2-го типа – на 40%.

Также был представлен собственный опыт применения инсулинов Тресиба и Райзодег на базе Эндокринологического диспансера Москвы (90 пациентов, ранее получавших другие аналоговые препараты инсулина, были переведены на инсулин деглудек (Тресиба) и 65 пациентов – на деглудек/аспарт (Райзодег)).

После изменения схемы лечения в течение года в обеих группах было отмечено значительное уменьшение уровня HbA1c, а также снижение количества эпизодов гипогликемии. «Что особенно важно, у пациентов выравнился профиль гликемии в течение суток, то есть уменьшилась вариабельность гликемии, которая является причиной как гипогликемии, так и гипергликемии. Кроме того, было отмечено уменьшение дозы инсулина по отношению к ранее используемой», – пояснила О.Котешкова.

В ходе выступления она также привела несколько клинических случаев своих пациентов, которым удалось стабилизировать состояние и достигнуть целевых показателей HbA1c на фоне ин-

тенсификации инсулинотерапии инсулинами Тресиба и Райзодег.

– Для эндокринологов крайне важно, чтобы с инсулином было просто работать: просто назначить препарат, обучить пациента его применению и при необходимости просто интенсифицировать терапию, и при этом чтобы инсулин действительно обладал высокой эффективностью, безопасностью и не требовал соблюдения строгого режима введения. Но самое основное – он должен обеспечивать хорошее качество жизни нашим пациентам. Успех сахароснижающей терапии во многом зависит от того, насколько врачу удастся найти ту схему терапии, которая будет идеально подходить для конкретного человека. Ведь, как известно, мы лечим не болезнь, а больного, – заключила О.Котешкова.

Завершился симпозиум выступлением заведующего отделением диабетической стопы ЭНЦ профессора кафедры эндокринологии и диабетологии педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Гагика Галстяна, который представил результаты крупномасштабного международного клинического исследования сердечно-сосудистой безопасности длительной терапии агонистом рецептора ГПП-1 лираглутидом LEADER (Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results) у пациентов с СД 2-го типа с наличием сердечно-сосудистых заболеваний в анамнезе или высоким сердечно-сосудистым риском.

Согласно результатам исследования LEADER, длительная (до 5 лет) терапия препаратом лираглутид ассоциируется со значительным снижением уровня смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (на 22%) и общей смертности (на 15%) в сравнении с плацебо, а также с уменьшением риска наступления комбинированного сердечно-сосудистого исхода в виде сердечно-сосудистой смертности, нефатального инфаркта миокарда (включая безболевого форму) или нефатального инсульта по сравнению с группой плацебо – на 13%. Причём первые положительные результаты отмечались уже через 3 месяца от начала терапии.

Таким образом, в настоящее время лираглутид – один из многих противодиабетических препаратов, продемонстрировавший в крупномасштабном (более 9 тыс. пациентов из 32 стран мира) проспективном исследовании хорошую безопасность и улучшение исходов у пациентов с СД 2-го типа и высоким сердечно-сосудистым риском. Несомненно, эти результаты открывают новые перспективы в отношении оптимизации сахароснижающей терапии и улучшения прогноза при СД 2-го типа.

Ирина СТЕПАНОВА,  
корр. «МГ».

**1. Профилактика сердечно-сосудистых осложнений не является зарегистрированным показанием препарата Виктоза.**

**2. Препарат семаглутид не зарегистрирован для клинического применения на территории РФ.**

**Статья подготовлена при поддержке Ново Нордиск – глобальной фармацевтической компании в области лечения сахарного диабета.**

## Точка зрения

# В чём и почему мы уступаем

### Российской службе крови есть чему поучиться

**В начале апреля мне довелось побывать в Астане на научно-практической конференции службы крови, где подвели итоги работы трансфузиологов Республики Казахстан в 2016 г. Среди достижений наших коллег обращают на себя внимание три раздела, в которых они существенно опередили нас, россиян.**

#### Госзаказ и деньги

Минздравом Казахстана определены тарифы на отдельные компоненты крови, в соответствии с которыми финансируется производство этой продукции. Себестоимость компонентов крови, заказанных Центру крови, и составляет бюджет этой организации.

В России такой единицей расчёта бюджета учреждения службы крови является литр крови. И тут начинаются вопросы. Цельную кровь не переливают, а перерабатывают на компоненты. Как влияют технологии обследования донора и переработки крови на стоимость «литра»? Если от донора заготавливают не кровь, а, например, аферезные тромбоциты, то сколько это «литров»? Каждый этап совершенствования качества компонентов крови, например инактивация патогенов, делает «литр» всё более виртуальным.

Методика расчёта стоимости компонентов крови в литрах теоретически возможна, но в российских официальных документах она не приводится. Казахстанские коллеги для расчёта себестоимости

продукции используют понятную экономистам национальную валюту. Думаю, нужно и нам «литры» заменить на рубли.

#### То ли NAT, то ли NOT...

В период «серологического окна» гемотрансмиссивные инфекции выявляются методами амплификации нуклеиновых кислот (NAT). По данным казахстанской службы крови, даже несмотря на использование высокочувствительных автоматизированных тестов, последующее за ними NAT-тестирование в 2016 г. позволило выявить среди доноров 8 ВИЧ-инфицированных, а также 167 и 135 человек, инфицированных вирусами гепатитов В и С соответственно.

В России NAT-тестирование донорской крови то ли обязательно, то ли нет – понять трудно. Ситуация парадоксальная: согласно одним документам, этот этап работы с кровью является обязательным, согласно другим – дополнительным. А национальная статистика выявления NAT-позитивных доноров в нашей стране в отличие от Казахстана вообще отсутствует. Соответственно, невозможно ни сравнить эффективность различных технологий обеспечения безопасности гемотрансфузии, ни рассчитать остаточный риск трансфузионного инфицирования.

#### Внимание – тромбоцитам

Между тем остаточный риск трансфузионного инфицирования сохраняется. Он обусловлен

несколькими факторами. Первый – существование периода «серонегативного окна», скрытое течение и мутации ВИЧ и вирусов гепатитов В и С. Второй фактор – отсутствие методов тестирования крови на другие вирусы, а также на простейшие и бактерии.

Особенно высок риск инфицирования у реципиентов тромбоцитов, самых короткоживущих компонентов крови: при положительной температуре они хранятся всего 5 дней. Карантинизировать тромбоциты невозможно, но можно выполнить инактивацию патогенов, благо такие технологии давно существуют.

В Казахстане доля патогенредуцированных тромбоцитов увеличилась в 2016 г. с 66 до 75%. Согласно принятым в этой стране нормативным актам, для клинического использования могут быть выданы только патогенредуцированные и лейкофильтрованные концентраты тромбоцитов.

В России же, где и объёмы заготавливаемой донорской крови и гемотрансфузий значительно выше, чем у наших соседей, доля патогенредуцированных тромбоцитов составляет в среднем 12%, колеблясь в разных регионах от 0 до 100%. Не пора ли нам брать пример с казахстанских коллег?

Евгений ЖИБУРТ,  
заведующий кафедрой трансфузиологии Института усовершенствования врачей НМХЦ им. Н.И.Пирогова,  
доктор медицинских наук,  
профессор.

## Профилактика

# Все – на флюорографию!

### Только так можно вовремя выявить заболевание

**В Приморском крае идёт месячник по борьбе с туберкулёзом. Врачи призывают жителей региона найти время и пройти флюорографическое обследование. Исследование проводится бесплатно по полису ОМС в любой клинике региона. Во Владивостоке для работающих граждан есть возможность узнать о состоянии своих лёгких даже в субботу.**

По данным регионального Роспотребнадзора, заболеваемость туберкулёзом в Приморье превышает общероссийскую в 2,6 раза. Чтобы вовремя выявить заболевание и увеличить шансы на выздоровление, каждый житель должен регулярно проходить флюорографическое обследование в поликлинике по месту жительства, настаивают специалисты.

– Только с начала года благодаря флюорографическим осмотрам были выявлены более 200 человек с активным и неактивным туберкулёзом, – отмечают в Департаменте здравоохранения Приморского края. Впервые свой диагноз в прошлом году услышали 2468 приморцев.

Главный эпидемиолог Приморского края Ирина Кашкель заявила, что все лечебные учреждения Приморья, в том числе поликлиническая служба, полностью готовы к проведению обследований, работают оснащённые специализированные кабинеты.

– В частности, во Владивостокской поликлинике № 3 флюорографические обследования проводятся по субботам, и результат выдаётся уже на следующий день, – отметила она. – Этот как раз для тех жителей, кто в своём



Все ЛПУ Приморского края сегодня ориентированы на выявление туберкулёза

плотном графике не может найти время обследоваться среди рабочей недели. Все городские и краевые ЛПУ ориентированы на профилактику туберкулёза. В поликлиниках в рамках программы «Доступная среда» есть возможность пройти флюорографическое обследование людям с ограниченными возможностями, в том числе маломобильным группам населения. Установлены пандусы и кнопки вызовов.

Большая работа по своевременному выявлению этого заболевания ведётся врачами Находкинской городской центральной поликлиники. Так, в поликлинике НГБ в прошлом году был установлен цифровой аппарат российского производства. Среди преимуществ оборудования, которое обошлось медучреждению в 7,5 млн руб., – минимальное радиационное воздействие на пациента, лучшее разрешение и дополнительные технические воз-

можности, делающее диагностику более качественной. Цифровые изображения хранятся в базе 6 лет. Главное – благодаря высокой производительности оборудования врачи могут обслуживать больше пациентов. И теперь за смену через кабинет проходит до 100 человек.

– Сделать флюорографию можно без лишней траты времени, – уверяет заместитель главного врача Находкинской городской больницы по поликлинической работе Ирина Недбайло. – Если обратившийся имеет полис ОМС и прикреплен к нашему медицинскому учреждению, то обследование может пройти в день обращения самостоятельно, по направлению регистратора ЛПУ или лечащего врача.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.



# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 27 (2057)

**Хронический ларингит – хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки гортани длительностью более 3 недель.**

## Классификация

Хронические ларингиты делят на катаральный, отёчно-полипозный (болезнь Рейнке – Гайека), атрофический и гиперпластический. Отдельно выделяют специфические ларингиты, и некоторыми авторами отдельно определяется пахидермия гортани. Выделяют ограниченную и диффузную формы гиперпластического ларингита. Узелки голосовых складок, по данным некоторых авторов, являются формой гиперпластического ларингита, однако большинство авторов склонны определять эту патологию как самостоятельную.

Также хронические ларингиты делятся на специфические и неспецифические.

## Эпидемиология

Хронические ларингиты составляют 8,4-10% от всей патологии лор-органов. Отёк Рейнке составляет 5,5-7,7% от всех заболеваний гортани, приводящих к нарушению голоса. Хронический гиперпластический ларингит чаще встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет, а болезнь Рейнке – Гайека – у женщин.

## Этиология

Хронический ларингит может развиваться после перенесённого острого ларингита, чаще всего начало процесса установить невозможно. Причинами ларингита являются бактериальная, грибковая, микоплазменная, вирусная и хламидийная инфекции; наружная и внутренняя травмы шеи и гортани, в том числе ингаляционные поражения и травма инородным телом; аллергия, гастроэзофагальный рефлюкс и др. Почти 92% пациентов, страдающих любой формой ларингита, являются курильщиками. В отдельную клиническую форму можно выделить ларингиты грибковой этиологии – ларингомикозы. Крайне редко встречаются ларингиты паразитарной этиологии. Среди профессиональных вредностей имеет значение контакт с пылью, газами, повышенными температурами.

Большое значение имеет повышенная голосовая нагрузка, особенно с использованием твёрдой атаки. Возникновению воспалительной патологии гортани способствуют хронические заболевания бронхолегочной системы, носа и околоносовых пазух, нарушение разделительной функции гортани, злоупотребление спиртными напитками и табаком, нарушение обмена при сахарном диабете, гипотиреозе, заболеваниях желудочно-кишечного тракта, хроническая почечная недостаточность, перенесённая лучевая терапия, кортикостероидная терапия в анамнезе.

Специфические ларингиты являются вторичными и развиваются при туберкулёзе, сифилисе, инфекционных (дифтерии), системных заболеваниях (болезнь Вегенера, ревматоидный артрит, амилоидоз, саркоидоз, полихондрит, системная красная волчанка и др.), заболеваниях крови, кожи (пузырчатка, большая многоформная эритема). Иммунологические аспекты хронической воспалительной патологии гортани до конца не изучены. Диагностируются нарушения интерфероновой и иммунной систем.

## Патогенез

Практически все хронические ларингиты являются предракочными заболеваниями. Хотя по классификации предракочных заболеваний гортани Комитета по изучению опухолей головы и шеи (1977) при Всесоюзном обществе онкологов хронический отёчно-полипозный, катаральный и атрофический ларингиты не названы предракочными заболеваниями, однако гиперплазия слизистой оболочки может развиваться и на фоне этих воспалительных процессов. Наибольшую опасность в плане малигнизации представляет собой гиперпластический ларингит, протекающий с кератозом, пахидермией, лейкоплакией. Для хронических ларингитов характерно рецидивирующее течение.

Хронический гиперпластический ларингит характеризуется гиперплазией эпителия слизистой оболочки гортани. До конца не известен патогенез заболевания. Лучше

известен патогенез хронического отёчно-полипозного ларингита. Течение заболевания связано с анатомическими особенностями пространства Рейнке. Иммуногистохимическое исследование и электронная микроскопия удалённых участков слизистой оболочки голосовых складок у пациентов с болезнью Рейнке выявляют повышенную субэпителиальную васкуляризацию с большим количеством расширенных сосудов. Стенки сосудов истончены, отмечается ломкость капилляров. Ломкость и изменение сосудистого рисунка в пространстве Рейнке и является

# Дифференциальная диагностика и лечение различных форм хронического ларингита. Клинические рекомендации

причиной отёка в этой области, способствует прогрессированию заболевания. Этим же можно объяснить и возникновение кровоизлияний в голосовые складки в начальной стадии заболевания при резком повышении голосовых нагрузок. Кроме этого, большое значение имеет нарушение лимфооттока.

## Профилактика

Профилактика хронизации воспалительного процесса в гортани заключается в своевременном лечении острого ларингита, гастроэзофагальной рефлюксной болезни, воспалительной патологии верхних и нижних дыхательных путей, отказа от курения, соблюдении голосового режима.

## Скрининг

Ларингоскопическому обследованию должны подвергаться все пациенты с охриплостью, а также необходимо диспансерное обследование населения с целью выявления лор-патологии. К сожалению, большая часть пациентов с хроническим гиперпластическим ларингитом и хроническим отёчно-полипозным ларингитом не обращаются к врачу в связи с ухудшением качества голосовой функции, и эти формы воспалительного процесса диагностируются в поздних стадиях, когда пациенту показано хирургическое лечение. Бытует мнение о том, что охриплость является неотъемлемой частью курения, к тому же комплаентность этой категории пациентов низкая.

## Клиническая картина

При хроническом ларингите ведущей жалобой является стойкое нарушение голосовой функции, иногда кашель, боль в горле при голосовой нагрузке, парестезии в проекции гортани, иногда одышка. Изменения голосовой функции различны при разных формах ларингита.

Для хронического гиперпластического ларингита характерна постоянная охриплость с огрублением голоса, наличием множества призвуков. При хроническом отёчно-полипозном ларингите ведущим симптомом является стойкая охриплость, которая характеризуется постепенным смещением тембра голоса в низкие частоты мужского тембра. Для атрофического ларингита более характерно снижение толерантности к голосовым нагрузкам, появление кашля и боли при попытке улучшить громкость голоса, охриплость.

У больных катаральным ларингитом на первый план выходят жалобы на различные парестезии в проекции гортани и на охриплость, усиливающуюся в процессе голосовой нагрузки, снижение выносливости голоса. При отёчно-полипозном ларингите возможно развитие дыхательной недостаточности до стеноза гортани 3-й степени.

Характерен внешний вид больных, страдающих отёком Рейнке: симптоматика гирсутизма у женщин, склонность к отёкам лица. При длительно текущем ларингите в ряде случаев развивается гипертрофия

вестибулярного отдела гортани в связи с формированием вестибулярноскладковой фонации. Кашель не является постоянным симптомом ларингита. Если пациент предъявляет жалобы на кашель, необходимо дообследование для выяснения причины кашля.

## Диагностика. Клиническое обследование Анамнез

При сборе анамнеза обращают внимание на скрининг этиопатогенетических факторов развития заболевания, частоту рецидивов. Важен анамнез голосового расстройства (характер нарушения голосовой функции, его давность, потребность пациента в голосовых нагрузках), так как это позволяет не только провести начальную дифференциальную диагностику заболевания и определить его давность, но и построить правильную систему этапного голосовосстановительного лечения.

## Физикальное исследование

При физикальном исследовании больного хроническим ларингитом следует обращать внимание на наружные контуры шеи и гортани, подвижность скелета гортани пальпаторно и при глотании, участие мышц шеи в фонации. При напряжённой фонации отчётливо видно напряжение наружных мышц шеи. Оцениваются регионарные лимфоузлы, их увеличение может свидетельствовать о перерождении предракочного процесса. Определяют размер щитовидной железы, что особенно важно для больных хроническим отёчно-полипозным ларингитом. В плане оценки голосовой функции кроме субъективной оценки качества голоса оценивают качество артикуляции и индивидуальные особенности речи.

## Лабораторные исследования

Комплексное общеклиническое обследование больного хроническим ларингитом с привлечением врачей других специальностей (гастроэнтеролога, эндокринолога, пульмонолога, невролога, ревматолога, инфекциониста, дерматолога и др.) проводится для выяснения этиологических факторов развития воспалительного процесса и сопутствующей патологии.

При всех формах хронического, часто рецидивирующего ларингита, кроме отёчно-полипозного, необходимо бактериологическое и микологическое исследования. Посев предпочтительно брать со слизистой оболочки гортаноглотки без анестезии или с голосовых складок под местной анестезией. Наиболее частыми возбудителями ларингита являются: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *S.aureus*, *Mycoplasma spp.*, *Actinomyces diptheriae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydomydia pneumoniae*. Для хронического гиперпластического ларингита характерны ассоциации микроорганизмов, среди которых наиболее часто встречаются *Staphylococcus aureus*, *epidermidis*. Установлено, что возбудителями ларингомикоза в 97% наблюдений являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* чаще всего *Candida albicans* и *Candida spp.*, реже встречаются и другие виды – *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.pseudotropicalis*, *C.glabrata*.

При упорном и нетипичном течении ларингита выполняется ПЦР диагностика на вирусы простого герпеса, герпесвируса 6-го типа, цитомегаловируса, вируса Эпштейна – Барр, хламидии, микоплазмы, ДНК грибов, микобактерий туберкулёза и оценка иммунного статуса.

Основным методом дифференциальной диагностики хронического гиперпластического, специфического и отёчно-полипозного ларингита является гистологическое исследование. Взятие биоптата в гортани может осуществляться при фиброларингоскопии, при непрямой микроларингоскопии, при прямой микроларингоскопии оториноларингологом, или эндоскопистом, или онкологом, владеющим необходимыми хирургическими навыками. При обследова-

нии пациента со специфическим процессом требуются дополнительные методы диагностики основного заболевания. Гистологическое исследование в этих случаях не всегда информативно.

## Инструментальные исследования

Основным методом диагностики ларингита является ларингоскопия. При этом абсолютное предпочтение следует отдавать проведению микроларингоскопии, которая может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра гортани с использованием микроскопов, бинокулярных луп или применения эндоскопической техники. Оптимально, если осмотр будет записан на видеосистему, так как это даст возможность осуществлять полноценное наблюдение за пациентом с предракочным процессом. Если возможности провести микроларингоскопию нет, пациента следует отправлять на консультацию в те учреждения, где этот способ диагностики существует.

Микроларингоскопическая картина хронического ларингита разнообразна. В абсолютном большинстве случаев патология двусторонняя. Хронический катаральный ларингит характеризуется усилением сосудистого рисунка голосовых складок, их гиперемией, сухостью слизистой оболочки. При хроническом отёчно-полипозном ларингите полиповидная дегенерация слизистой оболочки может быть различной: от лёгкой веретенообразно-стекловидной опухоли, которая выглядит как «брюшко», до тяжёлого флотирующего, полиповидного, полупрозрачного или серого, серо-розового цвета студенистого утолщения, стенозирующего просвет гортани. При атрофическом ларингите слизистая оболочка голосовых складок выглядит тусклой, возможно наличие вязкой мокроты, отмечается гипотония голосовых складок и несмыкание при фонации.

При диффузной форме хронического гиперпластического ларингита отмечается инфильтрация голосовых складок, видны очаги кератоза, гиперемия слизистой оболочки гортани, возможно наличие фибринозных налётов, скопление вязкой или гнойной мокроты. Кератоз – патологическое ороговение эпителия слизистой оболочки гортани, которое может проявляться в виде пахидермии (утолщение слизистой оболочки в межчерпаловидной области), лейкоплакии (белое дымчатое образование), гиперкератоза (бугристое образование), расположенных на голосовых складках.

При всех формах ларингомикоза отмечен общий микроларингоскопический признак – наличие у всех больных белесоватых налётов или скопления густой мокроты в различных отделах гортани. Диагноз ларингомикоза может быть поставлен только после верификации возбудителя.

Эндовидеоларингостробоскопическая картина при катаральной форме ларингита показывает небольшие изменения вибраторного цикла, отмечается снижение амплитуды колебания голосовых складок и слизистой волны. Субатрофическая форма хронического ларингита характеризуется симметричным снижением амплитуды колебаний голосовых складок, снижением слизистой волны и отсутствием фазы смыкания. При отёчно-полипозном ларингите фаза смыкания полная, колебания голосовых складок – ассиметричные и нерегулярные, амплитуда колебаний голосовых складок уменьшена, а слизистая волна, наоборот, резко увеличена. При гиперпластической форме ларингита определяются выраженные нарушения вибраторного цикла.

Определяются уменьшением амплитуды колебаний голосовых складок (по всей длине или на отдельном участке), слизистая волна уменьшена или отсутствует, определяются невибрирующие участки слизистой оболочки, отмечается несимметричное и неравномерное изменение амплитуды колебаний и слизистой волны. Проведение видеоларингоскопии показано больным с ограниченным кератозом. Различают поверхностно расположенный кератоз и спаянный с подлежащими слоями. Спаянный



кератоз особенно подозрителен на раковое поражение и является абсолютным показанием к хирургическому лечению.

Для дифференциальной диагностики хронического ларингита успешно используются методы аутофлюоресценции, узкоспектральной эндоскопии (NBI) и др., основанные на анализе сосудистого рисунка поражённых участков слизистой оболочки, возможно также применение контактной эндоскопии, которая представляет собой прижизненное морфологическое исследование слизистой оболочки.

Компьютерный спектральный анализ голосовой функции позволяет документировать изменения голоса, однако в дифференциальной диагностике ларингита имеет небольшое значение. Исследование помогает на более поздних сроках терапии для определения качества и характера фонации каждого конкретного пациента с целью построения правильной системы голосовосстановительного лечения.

Компьютерная томография органов шеи проводится при необходимости дифференциальной диагностики. Исследование функции внешнего дыхания показано пациентам с хроническим отёчно-полипозным ларингитом для верификации симптомов скрытой дыхательной недостаточности при стенозе гортани.

### Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика осуществляется в первую очередь с раком и туберкулёзом гортани. Во всех случаях подскладкового ларингита, артрита перстне-черпаловидного сустава следует проводить дифференциально-диагностический поиск на выявление системного заболевания. Вовлечение в патологический процесс гортани при гранулематозе Вегенера встречается в 6-25% случаев в виде подскладкового ларингита, сопровождающегося подскладковым стенозом. Изолированное поражение гортани при склероме наблюдается в 4,5% случаев, чаще в процесс вовлекаются нос, носоглотка и гортань.

Бледно-розовые бугристые инфильтраты формируются в подскладковом пространстве. Процесс может распространяться в трахею или вверх на другие части гортани. Встречается первичный амилоидоз гортани, узловая или диффузно-инфильтративная формы, и вторичный – на фоне хронических воспалительных системных заболеваний (болезнь Крона, ревматоидный артрит, туберкулёз и т.д.). Наиболее часто поражение носит диффузный характер при интактной слизистой, иногда с распространением на трахеобронхиальное дерево. Отложения амилоида локализуются преимущественно в надскладковом отделе гортани, иногда в виде подскладкового ларингита. Саркоидоз встречается в гортани в 6% случаев в виде эпиглотита и гранулём. Голосовые складки поражаются редко.

При ревматоидном артрите патология гортани диагностируется у 25-30% пациентов. Клинически заболевание проявляется в виде артрита перстнечерпаловидного сустава. Дифференциальный диагноз проводится на основании общеклинического, серологического обследования и биопсии. Для туберкулёза гортани характерен полиморфизм изменений. Отмечается образование милиарных узелков, инфильтратов, которые подвергаются распаду с образованием гранулаций, язв и рубцеванием. Нередко образуются туберкуломы и хондроперихондриты. Сифилис гортани проявляется в виде эритемы, папул и кондиллом. Часто формируются язвы, покрытые серовато-белым налётом.

Дифференциальный диагноз хронического гиперпластического ларингита и рака гортани часто представляет большие трудности. При непрямой микроларингоскопии обращают внимание на характер сосудистого рисунка. Для рака гортани характерна атипия капилляров: увеличение их количества, извитая их форма в виде штопора и неравномерное расширение сосудов, точечные кровоизлияния. В целом сосудистый рисунок голосовой складки хаотичен. Нарушение подвижности голосовой складки, односторонний характер процесса настораживает в плане малигнизации хронического ларингита. Обращают на себя внимание и другие изменения голосовой складки: выраженная дисплазия, инфильтрация слизистой, очаги плотного, спаянного с подлежащими тканями кератоза и др.

Окончательный дифференциальный диагноз при ларингите ставится в результате гистологического исследования.

### Морфологическая диагностика

Микроскопическая картина при хроническом гиперпластическом ларингите представляет собой сочетание реактивных изменений покровного эпителия и воспалительных, репаративных и склеротических изменений собственной пластинки слизи-

стой оболочки. Воспалительный инфильтрат характеризуется преобладанием мононуклеарных элементов и плазматических клеток над сегментоядерными лейкоцитами. Преобладание клеток продуктивной фазы воспаления является основной отличительной чертой хронического воспаления. Второй морфологической составляющей являются реактивные изменения покровного и железистого эпителия в виде его гиперплазии, акантоза и нарушения ороговения, дисплазии эпителия респираторного типа – в виде базально-клеточной гиперплазии, увеличения количества бокаловидных клеток и плоскоклеточной метаплазии. Выраженный акантоз многослойного плоского эпителия является основной пахидермии.

При хроническом отёчно-полипозном ларингите на первый план выходят не признаки воспалительной инфильтрации, а выраженный интерстициальный отёк, нередко с миксоматозом стромы, нарушение сосудистой стенки, утолщение базальной мембраны покровного эпителия.

Морфологическое исследование при специфических ларингитах и ларингомикозе хоть и имеет свои особенности, но является лишь частью диагностики, большое значение имеет вся клиническая картина заболевания, данные других методов обследования.

### Показания к консультации у других специалистов

Для выявления этиопатогенетических факторов развития воспалительного процесса в гортани показана консультация гастроэнтеролога, пульмонолога, аллерголога, иммунолога, эндокринолога, миколога, терапевта, ревматолога и фтизиатра.

### Пример формулировки диагноза

Хронический гиперпластический ларингит, обострение.

### Лечение

Целью лечения является элиминация воспалительного процесса в гортани, восстановление звучного голоса, предотвращение перерождения воспалительного процесса в злокачественное образование.

### Показания к госпитализации

Госпитализируются пациенты, которым планируется хирургическое лечение.

### Немедикаментозное лечение

Большое значение при лечении хронического ларингита имеет ограничение голосовой нагрузки, при этом шёпотная речь запрещена. Необходимо создание условий для формирования физиологического типа фонации. В тех случаях, когда напряжённая фонация является одним из этиопатогенетических факторов, а также при наличии расстройства после хирургического вмешательства или в исходе воспаления, показана фонопедия. Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет отказ от курения. При сохранении сухости слизистой оболочки гортани назначают ингаляции с минеральными водами и рекомендуют увлажнение воздуха в помещении.

### Медикаментозное лечение

Лечение больного хроническим ларингитом должно быть комплексным, включать медикаментозную терапию, хирургическое вмешательство и голосовосстановительное лечение. Большое значение имеет терапия сопутствующей патологии верхних и нижних дыхательных путей, гастроэзофагального рефлюкса, коррекция иммунного и гормонального статуса. Рекомендуется восстановление носового дыхания, санация очагов инфекции. При назначении терапии следует учитывать, что пациенты с хроническими ларингитами обладают крайне низкой комплаентностью. Необходимо мотивация на лечение, и выбор следует отдавать комплексным препаратам для уменьшения кратности приёма лекарственных средств.

Антибактериальная терапия показана при обострении хронического ларингита, при этом она назначается эмпирически с применением препаратов широкого спектра действия (амоксциллин клавуланат, респираторные фторхинолоны, макролиды) (Уровень доказательности: «мнение экспертов») при выраженных воспалительных явлениях с присоединением гнойной экссудации. Периферическая антибиотикотерапия назначается при проведении хирургического вмешательства при прямой микроларингоскопии, имплантационных методах хирургической коррекции, большом объёме хирургического вмешательства. При диагностике грибкового поражения назначают антимикотические препараты.

Применение специфической терапии при диагностике специфических ларингитов не исключает использование местной и общей противовоспалительной терапии.

Десенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами 3-го поколения (Уровень доказательности: «мнение экспертов») показана при обострении гиперпластического и отёчно-полипозного ларингита, при указании на аллергии в анамнезе и в некоторых случаях ларингомикоза. Следует избегать использования антигистаминных препаратов при катаральной и субатрофической форме ларингита, так как эти препараты вызывают сухость слизистой оболочки гортани.

Противоотёчная терапия системными кортикостероидами показана пациентам после хирургических вмешательств, если не проводилась декортикация голосовых складок, а также при стенозах верхних дыхательных путей, вызванных обострением хронического воспалительного процесса, и не может являться монотерапией.

Муколитики и секретолитики назначают как местно, так и системно. Местно – в виде ингаляций. Можно назначать и местный, и системный муколитик одновременно. Показанием к применению муколитиков является визуализация мокроты и корок в различных отделах гортани. Возможно применение длительных курсов (до 14 дней) препаратов растительного происхождения или содержащих эфирные масла при наличии сухих корок, в том числе и больным с ларингомикозом. При выборе муколитика следует помнить о том, что одним из этиологических факторов ларингита является патология желудочно-кишечного тракта, в связи с чем предпочтение следует отдавать лекарственным средствам, не имеющим побочных эффектов, влияющих на функцию желудка.

Хороший клинический эффект у больных гиперпластическим и отёчно-полипозным ларингитом достигается при применении комплексных ферментных препаратов сроком не менее 14 дней. Эти препараты способны уменьшать воспалительную инфильтрацию, локальный отёк, воздействуют на клеточный и гуморальный иммунитет.

У пациентов с субатрофической формой ларингита, а также у пациентов с гипотонусными расстройствами после хирургических вмешательств показано использование стимулирующей терапии, витаминотерапии, средств, улучшающих нервно-мышечную передачу, повышающих тонус мышц. Витаминотерапия может применяться как дополнительный метод лечения. Известно, что витамины группы А являются антиоксидантами, витамины группы С показаны пациентам с диагностированными расстройствами микроциркуляции, витамины группы В являются модуляторами нейромышечной передачи.

Ведущее место в лечении больного хроническим ларингитом занимает ингаляционная терапия. Для ингаляций применяют антибактериальные препараты, муколитические, гормональные средства, растительные препараты с противовоспалительным и антисептическим эффектом, а также минеральную воду. Выбор препарата для ингаляций зависит от формы воспаления: при преобладании отёка – ингаляции с кортикостероидами; при выраженном воспалении – ингаляции с антисептиками, антимикотическими препаратами. Ингаляции антибиотиками на сегодняшний день не проводятся. Исключением является препарат тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, который имеет в своём составе антибиотик и муколитик.

Ингаляционную процедуру лучше начинать с ингалирования муколитических средств и лишь после этого, через 20 минут, назначать аэрозоли других лекарственных препаратов. После ингаляции кортикостероида и/или антисептика через 20 минут можно провести ингаляцию минеральной водой для увлажнения слизистой оболочки. Такие ингаляционные процедуры проводят 1-2 раза в сутки. Курс лечения – не более 10 дней.

С целью создания условий для физиологической фонации и увлажнения слизистой оболочки ингаляции с минеральной водой можно назначать по 4 раза в сутки, длительность такой ингаляции может составлять 5-10 минут. Ингаляции с минеральной водой можно назначать на длительные сроки, например на 1 месяц. (Уровень доказательности: «мнение экспертов»).

Хороший клинический эффект даёт применение физиотерапевтических методов лечения: электрофореза 1%-ного йодистого калия, лидазы или хлористого кальция на гортань, терапевтического лазера, микроволн, фонофорез, в том числе и эндоларингеальный и др. (Уровень доказательности: «мнение экспертов»).

Для лечения больных хроническим отёчно-полипозным ларингитом особенно в начальных стадиях заболевания применяются также инъекции кортикостероидных препаратов в голосовые складки. Данная процедура проводится при непрямой, реже – при прямой микроларингоскопии.

### Хирургическое лечение

Показанием к хирургическому лечению при хроническом ларингите является выявление участков гиперплазии. Не берут биопсий только в заднем отделе гортани, где локализуется пахидермия, так как осложнением такой операции может стать рубцовая деформация и ограничение подвижности голосовых складок. Однако при подозрении на дисплазию слизистой в этой области биопсия показана. Чаще всего не берут биопсии при поверхности лежащем кератозе, если по данным видеоларингоскопии под ним нет изменения подлежащих слоёв эпителия.

При хроническом гиперпластическом ларингите применяется декортикация голосовых складок и прицельная биопсия при прямой и непрямой микроларингоскопии, или с помощью эндоскопической техники. При выполнении биопсии необходимо брать на исследование достаточное количество материала. Основные ошибки в диагностике рака гортани связаны с неправильно выбранным участком для биопсии и с недостаточностью материала для исследования. Несмотря на то, что основной целью хирургического вмешательства является верификация диагноза и удаление участков гиперплазированной слизистой оболочки, следует щадяще относиться к слизистой оболочке голосовых складок, не допуская по возможности дополнительного ухудшения голосовой функции. Планировать хирургическое вмешательство лучше после проведения противовоспалительной терапии, чтобы можно было более точно определить место для биопсии.

Целью хирургического вмешательства при отёчно-полипозном ларингите является улучшение голосовой функции, предотвращение осложнений – стеноза гортани. Гистологическое исследование удалённой слизистой оболочки проводится обязательно. При отёчно-полипозном ларингите используются в основном две хирургические методики: декортикация голосовых складок по Kleinsasser и методика M.Hirano. При декортикации голосовых складок стараются сохранить эпителий в области комиссуры с обеих сторон во избежание последующего сращения и образования рубцовой мембраны или спайки.

Суть методики M.Hirano состоит в том, что проводят разрез вдоль латерального края голосовых складок, аспирируют студенистую массу, избыточную эпителиальную ткань иссекают ножничками, а оставшуюся укладывают на голосовую складку. Используются также лазерные методики. В начальных стадиях заболевания можно удалить небольшой участок изменённой слизистой оболочки. Осложнением хирургического вмешательства может быть грубое рубцевание голосовых складок, формирование рубцовой мембраны. Резективизация голосовых складок после хирургического вмешательства длится около 4-8 недель. Пациент должен находиться под наблюдением врача, ему следует проводить противовоспалительную терапию, при необходимости голосовосстановительное лечение. Сроки осмотра: ежедневно первые 3 дня, затем 1 раз в неделю, начиная со второго месяца 1 раз в 2 недели, до полного восстановления клинико-функционального состояния гортани и голосовой функции.

### Дальнейшее ведение

Пациенты с хроническим гиперпластическим ларингитом должны находиться на диспансерном учёте у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении 1 раз в полгода.

### Информация для пациента (краткие рекомендации)

При развитии хронического ларингита необходимо ограничить голосовые нагрузки, отказаться от курения. Следует ограничить приём очень горячей, холодной и острой пищи, спиртных напитков, не применять паровые ингаляции. Необходимо уделять внимание лечению сопутствующей патологии и острых респираторных инфекций, находиться под наблюдением оториноларинголога. Показано увлажнение воздуха в помещении, где находится пациент, с помощью специальных увлажнителей.

### Прогноз

При катаральной и субатрофической формах ларингита прогноз благоприятный. Хронический гиперпластический ларингит является предракочным заболеванием, возможна малигнизация. Однако возможно излечение от хронического ларингита или достижение стойкой ремиссии. Хронический отёчно-полипозный ларингит имеет длительное течение, но может привести к стенозу гортани. Все формы хронических ларингитов являются причиной стойкого нарушения голосовой функции.

Под редакцией главного оториноларинголога Минздрава России профессора Николая ДАЙХЕСА.



Шестьдесят с лишним лет в круглосуточном режиме работает клиническая больница скорой медицинской помощи в Рязани. Специализированная неотложная помощь здесь оказывается широкому спектру больных хирургического, травматологического, терапевтического и кардиологического профилей – в общей сложности в год от 20 до 25 тыс. рязанцам восстанавливается здоровье.

Начиналось медицинское учреждение с 200 коек, а сегодня в её составе 415, оно стало по существу крупным в регионе многопрофильным лечебно-диагностическим центром. Главный врач БСМП – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Сергей Тарасенко, сменивший на этом посту Михаила Титова, 39 лет возглавлявшего больницу.

– Сергей Васильевич, вы наследовали полноценное лечебное учреждение. Но каждый руководитель всегда хочет добиться большего. Перед вами стояла такая цель? Что приобрела больница за 10 лет вашего руководства?

– Иногда просто некогда оглянуться назад, осмыслить, а что же сделано. Но что точно могу сказать: мы приближаемся к тем клиникам, которые настроены на высокий ритм. Когда слышишь про свою больницу «рязанский Склиф» – это дорогого стоит. Считаюсь городским лечебным учреждением, мы обслуживаем всю область и близлежащие регионы. И хотя мы вошли в систему ОМС только 3 года назад (финансировались за счёт бюджета, а потому программа модернизации практически обошла нас стороной), техническое оснащение находится на хорошем уровне. Мы вошли в программу по оказанию медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных ситуациях, соответственно получили современное оборудование.

– Это, безусловно, существенный штрих к портрету больницы скорой помощи, но не всё, что характеризует её сегодняшний уровень. Вернёмся чуть назад...

– О, это целая «эпоха» развития. Шучу. За год как я стал главным врачом в БСМП был открыт Центр хирургии печени и поджелудочной железы, руководить которым было поручено мне. С первых шагов его коллектив заявил о себе на международном форуме хирургов-гепатологов стран СНГ, который был организован и успешно проведён на рязанской земле в 2009 г. С тех пор активно участвуем в международных конгрессах хирургов-гепатологов и научных конференциях в стране. В центре проводятся высокотехнологичные операции по абдоминальной хирургии. Коли речь зашла о ВМП, то в травматологическом отделении освоены операции по пересадке тазобедренных и коленных суставов. Скажу больше, теоретически мы готовы к пересадке печени. Это наша мечта, которую мы обязательно осуществим.

– А «Медицинская газета» обязательно напишет об этом крупном событии. Вы руководите кафедрой госпитальной хирургии Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, развёрнутой на базе второго, третьего и четвёртого хирургических отделений. А местом базирования кафедры общей хирургии РГМУ является первое хирургическое, где руководителем является профессор Алексей Федосеев. То есть сложился полноценный клинический организм, объединяющий работу отделений, клиник университета, где, по вашему же мнению, тесно переплетены процессы клинической практики, обучения студентов, молодых специалистов и научные изыскания. А потому строить планы об освоении прорывных технологий в медицине, какой и станет пересадка печени, вполне реально?

– Как заведующий кафедрой госпитальной хирургии недавно делал отчёт об учебно-мето-

дической научной, лечебной и воспитательной работе. Всё это находится в тесном единстве. На кафедре проводится обучение студентов 5-го и 6-го курсов



С. Тарасенко

## Ориентуры

# Планка поднимается всё выше

Лучшее из медицинской практики Рязанской клинической БСМП



Идёт операция

лечебного факультета РГМУ. При проведении практических занятий активно задействуются операционные больницы, диагностические кабинеты – вплоть до перевязочных и манипуляционных приёмного покоя. Все студенты, интерны, ординаторы и аспиранты участвуют в суточных дежурствах по индивидуальному графику с обязательным докладом на утренней конференции, проводят самостоятельные операции под контролем ассистентов и наиболее опытных практических врачей. Это наша будущая смена.

Если говорить о профессиональной квалификации сотрудников кафедр, то она достаточно высокая, трое имеют учёную степень докторов, трое – кандидатов медицинских наук. При моём непосредственном участии разработано и издано более 100 учебно-методических пособий для врачей и аспирантов. Коллектив кафедры в 2016 г. участвовал в подготовке национальных рекомендаций по лечению перфоративной язвы.

Основные научные направления кафедры – проблема хирургического эндотоксикоза; хирургическое лечение язвенной болезни; диагностика и лечение панкреатитов; хирургия желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы; малоинвазивные технологии в urgentной абдоминальной хирургии. В соавторстве с сотрудниками кафедры опубликовано более 300 статей. За последние 5 лет полу-

чено 5 патентов на изобретение, 7 удостоверений на рационализаторское предложение. Использование материалов, полученных в процессе работы, позволяет защищать диссертации. Сейчас под моим началом в качестве руководителя выполняется 10 кандидатских диссертаций. Выигран конкурс на право получения в 2017-2018 гг. гранта Президента РФ государственной поддержки молодых российских учёных «Разработка объективных критериев выбора способа формирования панкреатоэнтероанастомоза». Объём финансирования – 2 млн руб.

– Во всех научных начинаниях первую скрипку, разумеется, должен играть заведующий кафедрой. Но вы как главный врач несёте ответственность за нормальное функционирование лечебного учреждения. А ведь вы ещё и оперирующий хирург. Откуда берутся силы?

– Да, профессия хирурга очень сложная, но мне нравится работа, в которой реализую свои знания, идеи. Со студенческих лет зажёгся хирургией, стремлением подниматься по её ступеням, а для этого надо постоянно учиться. То, что делали 5 лет назад, надо критически осмыслить и двигаться дальше. Неотложная хирургия – это быстро развивающаяся отрасль.

Ежедневно, кроме выходных и праздничных дней, принимаю дежурства, провожу утренние клинические конференции. Прак-

тически каждый день, часто многократно, включая выходные и праздники, консультирую тяжелобольных во всех хирургических отделениях клиники. Не исключением является и отпуск. Четырежды в неделю делаю обходы во 2-м, 3-м, 4-м хирургических отделениях, лапароскопическом и 2-м травматологическом. Периодически в качестве председателя провожу клиническо-анатомические и клинические конференции. Участвую в проведении консилиумов в других отделениях БСМП и больницах города. С моим непосредственным участием внедрены в практику БСМП ори-

заместителя, ассистента кафедры, преподавателя, кандидата медицинских наук, «железного» человека Александра Копейкина не могу не назвать. Почему «железного», вы спросите? Александр Анатольевич завоевал этот титул, участвуя несколько лет в борьбе во Франции. А вообще практически обо всех сотрудниках могу сказать только добрые слова. Это большая профессиональная семья.

– Поскольку мы несколько отвлечлись от ваших дел научных, не могу не спросить о знаменитом месяце в вашей жизни. В апреле вы роди-

лись, и, как мне известно, ваш младший сын тоже дитя этого весеннего месяца. В апреле вы окончили РГМУ, в апреле назначены главным врачом БСМП... Не Божье ли это провидение?

– Ничего особенного в этом не нахожу. Просто совпадение, хотя на судьбу не жалею. На кафедре у нас есть «музей», в котором находится один экспонат – бронзовый бюст Н.Пирогова. Считаюсь, что это слепок с подлинника Репина. Вот это мой талисман. Его, по всей вероятности, привёз в Рязань профессор Анатолий Гуца, который до меня заведовал кафедрой. Но, несмотря на «апрельское» везение, я ничего один бы не достиг без учителей, коллег, вложивших часть своей души и труда в динамичное развитие больницы.

– А что же за горизонтом?

– Новая современная многопрофильная больница скорой медицинской помощи. Сегодня она находится в переконструированных под лечебное учреждение помещениях общежития строителей. По решению администрации области БСМП закладывается на 540 коек на месте трамвайного парка. Сметная стоимость проекта – 4,5 млрд руб. Чтобы этот день пришёл, много усилий приложили депутат Госдумы РФ Андрей Макаров и прежний губернатор Рязанской области Олег Ковалёв. Больница расположится на 5 га в спальном районе в городской роще. Сейчас мы находимся в центре Рязани, рядом с университетом. Но отдалённость от учебного заведения не помещает нашему активному сотрудничеству на всех направлениях учебного и научного процессов. Больница должна вступить в строй в сентябре 2019 г. – в год её 65-летия. С вводом больших мощностей, оснащением оборудованием нового поколения (а это неизбежно) возможности расширяться, откроются новые востребованные отделения, появится импульс к освоению новых технологий. Придётся серьёзно заняться подготовкой специалистов. Вот тогда можно приступить и к осуществлению пересадки печени и решению проблемы донорства. Начнётся новый отсчёт вылеченных пациентов, спасённых жизней. Но неизменным в нашей работе остаётся приоритет высокого качества медицинской помощи. Это находит воплощение во всём, что мы делаем. Наша клиника должна оставаться клиникой высокого уровня.

Беседу вела  
Галина ПАШЫРИНА,  
спец. корр. «МГ».

Рязань.



Вехи

**Масштабное для медицинской общественности региона мероприятие, ставшее уже традиционным, собрало около 600 участников, в том числе и специалистов центральных районных больниц, оказывающих неотложную помощь.**

На повестке дня конференции, организованной кафедрой общей хирургии Омского государственного медицинского университета, городской клинической больницы № 1 им. А.Н.Кабанова и станцией скорой медицинской помощи при поддержке регионального Министерства здравоохранения, были не только актуальные проблемы оказания неотложной медицинской помощи, но и вопросы детской анестезиологии и реанимации, использования симуляционного обучения. Кроме актуальных докладов специалистов из ведущих учреждений Москвы, Санкт-Петербурга, Архангельска, Томска, Новосибирска, Барнаула и Республики Казахстан, представленных на пленарном заседании, и обмена опытом, участников мероприятия ждали мастер-классы по анестезиологии и реанимации, работала также отдельная секция, посвящённая насущным вопросам спортивной медицины. В частности, собравшиеся смогли обсудить особенности организации питания и поддержания водно-солевого режима молодых спортсменов.

В названии конференции не случайно присутствует словосочетание «чтения памяти» – мероприятие посвящено научно-практическому наследию профессора Азария Кабанова. Выдающийся омский врач-хирург, учёный-медик был одним из основоположников хирургии на территории Омского Прииртышья. Почти три десятилетия А.Кабанов руководил многопрофильной больницей № 1. Эта больница (сегодня на её

# Территория неотложной помощи

## В Омске состоялись чтения памяти выдающегося хирурга



Во время работы конференции

площадях располагается кафедра общей хирургии ОмГМУ) с 2003 г. носит его имя. И конференция – «кабановские чтения» – это дань памяти, уважения и признание авторитета хирурга.

К слову, в состав «именной» многопрофильной больницы входят поликлиника на 570 посещений в день, стационар на

725 коек, дневной стационар на 130 коек и детская инфекционная больница на 145 коек. Это – 16 лечебных отделений, в том числе уникальное отделение хронического гемодиализа. На базе больницы работают областные центры: сурдологии и слухопротезирования, центр трансплантации внутренних органов и

тканей. Здесь же «прописались» городские центры: гематологический, колопроктологический, торакальной хирургии, гравитационной хирургии крови, пульмонологический, антирабический.

**Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,**  
соб. корр. «МГ».

Омск.

**СПРАВКА «МГ»**

**Азарий КАБАНОВ**  
(02.04.1924 – 05.09.1994) – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ (1991). Участник Великой Отечественной войны.

Окончил Ярославский медицинский институт (1949). Работал хирургом, заведующим хирургическим отделением Кировской областной больницы. После окончания аспирантуры, был научным сотрудником Новосибирского института экспериментальной биологии и медицины Академии медицинских наук СССР. С 1966 – заведующий кафедрой общей хирургии Омского медицинского института, директор хирургической клиники Омской многопрофильной больницы № 1.

Исследования А.Кабанова относятся к областям общей и неотложной хирургии, клинической физиологии, анестезиологии, реаниматологии и торакальной хирургии. Им предложено много улучшенных приёмов оперативных вмешательств при патологии лёгких, плевры и перикарда. Имел немало разработок по применению физических факторов в хирургии (ультразвук, холода, лучей лазера, струи плазмы, электрогидравлики и др.). Автор более 400 научных работ, в том числе 5 монографий, 14 изобретений.

### Авторитетное мнение

**Сегодня термин «коморбидность» принято рассматривать как удел людей старшего возраста. Конечно, в старости накапливаются самые разнообразные болезни. У каждого, перешагнувшего 50-60-летний рубеж, их две, три и более – явление, давно известное терапевтам. Это и послужило поводом ввести новый по-научному звучащий термин.**

Но сейчас как педиатр могу завидеть, что не одна, а несколько болезней могут быть выявлены и, как правило, выявляются и у детей. У ребёнка, госпитализированного по поводу геморрагического васкулита, в отделении находят нередко хронический тонзиллит, проявления аллергического диатеза или глистную инвазию.

Чаще всего выявление коморбидности происходит в клинике, стационаре. Современные методы обследования больного – лабораторные и инструментальные – позволяют выявить заболевания, которые порой ещё не имеют клинически выраженного проявления или ещё не попали на глаза родителям ребёнка. Вроде госпитализировали по поводу одной болезни, а нашли ещё другие, о которых и не подозревали.

Врачи, в том числе и педиатры, давно знакомы с этим явлением и обозначали его следующим образом, выставляя диагноз: на первом месте указывали основное заболевание, далее – его осложнение, затем сопутствующее. Чем не коморбидность?!

Однако изложенный выше принцип формулирования клинического, то есть развёрнутого, всеохватывающего диагноза представляется более оправданным, практически ориентированным

# Что скрывает коморбидность?

## Особенности клинической выраженности заболеваний в педиатрической практике

подходом к оценке патологии у больного, будь то взрослый или ребёнок.

Подтвердим это клиническим примером. Девочка 8 лет поступила в клинику. Диагноз при выписке звучал следующим образом: основной – «антральный гастрит, дуоденит (обострение), дуоденогастральный рефлюкс; сопутствующие заболевания – желчно-каменная болезнь, стадия билиарного сладжа; болезнь Минковского – Шоффара; спленомегалия». Из анамнеза жизни (собранного со слов сопровождавшего девочку отца) стало известно, что она с рождения наблюдается у гематолога по поводу «гемолитической болезни». По поводу схваткообразной боли в животе амбулаторно проведено УЗИ брюшной полости, выявлены признаки хронического калькулёзного холецистита; спленомегалия.

Согласно современным взглядам, у ребёнка все признаки коморбидности. Однако очевидно, что своеобразным «пусковым» патогенетическим механизмом её многочисленных болезней является микросфероцитоз, или болезнь Минковского – Шоффара. Болезнь генетически обусловленная, проявляется клинически очень рано, приводит к спленомегалии, образованию сладжа в желчном пузыре, а потом и к желчно-каменной болезни. С определённым допущением гастроудоденит и гастроэзофагальный рефлюкс

можно рассматривать как проявление сочетанной патологии желчевыводящих путей и гастроудоденальной зоны.

Чем объясняется возникший и не прекращающийся интерес к коморбидности? Согласно данным литературы, коморбидность создаёт ряд клинических и социальных проблем. Лечить каждую в отдельности болезнь, составившую коморбидность? Тогда как быть с совместимостью лекарств, увеличением числа побочных эффектов, стоимости лечения? Снижает качество жизни – это относится и к детям, и к взрослым. Больно видеть, как сахарный диабет (1-го типа) с его осложнениями или бронхиальная астма, приведшая к развитию сог pulmonale, лишают ребёнка радостей жизни, особенно если у него не одна болезнь. В приведённом примере обострение желчнокаменной болезни или гастроудоденита потребует госпитализации в гастроэнтерологическое отделение (куда эта больная и попала в самом начале). Лечить от болезни Минковского – Шоффара – в хирургическом: удаление селезёнки. Больной была предложена операция, но отец отказался и настоял на выписке. Дальнейшая судьба ребёнка нам не известна. Сама необходимость всестороннего клинико-лабораторного и инструментального обследования больного с коморбидностью значительно увеличивает сроки пребывания его на дорогой

больничной койке. Увеличится нагрузка на бюджет.

Предложенный выше клинический пример касается так называемой патогенетической коморбидности: одна болезнь патогенетически связана с другой или рядом других. В литературе принято выделять случайную коморбидность.

Самый простой пример – ребёнок, например с болезнью почек, попал в ДТП и теперь страдает от последствий черепно-мозговой травмы. У него кроме патологии почек есть ещё и неврологическая. Тоже коморбидность. Много отклонений в здоровье при ряде генетических синдромов. Чаще всего эти отклонения – болезни – представляются не связанными одна с другой: синдром Гурлера – поражение скелета, олигофрения, патология слуха, катаракта и другие отклонения. Примеров, подобного этому, можно привести много.

Осложнения «главной» болезни могут быть самые разнообразные, по значимости и клинической тяжести нередко превосходящие «первичную» болезнь. Кто из педиатров не знает, как после бактериальной ангины может развиваться гломерулонефрит, ревматическая лихорадка, геморрагический васкулит. Осложнения болезни вносят свой «вклад» в развитие коморбидности. Правда, в ряде случаев «первичная» болезнь уже «отзвучала», и осложнения воспринимаются как самостоятельная

патология. Из собственной практики знаю, что в ряде случаев, например, хроническую воспалительную патологию лор-органов долго не удаётся купировать; она способствует рецидивирующему течению, например, геморрагического васкулита. Только радикальное (хирургическое) лечение «первичной» болезни позволяет остановить рецидивы «осложнения».

Все эти особенности современной клиники, породившие понятие коморбидности, резко обострили внимание к этому клиническому феномену последних десятилетий. Однако следует подчеркнуть, что оно не должно исключать оправдавшего себя сугубо клинического подхода к больному, сколько бы у него не было болезней. Выделение основного ведущего заболевания, выявление его патогенетической связи с другими патологиями, осложнениями, возникшими в его течении или из-за ошибок в ведении конкретного больного, должны оставаться. Это особенно важно при выявлении «патогенетической» коморбидности. Успешное лечение «первичной» болезни может «ликвидировать» коморбидность, или значительно ослабить её груз, как клинический, так и социальный. Это особенно важно в педиатрической практике.

**Рудольф АРТАМОНОВ,**  
профессор.

Москва.



В 1923 г. при исследовании мумии Хенхенит, одной из жён фараона Ментухотепа, правившего около 2050 г. до н.э., впервые был обнаружен пузырно-влагалищный свищ больших размеров. Однако первое письменное упоминание о мочеполовых свищах нашли сравнительно поздно – в трудах Авиценны, жившего на рубеже X и XI веков. Он объяснял возникновение недержания мочи у молодых женщин после длительных трудных родов формированием сообщения между мочевым пузырём и влагалищем. Ни медицина Древнего Египта, ни врачи Древней Греции, Римской империи, а также раннего Средневековья не оставили никаких упоминаний об этом заболевании. Возможно, это связано с той социальной ролью, которую играли прежде женщины. В течение длительного времени акушерство, не говоря уже о гинекологии, находилось в руках необразованных повивальных бабок.

Позднее сказало влияние арабской медицины, где по соображениям религии запрещались аутопсии и занятия акушерством мужчинами. Лишь с началом эпохи Ренессанса, когда медицина избавляется от схоластического влияния церкви как главного института средневековой Европы был снят запрет на исследования трупов и стали активно накапливаться знания об анатомии человека, акушерство и связанные с ним осложнения сделали большой шаг вперёд в своём развитии.

### Начало начал

Деятнадцатое столетие характеризуется стремительным развитием многих разделов медицинской науки, в том числе и акушерства. В России это происходит несколько позже, чем в других европейских странах. Основателем нашего акушерства Нестор Амбодик-Максимович успевает принять участие в создании в 1797 г. Повивального института при «императорской родильне», но пока только на 20 коек.

Однако лишь за несколько лет до его смерти в 1812 г. Вильгельм Рихтер создаст Повивальный институт и родильный госпиталь при Московском государственном университете, а в Медико-хирургической академии (ныне Военно-медицинская академия им. С.М.Кирова) в Санкт-Петербурге откроется акушерская клиника и появится первый профессор по акушерству. В будущем из стен этого учебного заведения выйдет не один блестящий акушер и гинеколог.

Перед первыми профессиональными акушерами стоят серьёзные задачи – как снизить материнскую смертность от инфекции и кровотечения, как выполнить кесарево сечение и сохранить жизнь матери, как снизить акушерский травматизм, который ведёт в том числе и к образованию мочеполовых свищей. А ведь есть также и гинекология, которая хоть пока и формально связана с акушерством, но скоро обособится в отдельную науку, задачи которой весьма далеки от акушерских. Вот в это время и берёт своё начало хирургия акушерских свищей.

### С акцентом на гинекологию

В 1844 г. Повивальный институт, созданный при участии Н.Амбодика-Максимовича, уже стал Императорским клиническим повивальным институтом. В нём открывается первый в России «лазарет» для лечения гинекологических больных. Он рассчитан всего на 6 коек, но консультирует в нём сам Николай Иванович Пирогов. Именно Н.Пирогов выполняет первую успешную фистулопластику пузырно-влагалищного свища в России.

В 1863 г. Герасим Савостичский, хирург и акушер, начинавший свою хирургическую деятельность в клинике профессора Ф.Иноземцева, получил звание доктора медицины за диссертационную работу «О лечении мочевых свищей у женщин». В 1886 г. профессор В.Снегирёв открыл гинекологическое отделение в Басманной больнице (бывшая столичная ГКБ № 6, закрытая к настоящему времени), а ещё через 3 года основал гинекологическую клинику Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. В своей монографии «Маточные кровотечения», вышедшей в 1884 г., которая считается первым руководством по гинекологии в России, он подчеркнул, что анатомическая близость женских

В.Груздева «К терапии пузырно-влагалищных свищей», в которой он указывал на исключительную трудность успешного лечения этого заболевания. В 1922 г. была опубликована работа «Этиология и лечение пузырных свищей», где представлены результаты лечения 204 пациентов.

### Грани большой хирургии

В одно время с Н.Феноменовым, только на курс младше, обучение в Медико-хирургической академии проходил Дмитрий Отт. Окончив с отличным обучением, он продолжил своё совершенствование в области акушерства и гинекологии в ряде ведущих европейских клиник. Вернувшись в Россию, он через некоторое время возгла-

вил гинекологическое отделение в Императорском клиническом институте, а в 1893 г. был назначен директором Императорского клинического повивального института. За годы его руководства Д.Отт стал признанным акушером-гинекологом с мировым именем.

### С междисциплинарным подходом

Нетрудно заметить, что мочеполовыми свищами занимаются в равной степени и акушеры, и гинекологи, и урологи, и хирурги. Само название заболевания говорит о том, что оно находится на

стыке двух систем органов, и как понять, кто же должен здесь быть лидером? Самый разумный выход – создать новую клиническую дисциплину и новую специальность, в задачи которой и входило бы лечение этого тяжёлого заболевания. Не случайно ещё в 1855 г. в Нью-Йорке был открыт первый в мире специализированный госпиталь на 30 коек для больных с мочеполовыми свищами.

Урогинекологией должны овладеть специалисты, имеющие как акушерско-гинекологические, так и урологические знания. Надо рассматривать изменения в мочевой системе у женщин при различных патологических состояниях половой системы, во время беременности и в послеродовом периоде, а также травмы мочевых путей во время акушерских и гинекологических операций.

К аналогичным идеям в нашей стране пришёл Давид Атабеков. В 1924 г. он организовал в бывшей Старо-Екатерининской больнице специализированную клинику, которой заведовал несколько десятилетий. В 1928 г. под его авторством вышла монография «Повреждения и функциональные расстройства мочевых путей у женщин и оперативное их лечение». Им была рассмотрена собственная методика выполнения фистулопластики пузырно-влагалищных свищей. В монографии Д.Атабекова, несмотря на свою инновационность, всё же были представлены лишь некоторые урогинекологические заболевания, и поэтому в скором времени она перестала удовлетворять требованиям.

### Хирургия развивается

В настоящее время кафедрой урологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова руководит главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы член-корреспондент РАН Дмитрий Пушкарь. Он опубликовал и представил многолетний опыт клиники в Европе и США. Внедрены в клиническую практику самые современные методы диагностики и лечения, в том числе с использованием роботической хирургии.

Разумеется, в этом материале приведены лишь самые важные этапы в изучении проблемы мочеполовых свищей. Из него видно, что основные идеи хирургических методик были сформулированы во второй половине позапрошлого века, однако в течение минувшего столетия большое количество специалистов во многих странах мира, в том числе и в России, развивали и дополняли эти идеи.

Были разработаны модификации операций и предложены новые варианты оперативных пособий, усовершенствовано оборудование операционной, инструментарий, получены новые шовные материалы, шло совершенствование методов диагностики. За прошедшие годы изменился характер свищей: если вначале они были в основном акушерские, то затем акцент сместился в сторону свищей, возникших как осложнение различных гинекологических операций и лучевой терапии.

Это потребовало пересмотра ряда аспектов хирургического лечения. Поэтому хирургия мочеполовых свищей не стоит на месте и продолжает развиваться и в настоящее время.

**Михаил ГВОЗДЕВ,**  
доктор медицинских наук,  
доцент кафедры урологии  
Московского государственного  
медико-стоматологического  
университета им. А.И.Евдокимова.

### В клиниках и лабораториях

# В области малого таза

## Лечение мочеполовых свищей – от древности до наших дней



половых органов к мочевому пузырю отражается на состоянии последнего. Будучи блестящим хирургом, В.Снегирёв выполнял не только сугубо гинекологические операции, но и пластические операции по поводу цистоцеле и ректоцеле, а также пластику мочеполовых свищей, которую в начале своей деятельности он выполнял по методу кровоснабжения, а затем отдавал предпочтение методу расщепления.

Сторонником нового метода оперирования пузырно-влагалищных свищей был также Николай Феноменов. Выпускник Медико-хирургической академии, в 1880 г. он защитил диссертацию на степень доктора медицины на тему «К учению о кифотическом тазе и разрыве симфиза во время родов», а ещё через 3 года прошёл обучение в ряде ведущих европейских клиник. В 1885 г. Н.Феноменов был избран профессором Казанского университета по кафедре акушерства и женских болезней, за время заведования которой смог создать на базе университетской клиники образцовое родовспомогательное учреждение.

Его дело в Казанском университете продолжил Викторин Груздев, где он трудился в должности профессора на протяжении 38 лет. Среди широкого круга научных интересов, которые включали как исследование иннервации женских половых органов, так и вопросы лечения злокачественных новообразований шейки матки и яичников, значимое место занимали мочеполовые свищи. Эта проблема была и оставалась широко распространённой в России, несмотря на развитие акушерской помощи. В 1904 г. вышла статья

Используя сконструированные им инструменты – длинные зеркала, дополненные осветительными приспособлениями, и операционный стол с наклонной плоскостью, – он предложил осматривать органы брюшной полости через влагалище. Это станет началом развития эндоскопической хирургии не только в России, но и в мире. Через несколько лет им будет выполнена эндоскопическая чрезвлагалищная аппендэктомия, а затем и удаление миомы матки.

В контексте рассматриваемой темы Д.Отт также известен как автор методики ушивания пузырно-влагалищного свища, суть которой заключается в кольцевидном освобождении рубцовых краёв, что увеличивало эффективность операции. В 1894 г. он предложил оригинальную операцию для реконструкции уретры при её деструкции, известную как подковообразная уретропластика по Отту. Эта операция стала одной из наиболее эффективных среди многочисленных реконструктивных операций на уретре. Д.Отта по праву можно считать одним из тех людей, которые внесли большой вклад в развитие новой клинической дисциплины – урогинекологии, которая рассматривает заболевания и повреждения мочеполовой системы у женщин.

Знаменитый хирург Сергей Спасокукоцкий известен своими многочисленными достижениями в различных областях хирургии – это и операции на желудке, печени, желчных путях. В разные годы он занимался вопросами торакальной хирургии, нейрохирургии, проблемой переливания крови. Такой широкий охват раз-

личных областей хирургии можно объяснить тем, что в начале своей карьеры хирурга он в течение 12 лет заведовал хирургическим отделением Смоленской земской больницы, где можно было столкнуться с абсолютно любой хирургической патологией. В том числе и с пузырно-влагалищным свищом. В 1903 г. он опубликовал работу «О зашивании мочевых свищей у женщин».

Задачу написания всестороннего руководства взял на себя ученик прославленного Д.Отта Александр Мажбиц, который на протяжении нескольких десятилетий работы усовершенствовал ряд урогинекологических операций, выполняя их преимущественно влагалищным доступом.

В 1936 г. А.Мажбиц выпускает фундаментальное руководство «Акушерско-гинекологическая урология с атласом». В дальнейшем свой опыт работы в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР, а также на кафедрах акушерства и гинекологии Архангельского медицинского института и Новокузнецкого института усовершенствования врачей лёг в основу выпущенного им в 1964 г. руководства «Оперативная урогинекология».

### Всем – на обозрение

В 1936 г. А.Мажбиц выпускает фундаментальное руководство «Акушерско-гинекологическая урология с атласом». В дальнейшем свой опыт работы в Институте акушерства и гинекологии АМН СССР, а также на кафедрах акушерства и гинекологии Архангельского медицинского института и Новокузнецкого института усо-

вершенствования врачей лёг в основу выпущенного им в 1964 г. руководства «Оперативная урогинекология».



Взгляд

## Расходы или экономия?

Канадское агентство по лекарственным средствам и технологиям здравоохранения (CADTH) опубликовало отчёт об экономической приемлемости применения так называемой **сопутствующей диагностики, то есть диагностических тестов, проводимых in vitro для определения биомаркеров, которые позволяют персонализировать лекарственную терапию для пациента.**

В настоящее время такие тесты широко используются в онкологии, а также для подбора терапии ВИЧ, ревматоидного артрита, гепатита С. Сопутствующая диагностика обычно нацелена на выявление подгрупп больных, которые с наибольшей вероятностью получат пользу от лечения или характеризуются высоким риском развития неблагоприятных побочных эффектов.

Среднегодовой темп роста рынка, состоящего из целевых методов лечения и сопутствующей диагностики, составляет 9-10%.

Ожидается, что к концу этого десятилетия мировой рынок сопутствующей диагностики резко возрастет и среднегодовой темп роста достигнет 20%.

Эксперты агентства изучили национальные международные (США и ЕС) регуляторные процессы, обеспечивающие одобрение сочетанного использования лекарственных препаратов и сопутствующей диагностики, а также их финансирование.

В целом стоимость диагностического теста невелика по сравнению с затратами на лечение. В среднем один такой тест, определяющий чувствительность к препарату, стоит 450-500 долл. При этом годовая стоимость лечения тем же препаратом варьируется от 70 до 80 тыс. долл. В этой связи, как считают эксперты CADTH, обязательное использование сопутствующей диагностики не окажет серьёзного влияния на бюджет лекарственных программ, финансируемых государством.

Анна КРАСАВКИНА.  
По информации Daily Mail.

Однако

**Точности ради, следует заметить, что потеря вкуса — заболевание, именуемое авгезией, обычно имеет временный характер, и вскоре вкусовые ощущения восстанавливаются. Что же касается anosмии — потери обоняния, — то такое состояние, весьма отрицательно влияющее на психику, переносится трудно. Действительно, ощущение вкуса и запахов в незначительной степени связано с памятью, и их потеря обедняет эмоциональный мир человека.**

Иерусалимский медицинский центр «Адасса Эйн-Керем» совместно с кафедрой стоматологии медицинского факультета Ивритского (Иерусалимского) университета создали в стенах центра специальную клинику для пациентов с расстройствами вкусовых и обонятельных ощущений. Среди работающих в клинике специалистов — представители разных медицинских профессий: неврологи, терапевты, стоматологи, оториноларингологи, челюстно-лицевые хирурги, онкологи и гастроэнтерологи.

Заведующий кафедрой стоматологии медицинского факультета университета профессор Дорон

## Вернуть ощущения вкуса и запаха

Афрамян на церемонии открытия клиники подчеркнул тот факт, что от проблем, связанных с потерей ощущений вкуса и запаха, страдают около 2% населения всего мира. Причём у лиц старше 65 лет это число возрастает до 50%. Основными причинами такого рода расстройств профессор Афрамян считает воспаление придаточной пазухи носа, полипы, побочные эффекты от приёма определённых лекарств, радиационное облучение и психические болезни.

В беседе с корреспондентом «МГ» профессор Афрамян сказал: «Люди, страдающие авгезией и anosмией, не только не могут ощутить аромата цветов, продуктов, но и подвергаются риску пострадать от утечки газа или пищевого отравления».

По мнению учёного, отсутствие обоняния само по себе снижает пищевые ощущения на 70%. Поэтому такие больные теряют аппетит и

всё. Пищевое поведение у них может измениться в принципе. Утрата обоняния особо опасна для беременных, ибо плод в утробе матери использует запахи и вкусы, чтобы отличить питательные вещества от токсинов. Но и это ещё не всё.

Снижение способности ощущать запахи и вкус может быть признаком таких ещё не диагностированных у обратившихся пациентов заболеваний, как болезнь Паркинсона, инсульт и некоторые другие.

Профессор не сомневается, что в ряде случаев утрата человеком ощущений вкуса и запаха может быть настолько значительной, что, согласно критериям «Битвах леуми» (Институт национального страхования), больные с такими диагнозами будут признаны инвалидами.

Захар ГЕЛЬМАН,  
соб. корр. «МГ».

Иерусалим.

Эксперименты

## Хромосомные модификации

Учёным удалось заменить 30% генома пекарских дрожжей искусственно созданными хромосомами. Научную группу из более чем 200 человек возглавлял Джеф Боке из Медицинской школы Лангона Нью-Йоркского университета (США). Примечательно, что это первый в науке случай, когда целых 5 хромосом заменили синтетическими аналогами. Проект, в рамках которого ведётся эта работа, носит название **Synthetic Yeast Project (Sc2.0)**. Уже к концу этого года команда из США, Китая, Франции и Шотландии планирует полностью заменить геном дрожжей искусственным аналогом, для чего необходимо синтезировать ещё 11 хромосом — всего в микроорганизме *Saccharomyces cerevisiae* их 16.

Пекарские дрожжи были выбраны для экспериментов потому, что их геном достаточно хорошо изучен, а кроме того, их клетки по многим признакам похожи на клетки человека, но с ними гораздо проще работать. Первая искусственная хромосома пекарских дрожжей (syn III) была создана в марте 2014 г. — для этого потребовалось «собрать» её из 272 871 базовых пар, химических единиц, из которых состоит

ДНК. Новая работа описывает ещё 5 — syn II, syn V, syn VI, syn X и syn XII.

Ранее было необходимо завершить создание одной искусственной хромосомы, чтобы приступить к следующей, но сейчас учёные стараются максимальное число процессов вести параллельно. Ещё одна часть исследования посвящена обзору 3D-структур синтетических хромосом внутри клетки.

Специалисты, подобно программистам, могут изменять хромосомы, добавляя к ним нужные участки или извлекая ненужные. Созданные учёными синтетические заменители «удобнее» натуральных аналогов, так как их легче модифицировать. Хотя создано уже 6 синтетических хромосом, пока в одну клетку удалось ввести только 3 — об этом рассказано в статье Лесли Митчелл, коллеги Дж.Боке по Медицинской школе Лангона.

Чтобы «извлечь» одну хромосому, необходимо исследовать тысячи изменений, которые могут с ней происходить. Учёные выбрали нужные свойства, изучая базы данных различных штаммов пекарских дрожжей. Во время всего процесса синтеза они применяли компьютерное моделирование. После того, как научные сотрудники определились с нужными изменениями, они начали конструировать сперва короткие участки синтетической

ДНК, а затем из коротких — более длинные.

Каждая хромосома состоит из десятков и сотен тысяч базовых пар, и несмотря на то, что, например, специалистам из Университета Синьхуа (Tsinghua University) в Китае удалось создать последовательность более чем из миллиона пар (над ней работало 6 команд учёных), а потом превратить её в нужную молекулу, этого всё равно слишком мало, чтобы сделать молекулу человеческого генома. Китай, что характерно, в настоящее время занимает второе место после США по количеству успешно синтезированных хромосом дрожжей — китайские учёные смогли синтезировать четыре хромосомы.

Кроме всего прочего, эксперименты показали, что настолько радикальные изменения не убивают микроорганизмы. Дж.Боке рассказал, что клетки пекарских дрожжей выживали в опытах, где части ДНК-кода переносили из одной хромосомы в другую или даже заменяли часть ДНК-последовательности от одного штамма соответствующей частью от другого.

Марк ВИНТЕР.  
По информации Science Daily.

Иген

**Исследование головного мозга поможет выявить людей, пострадавших даже от лёгких сотрясений мозга. Об этом рассказали на примере небольшого исследования учёные из Медицинской школы Университета Джона Хопкинса в Балтиморе (США). Специалистам с помощью позитронно-эмиссионной томографии удалось выявить определённый биомаркер, ассоциированный с травмами мозга. В процессе обследования участников сотрудники университета обнаружили, что от травм пострадал мозг даже у самых юных из них, причём, возможно, сотрясения произошли достаточно давно — ещё во времена, когда те играли в командах университета или даже школы.**

## Самый нежный орган

Всего в исследовании принимали участие 14 игроков Национальной футбольной лиги (NFL), 10 из них уже завершили карьеру, 4 продолжали играть. У каждого из них было зафиксировано хотя бы одно сотрясение мозга (в среднем около 7 лет назад). В качестве контрольной группы выступали 16 человек, опыта сотрясений не имевших и спортом не занимавшихся. По результатам ПЭТ учёные измерили у всех участников уровень белка TSPO, который, как предполагалось ранее, выделяет мозг в качестве реакции на травму. У группы футболистов этот уровень был выше, а также наблюдались изменения в мозгах.

Старший автор исследования Мартин Помпер пояснил, что изменения в количестве белка TSPO были достаточно большими, чтобы их можно было измерить. Учёный добавил, что даже несмотря на то,

что в работе участвовало малое число людей, можно с уверенностью сказать, что в будущем возможно будет использовать ПЭТ, чтобы выявить спортсменов из группы риска — тех, у кого после травмы головы могут возникнуть неврологические или психиатрические проблемы.

Одна из основных проблем с оказанием медицинской помощи спортсменам после сотрясения мозга состоит в том, что полная картина поражения может быть не ясна, пока спортсмен ещё жив. Например, хроническая травматическая энцефалопатия диагностируется только при вскрытии. Результаты исследования, возможно, помогут разработать новый метод диагностики, а в дальнейшем, может быть, и лечения.

Герман АКОДИС.  
По информации Reuters.

Исследования

**Биохимические реакции, провоцирующие развитие болезни Альцгеймера, могут начаться ещё в пренатальном периоде или сразу же после рождения ребёнка. Об этом сообщили исследователи из Университета Британской Колумбии (Канада). Группой учёных руководил профессор психиатрии Вейхонг Сонг. Открытия также показали, что витамин А в виде пищевых добавок может быть полезен для замедления развития нейродегенеративного заболевания, если у новорождённого уровень этого витамина в организме слишком низок.**

Исследование основывалось на более ранних научных работах, которые показали, что недостаток витамина А может стать причиной ухудшения работы когнитивной

## Нейропротективная диета

функции мозга. Канадские учёные изучили эффект депривации витамина в пренатальном и постнатальном периодах с помощью экспериментов на мышах. Эти периоды — до рождения и сразу после — критически важны, так как в это время ткани мозга «программируются» на всю оставшуюся жизнь.

Специалисты выявили, что даже умеренный дефицит витамина А приводил к увеличению объёмов производства бета-амилоидов — белков, формирующих бляшки, которые мешают нейронам обмениваться сигналами, «душат» нервные клетки и в конечном итоге убивают их. Кроме того,

мыши, испытывавшие недостаток витамина А, во взрослом возрасте хуже справлялись с заданиями на обучение и память.

Учёные также сравнили две группы мышей. В первой группе животные, будучи ещё эмбрионами, не получали достаточного количества этого витамина, но потом, в детском возрасте, их диета была сбалансирована, и её витаминный состав соответствовал потребностям мышат. Особи из второй группы получали нужное количество витаминов в пренатальном периоде, но недостаточное в детском возрасте. В итоге первая группа мышей справилась с когнитивными тестами хуже, чем

вторая. Таким образом, ущерб организму был нанесён ещё на стадии внутриматочного развития.

Впрочем, В.Сонг и его коллеги отметили, что эффект был частично обратимым — при одинаковом недостатке витамина А до рождения с тестами лучше справлялась та группа, которая получала этот витамин в достаточном количестве сразу после появления на свет. В некоторых случаях, подчеркнул профессор Сонг, витаминные пищевые добавки помогли снизить темпы производства бета-амилоидов в мозгу животных, память и обучаемость у таких животных несколько улучшались.

Учёные заявили, что наличие связи между недостатком витамина А и развитием нейродегенеративных заболеваний характерно и для людей. Специалисты обследовали 330 пожилых и обнаружили, что у тех из них, в чьих организмах витамина А было недостаточно, были проблемы с когнитивной функцией в 75% случаев — против 47% у тех, кто получал нужное количество этого витамина с пищей.

Исследователи предупредили, что недостаток витамина А во время беременности не следует нивелировать с помощью пищевых добавок, так как чрезмерное его количество также может навредить организму. Вместо этого они предложили будущим мамам следить за питанием — включить в свой рацион побольше овощей и фруктов.

Алина КРАУЗЕ.  
По информации Medical Xpress.



## Гипотезы

## Загадки извилин

**Во время реконструкции Института психиатрии общества Макса Планка в Мюнхене были найдены десятки заспиртованных человеческих мозгов и их фрагментов. Мозги принадлежали людям, умерщвлённым нацистами, и входили в коллекцию врача и нейробиолога Юлиуса Галлервордена, проводившего эксперименты по «улучшению человеческой расы».**

Галлерворден, член Национал-социалистической немецкой рабочей партии, возглавлял кафедру невропатологии Института исследования мозга им. кайзера Вильгельма (сейчас он носит имя Макса Планка). Вместе со своим коллегой психиатром Хуго Шпатцем в 1922 г. он впервые описал нейродегенеративное заболевание, связанное с накоплением железа в базальных ганглиях головного мозга. Впоследствии этот недуг и получил название синдрома Галлервордена – Шпатца.

Базальными ганглиями называются нейронные подкорковые узлы, расположенные в центральном белом веществе мозговых полушарий и состоящие из полосатого тела, стриатума и чечевицеобразного ядра. Они отвечают за регуляцию двигательных и вегетативных функций (дыхание, работу сердечно-сосудистой системы). Также базальные ганглии участвуют в интегративных процессах высшей нервной деятельности.

Слишком большая концентрация железа в базальных ганглиях нарушает их работу, что приводит к моторным дисфункциям и психическим расстройствам. Болезнь это весьма редкая и встречается всего у трёх человек на миллион. Недуг носит наследственный характер, будучи связан с мутацией PANK2-гена, расположенного в 20-й хромосоме. Чаще всего болезнь проявляется в детстве или юности, реже – после 18-20 лет.

Симптомы обычно прогрессируют, и через 6-10 лет после первого их проявления больная превращается в полного инвалида.

Учёные сделали своё открытие, исследуя препараты, изготовленные из мозга казнённых жертв Холокоста, политзаключённых, а также умственно отсталых немцев (их по приказу Гитлера тоже уничтожали). Известно, что часть биологического материала Галлерворден получал от печально знаменитого Йозефа Менгеле – врача, прославившегося своими жестокими медицинскими опытами над заключёнными. Нередко это был мозг, извлечённый у убитых детей и подростков. Иногда Галлерворден самолично вскрывал тела и извлекал «препарат». «Я получаю мозг. Как он попадает в мой институт – это не моё дело», – заявлял он.

Стоит отметить, что после окончания Второй мировой войны Галлерворден и Шпатц продолжили работу в Институте Макса Планка. Никто их так и не осудил, посчитав достаточным то, что лично они никого не убивали.

В настоящее время сотрудники института занимаются изучением образцов, чтобы по возможности определить, кому они принадлежали, а также причину смерти их обладателей. После исследований останки будут захоронены в братской могиле.

Между тем препарирование человеческого мозга – не такая уж редкость. Очень часто в распоряжении учёных оказывается мозг выдающихся людей, который они исследуют в надежде выяснить, что же в нём такого особенного. Например, несколько лет назад была выдвинута гипотеза, что гениальность знаменитого физика Альберта Эйнштейна являлась следствием мозговой аномалии.

Эйнштейн скончался в ночь на 18 апреля 1955 г. от аневризмы аорты. После кончины его тело в соответствии с завещанием кремировали,

а прах развеяли по ветру. Семья учёного дала разрешение на извлечение мозга из черепной коробки, и его передали для исследований в Принстонский госпиталь. Часть срезов мозга Эйнштейна считалась потерянной, пока в 2010 г. они не отыскались в одной из частных коллекций.

В 2012 г. антропологи Университета Флориды (США) решили сравнить мозг Эйнштейна, разделённый на 240 блоков и хранящийся в лабораторных условиях, с мозгом 85 людей, обладающих средним интеллектом. Оказалось, что соматосенсорная, теменная, височная, префронтальная и затылочная части мозга великого физика действительно существенно отличаются от «контрольных» образцов. Именно это, по словам экспертов, и обусловило наличие у учёного экстраординарных мыслительных способностей.

Препарировали после смерти и мозг вождя пролетариата В.Ленина. Если верить некоторым источникам, к моменту кончины он превратился в сгусток извести. Удивительно то, что специалистами было установлено: произошло это, когда Владимир Ильич был ещё вполне работоспособен!

Человеческий мозг по-прежнему таит в себе множество загадок для учёных и медиков. Так, к примеру, сегодня многие, в том числе и широко известные люди, подписывают контракты с частными некоммерческими организациями о заморозке своего мозга. Такие проекты криоконсервации, то есть сохранение тел людей и животных после смерти в жидком азоте в надежде на то, что впоследствии их удастся оживить, сегодня очень популярны на западе. Энтузиасты предполагают: если мозг умершего человека не сможет в будущем «воскреснуть» физически, то, возможно, удастся хотя бы сделать с него волновой слепок, который будет храниться в компьютере в ожидании «пересадки» в новое тело.

Кирилл ОРЛОВ.  
По информации ВВС.

## Ну и ну!

## Таблетки-батарейки

**Электронные таблетки – не фантастика, а реальность. Чаще всего их используют для диагностики различных заболеваний.**

Исследователи уже придумали пилюли, оборудованные видеокamerой, созданы ползающего робота из мяса, который становится активен при попадании в кислотную желудочную среду, – и это далеко не полный список устройств. Их перечень, однако, может существенно расширяться после того, как медицинские устройства начнут снабжать съедобными батарейками, которые сейчас разрабатывает Кристофер Беттингер и его коллеги из Университета Карнеги – Меллон (США).

Учёные создают батарейки, которые будут безопасны при проглатывании. Основу устройства составляет пигмент меланин, присутствующий в коже и волосах.

Ян РИЦКИЙ.

По информации popsci.com.

## Инициатива

## Из будущего – в настоящее

**Японские учёные впервые в мире провели успешную пересадку индуцированных стволовых клеток одного человека другому. Об этом сообщили в пресс-службе Японского института естественных наук Riken.**

Так, в медицинском центре города Кобе 60-летнему пациенту, страдающему экссудативной возрастной макулярной дегенерацией, были пересажены донорские клетки, а не плюрипотентные, полученные из собственных зрелых клеток пациента. По заявлению учёных, операция прошла без осложнений, и на данный момент клетки не были отторгнуты новым организмом.

По словам руководителя группы учёных Масею Такахаши, потребу-

ется несколько лет, чтобы определить была ли успешной операция. Год пациент будет под наблюдением врачей, после чего ещё 3 года будет проходить проверки.

В Японии, что характерно, в 2014 г. уже проводилась подобная операция, однако тогда пациентке пересадили клетки сетчатки глаза, полученные из её плюрипотентных клеток.

Группа учёных планирует провести ещё 5 операций по пересадке донорских стволовых клеток. Для этого уже отобраны ещё 5 кандидатов в возрасте от 50 и 85 лет, страдающих макулярной дегенерацией.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации Japan Times.

## Ракурс

## С акцентом на главное

**Медицинские ошибки – одна из серьёзных проблем, угрожающих здоровью пациентов. В США ежегодно происходит 1,5 млн инцидентов, связанных с неправильным употреблением лекарственных средств. Исследования показывают, что часто причиной передозировки является то, что больной неправильно воспринял информацию, размещённую на упаковке безрецептурного препарата. Особенно часто страдают пожилые люди.**

В Университете Осло (Норвегия) решили посмотреть, что будет, если изменить дизайн упаковок с привычного на новый, визуально выделив действующее вещество лекарства и данные о необходимой дозе.

Тор Эндестад, один из авторов научной работы, пояснил, что, хотя рекомендации по дизайну упаковки и существуют, они не дают гарантии, что пациент правильно поймёт написанную на ней информацию. По словам учёного, данные могут быть размещены самыми разнообразными способами и в некоторых случаях даже противоречить друг другу. Эндестад и его коллеги проверили, можно ли снизить количество ошибок (в частности, передозировок), если представить информацию на упаковке иначе.

Исследователи собрали 84 человек в возрасте от 18 до 86 лет и показали им несколько изображений оригинальной упаковки дженерика.

Борис БЕРКУТ.

По информации EurekAlert.

## Версии

**Мужчины с I группой крови в 4 раза реже страдают от импотенции или эректильной дисфункции, чем представители сильного пола с другими группами крови. К такому выводу пришли исследователи Университета Орду (Турция), проанализировав состояние 350 мужчин 60-летнего возраста.**

Как известно, I группу крови имеют примерно 44% всех мужчин. Представители сильного пола, входящие в группу риска развития импотенции, составляют большую часть мужского населения планеты. Примечательно, что эректильной дисфункцией страдает каждый десятый мужчина мира, а после 40 лет их количество превышает треть мужского населения. Хотя лекарственные препараты улучшают ситуацию, примерно 30% мужчин, которые принимают стимулирующие средства, не ощущают никакого эффекта.

До сих пор врачи считали, что эректильная дисфункция связана в основном с образом жизни, с такими факторами, как курение, избыточный вес и высокое кровяное давление. Но согласно новым данным, сексуальные расстройства присущи людям просто по факту их рождения. Исследователи разделили добровольцев на две группы в зависимости от сексуального здоровья.

От каждого испытуемого был получен образец крови. В результате выяснилось, что лишь 16% обладателей I группы жалуются на проблемы с эрекцией, в остальных группах уровень сексуальных расстройств достигает 42%. Эти

## «Мужская» кровь



различия остаются статистически значимыми независимо от того, курят ли респонденты, ведут ли здоровый образ жизни и страдают ли высоким давлением.

Что характерно, согласно предыдущим исследованиям, группа крови определяет риск развития не только сексуальных расстройств, но и заболеваний сердца, рака, бесплодия и язвы желудка – здесь также лидируют мужчины с I группой. Предположения о влиянии группы крови на половые функции мужчин появились почти 100 лет назад, однако как связаны эти явления, непонятно до сих пор. Согласно одной из гипотез, люди с I

группой крови имеют более низкий генетический риск развития болезней, например реже страдают от высокого уровня холестерина, перекрывающего приток крови к сердцу и гениталиям.

Таким образом, отмечают эксперты, людям с кровью типа А, В или АВ необходимо больше заботиться о своём здоровье, больше прибегать к физическим упражнениям и следить за питанием. Это позволит им надолго сохранить здоровье, обеспечить нормальную работу сердца и полноценную сексуальную жизнь.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По сообщению Reuters.



Попытка творцов Средневековья проникнуть во внутренний мир человека ознаменовалась персонализацией каждого субъекта, сопровождающейся пониманием движений его души. Психологический портрет становился всё более уникальным, личностным. И это легло в основу понимания неповторимости каждого субъекта. В искусстве начали появляться изображения, обладающие индивидуальными чертами, портретными и психологическими характеристиками. Люди обретали лицо. Судьбы становились персональными.

### От Бога – к человеку

Мыслители Ренессанса противопоставили тленный мир Земли вечному миру Небес. Связующим звеном этой системы стал человек, двойственная природа которого обусловила его двойную сущность, реализуемую и в социуме на Земле, и в вечной жизни на Небесах. Предметом философии стала земная жизнь человека, задачей – раскрытие гармонии не только духовной, но и материальной составляющих его сущности. Новая этика основывалась на симфонической гармонии единства тела и души.

Культура и наука обретали всё более светский характер и содержание. Идеализированный лик иконы стал неприукрашенным лицом портрета. Интеллектуалы увидели в философии не «служанку религии», а её сестру, считая, что философия должна стать «учёной религией», открывающей истины, заключённые в вере. Молитва укрепляет дух; ум же прибывает знанием. Философия спускалась с Небес на Землю. Оставив вертикаль богословия теологам, она углубилась в горизонталь мира природы и человека, которому к этому времени уже было о чём подумать не только в религиозном аспекте бытия, но и в плане частного быта.

Музыкальная мысль уже тоже лежала немного в стороне от содержания, предлагаемого мессой. Изменение мироздания и мироустройства потребовало уточнения. Сумбур, всегда сопровождающий изменение парадигмы, стимулировал мысль. Для того чтобы снова структурировать и упорядочить время и пространство, следовало создать новую систему, которая связала бы усложнившееся и не всегда теперь легко согласуемое звучание отдельных (индивидуальных) нот в ассонанс аккордов, аккомпанирующих новой полифонической эпохе. Новые идеи потребовали новых форм выражения.

Тем не менее в эпоху Ренессанса месса оставалась самым крупным музыкальным жанром. В то же время светская музыка ещё более приплясывала, нежели думала. Музыкальная мысль этого времени была легковесной, игривой и слегка жеманной, как и сама эпоха рококо, и ещё не могла конкурировать с интеллектуальной мощью мессы, с её глубокими эмоциями. Тем не менее со временем в связи с развитием инструментальной музыки (соната, концерт, сюита) на мессу начали влиять оперный и концертный стили; и на рубеже XVII века она уступила ведущую роль опере, продолжая существовать наряду с ней.

### Время Канта

К середине XVIII века Просвещения, времени расцвета и роста влияния на умы мыслящей (просвещённой) публики трудов французских материалистов-энциклопедистов, философия считалась одной из естественных наук. Материализм Д. Дидро и

его последователей не слишком интересовался туманом метафизики, предпочитая ей хорошо просматриваемые тропы физики. Чётких различий между естествознанием и философией не было. Крупнейший английский мыслитель Д. Юм рассматривал философию как «науку о человеческой природе», аналог физики

этими сферами, найдя для них общий знаменатель, создав стройную философскую симфонию. В восемьдесят лет жизни Канта уместились труды, объединившие спекулятивную оригинальность Платона и энциклопедичность Аристотеля.

Человек, ростом в 157 см, оказался великаном интеллек-

системой, упорядочившей гораздо более разнообразные, чем в эпоху Средневековья, звуки, найдя знаменатель гармонии в шуме времени раннего капитализма. (Именно в эту эпоху Руссо разработал свой «Общественный договор», ориентированный на либеральный республиканизм и ставший одним из опорных кам-

83 квартета, дуэты, сонаты...), но последние 5 лет его жизни не ознаменовались созданием сколько-нибудь значительных произведений. С 1803 г. он не сочинил ни строки, живя уединённо в своём венском доме. «Помимо общей физической слабости, возрастающей потери памяти, головных болей и головокружения,

### Болезни великих

# Общий знаменатель

Поиск мировой гармонии объединил философа и композитора. Объединила их и утрата разума...



И. Кант

И. Ньютона, по сути, сведя её задачу к изучению познания, исследуемому современной психологией в качестве проблемы «разума и мозга».

А потом пришло время И. Канта, осуществившего поворот в метафизике Нового времени и провозгласившего абсолютную ценность человеческой личности. Философ предложил в качестве основного дискурса – размышление о пределах человеческого знания и творческих возможностей, открывающихся в процессе познания. В письме к К. Штойдлин (4 мая 1793 г.) Кант говорил о своей концепции, состоявшей в решении трёх задач: 1. Что я могу знать? (метафизика); 2. Что я должен делать? (мораль); 3. На что я смею надеяться? (религия). За этим следовала 4-я проблема: что такое человек? (антропология). Элементарный контент-анализ этого концепта-конспекта обозначает формально равную значимость проблем антропологии и религии для философии Канта: оба слова упомянуты однократно, как и слово «человек», – при том, что слово «бог» не произнесено ни разу. Персональность этой философии очевидна: слово «я» прозвучало здесь трижды. Европейская философия существенно отделилась от теологии, найдя для себя новую и плодотворную сферу деятельности.

К критическому идеализму Канта, так или иначе, восходят почти все разновидности современной философии. Его идеи продолжают трансформироваться, но неизменно сохраняют актуальность. Их можно оспаривать, но нельзя обойти; о них можно споткнуться, но можно и оттолкнуться от них, как от трамплина: они часто становятся отправной точкой для дальнейшей путешествия философов. И более всего воображение немецкого мыслителя занимали две вещи: «...звёздное небо над головой и моральный закон внутри нас». Столь широкий разброс интеллектуальных устремлений кажется внутренне противоречивым, но это не так: мощная система Канта выстроила гармоничные отношения между

туальных пространств, изменив тренд философии на годы вперёд.

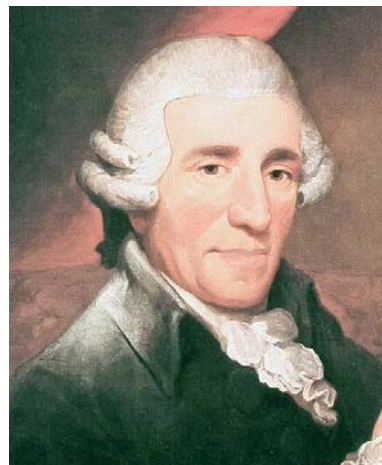
Пришедшая эпоха изменила парадигму, основные принципы которой заметно отличались от средневековых устоев. Антропоцентризм поменял смысл бытия человека, состоявший прежде в бессмертии его души и приуроченности (подготовленности) к этому статусу. Теперь смыслом оказался сам homo sapiens, точнее – его телесная сущность, на которую обратили пристальное внимание философы Возрождения, сказав о единстве духовной и телесной сфер жизни человека. Но со временем монолит «единства» сменился пропорцией формального паритета. Комфорт и мини-мизация земных лишений (здесь и сейчас) постепенно становились важнее бессмертия души (где-то там и неведомо когда...) Смыслом обернулось то, что прежде оставалось лишь целью. Общий знаменатель всё заметнее был кратен человеку. Бог всё в большей мере превращался в мнимое число, придуманное учёным эпохи Ренессанса Д. Кардано для удобства некоторых вычислений. (В математическом процессе мнимое число сокращается, не влияя на результат). В итоге современный Кант П. Лаплас сообщил, что для создания своей теории он «не нуждался в гипотезе Бога». Новый философский подход модифицировал систему прежних ценностей и приоритетов, что не могло не сказаться и на музыке.

### Эпоха Гайдна

А потом пришла эпоха Франца Йозефа Гайдна, который оснастил музыкальную мысль гармонией симфонического оркестра.

Австрийский композитор был моложе Иммануила Канта всего на 8 лет. Дух времени, Zeitgeist, осенял Европу, рождая людей, мыслящих по-новому и творивших новое искусство в эпоху Нового времени. Знаменательно хронологическое совпадение создания трудов Канта («Критика чистого разума», 1781; «Критика практического разума», 1788; «Критика способности суждения», 1790) и симфоний Гайдна, пик деятельности которого пришёлся как раз на 1780–1790 гг.

Этимологически слово «симфония» уходит в древнегреческий язык, означая «созвучие, стройное звучание». Как правило, симфонии пишутся для большого оркестра смешанного состава. В их партитуру могут быть введены хор и сольные вокальные партии. Сегодня симфония занимает в музыке такое же место, какое в современной литературе отведено драме или роману. Интеллектуальная и эмоциональная насыщенность гайдновского изобретения, сумевшего соединить виолончель и гобой, литавры и контрабас, стала музыкальной



Ф. Гайдн

ней юридических и социально-экономических основ новой социально-экономической формации). Симфония оторвала музыку от кафедрального собора, перенесла её в театры и концертные залы. Это изменение привычного уклада стало импульсом для удивительного развития музыкальной мысли, по существу, сформировавшей и продолжающей направлять всю современную музыку.

Сын каретного мастера, Гайдн стал одним из величайших маэстро в истории музыки, родоначальником венской школы симфонизма, оказавшим влияние на творчество композиторов практически всех последующих эпох. Нельзя говорить о Моцарте, Бетховене, Шуберте, Шумане, Малере, не упомянув о Гайдне как об их безусловном предтече. Любая симфоническая музыка, написанная в течение последней четверти тысячелетия, обязана своим существованием прежде всего именно этому скромному и приветливому человеку, если даже не непосредственно, то опосредованно: через Бетховена или Моцарта. Музыка Гайдна стала тем высоким ориентиром, с которым долгие годы соразмерялись творчество и достижения любого композитора. Не случайно пушкинский Сальери говорит: «...новый Гайдн сотворит/ Великое – и наслажусь им...», не желая умереть прежде этого события.

Музыка Гайдна оркеструет новый отсчёт времени, знаменуя рождение симфонической музыки в том виде, в каком она знакома нам. Композитору принадлежит и заслуга окончательного формирования состава симфонического оркестра – экзотические партии более поздних времён, добавляющие к его классическому составу то саксофон, то пишущую машинку, так и остались эпизодами симфонизма: структура оркестра оказалась эластичной для отдельных (чуть ли не казуистических) исполнений некоторых произведений.

Сын каретника, проживший 77 лет, стал автором 104 симфоний (а ещё – 24 оперы, 14 ораторий, 14 месс, 36 концертов, 198 трио,

посетителям бросался в глаза новый симптом, а именно – беспричинная плаксивость Гайдна». Его почерк заметно изменился, став неуверенным и дрожащим, походка стала шаркающей, а тело при ходьбе наклонялось вперёд. Нарушения памяти достигали такого уровня, что 70-летний композитор уже не мог запомнить только что услышанное им: «Иногда за клавирами у меня появляются хорошие идеи, но я готов расплакаться, потому что я не в состоянии их повторить или записать», – жаловался Гайдн.

Вместе с тем в последние годы жизни он стал приверженцем этикетных стереотипов, очевидно, помогавших ему структурировать остатки памяти, привязывая их к чему-то неизбежному и постоянному. «Для гнетущей старости должно быть большим благодеянием, если чувство уходящих сил тела в большинстве случаев смягчается одновременным ослаблением памяти и потерей сил воображения. Так было у Гайдна... он уже не мог ни думать, ни чувствовать, ни писать, ни слушать музыку», – писал современник Гайдна А. Диз.

Клиническая картина сосудистой деменции (возможно, болезни Альцгеймера), сопровождающаяся симптомами, характеризующими интеллектуальное увядание, выцветание памяти, эмоциональную лабильность на фоне общего одряхления при всей лапидарности описаний, данных современниками, кажется диагностически неоспоримой.

### Случайное совпадение?

Гайдн умер в старческой немощи и интеллектуальном оскудении. Та же участь была суждена и Канту. Два великих старика, жизнь которых была исполнена восхождения перед тайной мироздания, постепенно утратили свой великий разум, придя к печальному общему клиническому знаменателю.

Но не патологией определяется масштаб человека. Смерть и её обстоятельства могут быть лишь совпадением, но не знаменателем, определяющим содержание судьбы, которую человек волен выбирать сам. Поиск мировой гармонии, «тайна звёздного неба», к которой Кант и Гайдн стремились приблизиться, надеясь услышать симфонию сфер, ощутив взаимосвязанность всего сущего в окружающем мире – вот подлинный общий знаменатель биографий мыслителя и композитора, Zeitgeist, ознаменовавший конец XVIII века интеллектуальным оживлением философии и музыки.

Игорь ЯКУШЕВ,  
доцент Северного государственного  
медицинского университета.  
Архангельск.



– Профессор Илтис, что входит в обязанности директора Центра биоэтики?

– Во-первых, преподавание студентам разного уровня. Во-вторых, исследовательская работа. В-третьих, административная нагрузка. Наш центр включает не только штатных сотрудников, которые занимаются педагогической работой, но и помогает другим сотрудникам университета проводить исследования в области биоэтики. Мы организуем конференции и симпозиумы. Я также редактирую различные журналы и книги по биоэтике.

– Кого, чему и как вы учите?

– Я преподаю биоэтику как в колледже, так и в медицинской школе. Таким образом, приходит понимание того, что нужно студентам в разном возрасте и на разных этапах обучения. Среди них есть те, кто будет заниматься биоэтикой профессионально.

– Что входит в сферу ваших научных интересов?

– Прежде всего меня интересуют этические проблемы экспериментирования на людях и органного донорства. Кроме того, я занималась и другими вопросами. Например, медицинским туризмом, связанным с трансплантацией стволовых клеток. Или проблемой недостаточного внимания органов здравоохранения к инфекционным тропическим болезням, связанным с нищетой.

– Какие этические вопросы экспериментирования на людях вы считаете ключевыми?

– Тут две проблемы. Одна связана с появлением новых медицинских технологий, о чём я читала лекцию вашим студентам. Другая – с рутинными клиническими испытаниями. Как мы оцениваем риски для их участников и сопоставляем эти риски с потенциальной пользой? Когда мы считаем клинические испытания достаточно безопасными? На основании чего мы полагаем, что предлагаемое лечение эффективно? Кто должен участвовать в клинических испытаниях? Меня особенно интересуют клинические испытания в психиатрии и в педиатрии.

– Можно ли окончательно решить возникающие этические проблемы?

– Не уверена, что существует окончательное решение, но, мне кажется, можно улучшить ситуацию. По крайней мере, нужно к этому стремиться.

– Чем вызван ваш интерес к органной трансплантации?

– Меня интересует наше понимание смерти и критерии смерти мозга. Именно диагностика мозговой смерти определила существующую практику трансплантации органов. Как индивиды и их родственники принимают решения об органном донорстве? Какие ценности и приоритеты должны приниматься во внимание? Донорских органов катастрофически не хватает, но это не означает, что мы можем пренебрегать другими соображениями. В своих исследованиях я пыталась сопоставить противоречивые цели и интересы.

– То есть у вас был дедуктивный подход – от общих положений к конкретным ситуациям?

– Да, но это не означает, что я руководствовалась «джорджтаунской мантрой» (так называют четыре «принципа» биоэтики, сформулированные в Джорджтаунском университете в Вашингтоне – уважение автономии личности, благодеяние, непричинение вреда, справедливость – Б.Л.). На мой взгляд, она



*I believe that I can learn something of value from everyone I meet. This is true for all of us. As a teacher, I can learn from my students. Physicians can learn from their patients. Recognizing this requires humility.*

*Ana Iltis*

Директор Центра биоэтики, здравоохранения и общества Уэйк-Форестского университета (Северная Каролина, США) Ана Илтис (Ana Iltis) стала профессором кафедры истории медицины, истории отечества и культурологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

В течение недели она читала лекции, посвящённые этическим вопросам в фармацевтической и педиатрической практике, информированию больных о рисках вмешательства, этическим аспектам органного донорства и клинического применения новых технологий. Её блестящие выступления вызвали живой интерес студенческой аудитории. Думается, читателям «МГ» также будет полезно узнать об американской биоэтике из первых уст.

## Профессор Ана Илтис:

# Беспристрастная точка зрения в этике невозможна

неудовлетворительна с философской точки зрения. Разные люди по-разному понимают автономию, справедливость и т.д.

– Неужели нельзя прийти к консенсусу?

– Только на очень поверхностном уровне. Если копнуть глубже, то никакого консенсуса не обнаружится. Даже в области экспериментирования на людях: то, что одни считают допустимой практикой, другие, наоборот, считают недопустимым. Практическая биоэтика большей частью занимается выработкой общепринятых приемлемых процедур, которые не всем нравятся.

– Наверное, ваши взгляды определены вашими убеждениями и ценностями, которые вы разделяете?

– Так можно сказать о любом человеке. Например, представьте защитника эвтаназии. Конечно, он исходит из убеждения в праве человека быть убитым своим врачом. Убеждения могут быть религиозными или светскими, или сочетанием тех и других. Никто не свободен от идей, ценностей или приоритетов.

– Но тогда возникает вопрос об объективности и беспристрастности биоэтических суждений...

– Беспристрастная точка зрения в этике невозможна.

– Как же в таком случае найти общий язык с людьми других взглядов?

– Путём диалога и поиска точек согласия. Если мы не можем прийти к согласию, то надо договориться о практике, которая включала бы разные точки зрения. Идея, что мы придём к консенсусу по всем вопросам биоэтики, представляется мне нереальной.

– Разве нет понятия общечеловеческих ценностей?

– А разве оно есть? Мы можем заявлять о согласии по какому-то вопросу, но если посмотреть шире, то окажется, что люди понимают их по-разному. Например, говорят о достоинстве человеческого эмбриона. Но для одних это означает полный запрет на эксперименты с эмбрионами. Для других – что исследования надо проводить только в случае ожидаемого получения

важной информации. Например, нельзя экспериментировать с эмбрионами ради получения косметического крема, но можно – ради поиска лечения рака. Для третьих – можно изучать эмбрионы до какого-то возраста. При этом все убеждены, что уважают достоинство эмбриона.

– А разве права человека не являются универсальным понятием?

– Посмотрите вокруг. Одни страны упрекают другие в нарушении прав человека. Но что такое «права человека»? Одни считают, что к ним относится право на аборт. Другие, наоборот, говорят, что аборт – это величайшее нарушение прав человека, убийство невиновного человеческого существа.

– Но ведь есть же международные биоэтические декларации...

– Люди подписали их, но это не обязательно означает, что они им следуют. Или же их можно трактовать по-разному. Часто такие декларации не несут особого смысла. Мы видим это на примере исследовательской этики. Все соглашаются, что участники клинических испытаний должны иметь доступ к лучшему из возможных способов лечения. Но что это значит на практике? Доступ к лучшему лечению, имеющемуся в данной стране? Или к лечению, существующему в мире?

– Вы входили в состав местного этического комитета (IRB). Как вы находили практические решения?

– Необходимо следовать принятым в США правилам проведения исследований на человеке. Члены комитета делились своим пониманием общих положений применительно к конкретному случаю. Потом вопрос ставился на голосование. Принятое решение не обязательно должно было быть единогласным.

– А судьи кто?

– Согласно американским рекомендациям, эксперты комитета должны представлять пять различных областей, там должны быть люди со стороны – представители

общества (не учёные). Если клинические испытания будут проводиться на заключённых, должен быть представитель от заключённых. Если на детях – то педиатр и т.д.

– А нужны ли в таком случае специалисты по этике (этицисты)?

– Отличный вопрос. Необходимо обучать будущих работников здравоохранения выявлять, понимать и решать этические проблемы. Мне кажется, важно, чтобы в учреждении были люди, которые могут подняться над повседневной рутинной и задать этические вопросы. Потому что, как мы знаем из истории, многие проблемы возникали как раз потому, что никто не спрашивал: «А надо ли нам этим заниматься?». Такие люди выполняют роль биоэтицистов, хотя можно называть их по-разному. Безусловно, члены комитета должны иметь хотя бы элементарную подготовку в области биоэтики.

Сейчас я уже не вхожу в состав нашего исследовательского этического комитета, но продолжаю участвовать в работе Комитета по мониторингу безопасности исследований (data safety monitoring board-DSMB) при Национальных институтах здоровья (НИЗ) (National Institutes of Health). Речь идёт о больших клинических испытаниях – мультицентровых и даже международных, финансируемых НИЗ. Помимо прочего, мы анализируем сообщения о тяжёлых нежелательных событиях (serious adverse events – SAE), а каждые полгода рассматриваем получаемые данные, причём сами исследователи, как правило, к этим данным доступа ещё не имеют. Главный вопрос, на который мы должны дать ответ: «Надо ли продолжать данное исследование?». Тут два ключевых момента. Во-первых, оправдано ли прекращение исследования или изменение его протокола из-за нежелательных событий, и, во-вторых, получен ли ответ на заданный исследованием вопрос. Мы также анализируем те клинические испытания, где не набирается требуемое количество больных и которые не могут быть завершены

в запланированные сроки. Цель нашего комитета – обеспечить безопасность и высокое качество клинических испытаний. В его состав входят статистики, клиницисты и философы вроде меня.

– Приведите, пожалуйста, конкретный пример.

– Например, недавно завершённое клиническое испытание антибиотиков у детей с почечным рефлюксом, который часто приводит к инфекции мочевых путей. Надо ли назначать антибиотики для профилактики этой инфекции, или же их нужно вводить только в тех случаях, когда инфекция уже развилась? Мнения детских нефрологов и урологов разделились. Было проведено большое рандомизированное слепое исследование, когда одна группа получала антибиотики с профилактической целью, а другая – нет. На каком-то этапе перед комитетом был поставлен вопрос о целесообразности продолжения данного клинического испытания. Другой пример связан с испытаниями при ВИЧ-инфекции: раз новые лекарства продемонстрировали свою эффективность, то время испытания может быть меньше, чем планировалось. Нельзя лишать испытуемых доступа к более эффективным медикаментам. Именно поэтому комитет решил досрочно прекратить испытания.

– У вас философское образование. Как и почему вы увлеклись биоэтикой?

– На самом деле, наоборот – я занялась философией потому, что меня интересовала биоэтика. Когда я училась в средней школе, то на последнем году обучения 1-2 студента нашей школы могли посещать занятия в местном университете. Я выбрала курсы по медицинской этике. В колледже изучала биологию и философию, занималась философией в магистратуре и специализировалась по биоэтике, которой была посвящена моя кандидатская диссертация. В философии можно бесконечно обсуждать проблему, не приходя ни к какому результату, а в биоэтике требуется принять решение. Меня привлекает использование философских навыков, критического мышления и анализа в сочетании с практическим действием. Я люблю сочетание науки, медицины и философии.

– Какие у вас планы совместной работы с кафедрой истории медицины, истории отечества и культурологии Сеченовского университета?

– Мы все учимся друг у друга. Многочему я могу здесь научиться, и, надеюсь, мой опыт также может быть вам полезен. Собираюсь приезжать с лекциями, а также участвовать в работе кафедры путём дистанционного обучения и обсуждения исследовательских проектов.

Беседу вёл  
Болеслав ЛИХТЕРМАН,  
корр. «МГ».

Москва.

Перевод автографа: «Верю, что у каждого можно научиться чему-то полезному. Как учитель я могу учиться у своих студентов. Врачи могут учиться у своих больных. Это требует смирения».

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

Дежурный член редколлегия – И.СТЕПАНОВА.

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 «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-03-00454 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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