

Медицинская

29 апреля 2016 г.
пятница
№ 30 (7650)

Газета®

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

В центре внимания

Мы преодолеем все трудности!

Уверенность в этом выразили участники итоговой коллегии Минздрава России



75 лет – этот возрастной рубеж должен стать следующим в охране здоровья населения, к которому идёт отрасль. Об этом заявила заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец на расширенной коллегии Министерства здравоохранения РФ, прошедшей на днях в здании Правительства России.

Но и сегодня Правительство России оценивает работу всех медиков страны «на пятёрку», учитывая, что продолжительность жизни российских граждан достигла в 2015 г. рекордного показателя в 71,4 года. Это результат и реализации новой стратегии пропаганды здорового образа жизни.

В президиуме заседания коллегии

По словам О.Голодец, заметные изменения произошли в работе первичного звена здравоохранения. В 2014 г. к участковому доктору было прикреплено только 73% населения, а 27% граждан даже не знали, кто является их личным врачом. За 2015 г. количество пациентов, прикрепленных к конкретному участку терапевтической службы, достигло 97%. Но меры по улучшению работы поликлиник и врачебных амбулаторий должны быть продолжены.

– Современный доктор, ведущий первичный приём, должен обладать всеми необходимыми профессиональными навыками, на это нужно нацелить систему переподготовки и

поддержки квалификации медперсонала, – уверена О.Голодец.

Конечно, этого не добиться и без продолжения материальной поддержки первичного звена. И она будет усилена.

При этом ориентироваться отечественное здравоохранение должно на единые клинические протоколы лечения, которые охватывают каждую врачебную специальность.

– Это не отечественное ноу-хау, так работает весь мир, – подчеркнула Ольга Голодец. – И мы тоже должны эту систему внедрить, потому что это и есть качество нашего медицинского образования и медицинских услуг.

(Окончание на стр. 7)

Валентина АКСЁНОВА,
главный детский фтизиатр
Минздрава России,
профессор:

Туберкулёз, как известно, не имеет границ, поэтому нам нельзя находиться в замкнутом пространстве, жить в изоляции.

Стр. 10



Павел РУМЯНЦЕВ,
заместитель директора Федерального
эндокринологического научного
центра, доктор медицинских наук:

Сегодня нашим соотечественникам нет необходимости выезжать за границу, чтобы пройти радиойодтерапию на современном мировом уровне.

Стр. 12



События

Весь спектр операций

Конференция Российского общества онкологов состоялась в Ростове-на-Дону. В ней приняли участие ведущие специалисты из регионов Южного, Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов, Санкт-Петербурга, Москвы и других регионов России.

– Для нас большая честь принимать участие в столь крупном мероприятии, – отметил директор Ростовского научно-исследовательского онкологического института профессор Олег Кит. – Кроме того, нам действительно важно обменяться тем уникальным опытом, который накоплен как нами, так и нашими коллегами. Сегодня ростовский онкоинститут занимает лидирующие позиции в применении современных методов лечения рака почки и предстательной железы. Наше учреждение единственное на Юге России давно и успешно применяет метод брахитерапии, мы широко используем малоинвазивные хирургические вмешательства. Молекулярные исследования в области онкоурологии – одно из приоритетных научных направлений института.

Основное внимание участники конференции уделили новым и прогрессивным методам лечения, диагностики, прогнозирования и мониторинга онкоурологических заболеваний. Две трети докладов конференции были посвящены вопросам лечения рака предстательной железы. Это заболевание занимает третью позицию в числе самых распространённых онкопатологий у мужчин.

– При диагностике заболевания особое внимание сегодня необходимо уделить дифференцированию пациентов для биопсии, так как процедура в 80% случаев даёт осложнение. Нужно выделять новые маркёры и применять не только научные, но и клинические

исследования, – отметил президент Российского общества онкологов профессор Всеволод Матвеев. – Кроме того, при обилии методов лечения онкоурологических заболеваний специалисту важно выбрать самый эффективный, а для этого необходим чёткий отбор по показаниям индивидуально для каждого пациента. Ещё одна проблема нашей сферы – отсутствие кооперации между урологами и онкологами.

Оценивая уровень онкоурологической службы на Юге России, профессор В.Матвеев отметил, что Ростов традиционно демонстрирует очень высокий уровень онкохирургии, но возможности лекарственной и лучевой терапии в регионах часто ограничены. Впрочем, уровень лучевой лечения на Дону за последние 10 лет совершил стремительный рывок.

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт – крупнейший онкоцентр Юга России, и его пациентами являются жители Южного, Северо-Кавказского и Крымского федеральных округов.

– Большой плюс, что в нашем институте онкоурологическим больным Юга России доступна высокотехнологичная медицинская помощь по федеральной программе госгарантий, – сказал заведующий отделением онкоурологии профессор Алексей Шевченко. – Владая всем спектром хирургических вмешательств в онкоурологической практике, комплексным подходом в лечении рака почки и предстательной железы, мы также уделяем большое внимание реабилитации пациентов и их качеству жизни.

Участниками конференции стали свыше 200 специалистов в области урологии и онкологии.

Алла МЫСНИК,
внест. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Инициатива

Весна сплачивает коллективы

Медики Астраханской области вносят свой вклад в благоустройство региона. В недавнем субботнике приняло участие более 5 тыс. сотрудников лечебных учреждений.

Они отлично поработали на благоустройстве больничных парков и прилегающих территорий ЛПУ подведомственных региональному Министерству здравоохранения, высадили более тысячи деревьев, около 200 кустов сирени.

Министр здравоохранения области Павел Джужвалков побывал в этот день в городской клинической больнице

№3 им. С.М.Кирова, в областной детской больнице им. Н.Н.Силищевой и клиническом родильном доме. Вместе с коллективами больниц министр принял участие в благоустройстве парка Победы, который был заложен здесь в прошлом году и посвящён астраханским медиками – участникам войны.

«Больничные парки теперь – это ухоженные территории с зеленью, обилием цветов. Это значительный вклад в благоустройство Астраханской области», – отметил П.Джужвалков.

в приготовлении различных оригинальных блюд из овощей и рыбы. Министр вместе с сотрудниками больницы принял участие в благоустройстве парка Победы, который был заложен здесь в прошлом году и посвящён астраханским медиками – участникам войны.

«Больничные парки теперь – это ухоженные территории с зеленью, обилием цветов. Это значительный вклад в благоустройство Астраханской области», – отметил П.Джужвалков.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внест. корр. «МГ».

Астрахань.

Новости

Слияние с усилением

В Новосибирске будет оптимизирована система управления лечебными учреждениями: в городе решено создать 10 медицинских объединений по территориальному принципу, присоединив одни ЛПУ к другим.

Как пояснили в Министерстве здравоохранения Новосибирской области, объединение нескольких юридических лиц позволит централизовать закупочную деятельность медицинских организаций, что приведёт к экономии денег и даст возможность направить дополнительные средства на повышение заработной платы медработников, ремонт больниц и поликлиник, обновление оборудования и решение других актуальных задач.

– Сейчас очень важно найти внутренние резервы в системе здравоохранения, рационально использовать кадровый состав, площади, медицинское оборудование и таким образом сделать помощь пациентам более доступной и качественной, – говорит министр здравоохранения Новосибирской области Олег Иванинский.

В Минздраве подчёркивают, что организация медицинских объединений не приведёт к сокращению врачей, медсестёр и младшего медицинского персонала. Таким образом, обострения ситуации на рынке труда не нужно опасаться. Равно как права пациентов не только не пострадают, но, напротив, будут реализованы более полно. Тем не менее до принятия окончательного решения ведомство решило заручиться поддержкой общественности и профсоюза, поэтому в настоящее время в регионе проходят общественные слушания по созданию медицинских объединений.

Елена БУШ.

Новосибирская область.

Аллергия набирает обороты

В Москве зафиксирован всплеск сезонной аллергии в связи с цветением деревьев. Об этом сообщила заведующая отделением аллергии и иммунопатологии кожи Института иммунологии Федерального медико-биологического агентства Елена Феденко.

«Весна в этом году чуть запоздала, однако, несмотря на это, пыльца московских деревьев беспокоит аллергиков уже с середины апреля. Недавно в столице начала интенсивно «пылить» берёза, зафиксированы концентрации в диапазоне 1-2,5 тыс. единиц на 1 м³. Данные концентрации могут с очень высокой степенью опасности повлиять на аллергиков», – отметила Е. Феденко, добавив, что окончание активной фазы цветения берёзы и других лиственных деревьев ожидается к концу мая.

Наряду с этим эксперт констатировала наблюдаемый специалистами ведущего аллергологического медуниверситета нашей страны прирост заболеваемости аллергией среди российского населения. «Это связано со многими провоцирующими факторами, среди которых особое значение имеет резкое ухудшение экологии, в том числе за счёт экологических катастроф планетарного масштаба, бесконтрольное применение медикаментов, широкое использование средств бытовой химии, изменение характера питания, появление новых аллергенов, стресс, плохой климат внутри жилых и рабочих помещений и т.д.», – подчеркнула она.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

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

Тенденции

Высококласная офтальмология приходит в глубинку Смоленщины

Для этого калужские медики организовали выездные бригады

Благодаря передвижному диагностическому комплексу Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова всё более доступной становится высококачественная офтальмологическая помощь для жителей смоленской глубинки.

Бригада, в которую входят врач-офтальмолог, оптометрист, координатор и водитель, только за март-апрель провела 25 консультативно-диагностических приёмов во многих отдалённых районах области, в ходе которых было принято 1600 пациентов, 590 из них были направлены на углублённую диагностику в условиях филиала, из которых 320 – на хирургическое лечение.

Примечательно, что офтальмологи делают всё возможное, чтобы пациентам было удобно проходить процедуры. Нуждающихся в лечении в Калугу привозят организованно, так же как и доставляют обратно на Смоленщину. За апрель 140 пациентам, прибывшим в составе организованных групп, были проведены операции, причём



Идёт консультативный приём на селе

почти каждому второму – факто-эмульсификация катаракты.

Как сообщил корреспонденту «МГ» главный врач филиала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Терещенко, в мае-июне в соседние регионы намечено сделать 27 выездов, где

будет проконсультировано 1900 смолян. График выездов согласован с областным Департаментом здравоохранения и главными врачами центральных районных больниц.

Впрочем, высококлассная амбулаторная хирургия (бесшовная хирургия катаракты, операции при глаукоме, лазерные операции коррекция близорукости, дальнорукости, астигматизма и витреоретинальные операции высшей категории сложности) от Калужского филиала МНТК скоро придёт в город-герой: решением администрации области в Смоленске для открытия отделения филиала выделено помещение, где сейчас идёт ремонт и готовится установка современной офтальмологической аппаратуры. Открытие отделения намечено на 1 сентября.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.



Мобильный комплекс Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова прибыл в Смоленскую губернию

Акценты

Чем опасны врождённые инфекции и почему женщинам следует уделять пристальное внимание их диагностике во время беременности? К каким порокам развития может привести несвоевременно выявленная цитомегаловирусная инфекция и почему так важно включать её в диагностические стандарты? Эти и многие другие вопросы стали ключевыми темами обсуждения во время встречи столичных врачей с журналистами ведущих изданий, которая состоялась в Москве.

О цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) рассказал старший научный сотрудник Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Центрального НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора кандидат медицинских наук Василий Шахгильдян. Он подчеркнул, что данная инфекция является одной из причин невынашивания беременности и возникновения врождённых патологий. В России носителями вируса являются 90-95% будущих мам, у многих из которых заболевание протекает практически бессимптомно.

– Цитомегаловирус – наиболее частая врождённая вирусная патология и основная причина

Справиться с врождённой инфекцией

врождённых пороков центральной нервной системы, задержки психического и умственного развития у детей раннего возраста, не имеющих хромосомных нарушений, – сказал он. – Ежегодно только в Москве рождается 120-130 тыс. детей. И от 1 до 3% из них уже имеют эту инфекцию.

Наибольший риск для жизни плода представляет первичное заражение будущей мамы во время беременности. Если оно произошло на ранних сроках беременности, возможны внутриутробная гибель плода, формирование пороков развития. Заражение матери на поздних сроках беременности может стать причиной тяжёлого заболевания ребёнка, развития отдалённых неврологических последствий.

При этом инфицирования вполне можно избежать, если соблюдать ряд гигиенических рекомендаций.

Помимо профилактики для предотвращения заражения плода или существенного снижения его последствий в будущем необходимо проведение современной и своевременной лабораторной диагностики активной ЦМВ-

инфекции у беременной женщины. В данном случае особое значение приобретает диагностические стандарты обследования, которые необходимо постоянно совершенствовать.

– Общепринятый стандарт обследования беременной женщины на лабораторные признаки врождённых инфекций предусматривает лишь исследование крови на наличие антител к возбудителю, – сказал Василий Шахгильдян. – Это действительно имеет большое диагностическое значение при первичном заражении и развитии острой инфекции во время беременности. Но в случае обострения заболевания или повторного заражения вирусом во время беременности определения антител недостаточно для выявления активного инфекционного процесса.

В данном случае необходимо использовать современные молекулярно-биологические методы диагностики, позволяющие определять присутствие в биологических жидкостях самого возбудителя.

По словам Василия Шахгильдяна, это в первую очередь исследование на наличие ДНК ЦМВ в

крови, моче и околоплодной жидкости, которое показано женщинам с осложнённым акушерским анамнезом, при наличии клинических симптомов острого инфекционного заболевания, выявлении патологии плода. Крайне важно, чтобы лабораторное обследование беременной женщины было максимально информативным, ведь рождение ребёнка с ЦМВИ может стать трагедией для всей семьи, так как спрогнозировать последствия инфекции крайне тяжело.

В случае, когда у будущей мамы выявлено наличие острой ЦМВИ либо установлен факт активного размножения вируса, необходимо проведение эффективного лечения.

На сегодняшний день единственным методом лечения, достоверно снижающим риск инфицирования плода и развития врождённой ЦМВИ, является применение у беременных внутривенного антицитомегаловирусного иммуноглобулина. Необходимость назначения данного препарата зафиксирована в протоколах и рекомендациях Министерства здравоохранения РФ. Неоцитотект нейтрализует вирус, предотвращает инфицирование

непоражённых клеток, сдерживает дальнейшее распространение ЦМВ в организме и обладает хорошей переносимостью.

При этом Василий Шахгильдян напоминает: «Беременным женщинам противопоказано лечение противовирусными препаратами из-за их высокой токсичности. Врождённым и детям до 12 лет противовирусные препараты прямого действия назначают только по жизненным показаниям. Поэтому в случае острой ЦМВИ у беременной, наличии у неё активной формы инфекции, выявлении факта внутриутробного заражения ЦМВ ребёнком препаратом выбора, направленным на подавление размножения возбудителя, является именно иммуноглобулин с высоким содержанием антител против ЦМВ. Было показано, что его применение на ранних сроках (до 17 недель) при первичной ЦМВИ у беременных женщин снижает частоту неблагоприятных исходов среди инфицированных новорождённых с 43 до 13%.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Статистика

Доходы российских медиков выросли

В прошлом году врачи федеральных, региональных и муниципальных клиник в среднем по России зарабатывали 47,9 тыс. руб. в месяц, что на 3,6% больше, чем в 2014 г. Такие данные исследования, которое ежегодно проводит Росстат.

Самой высокой в минувшем году оказалась средняя зарплата врачей государственных клиник в Ненецком автономном округе – 113,5 тыс. руб. Московские врачи со средней зарплатой 78,9 тыс. занимают восьмое место, уступая, помимо Ненецкого автономного округа, коллегам из Ямало-Ненецкого, Чукотского и Ханты-Мансийского автономных округов, Сахалинской и Магаданской областей, а также

Камчатского края. Самая маленькая средняя зарплата оказалась у врачей в Калмыкии – на уровне 26,8 тыс. руб.

Зарплата среднего медицинского персонала в 2015 г. составила 27 тыс. руб., что также больше, чем годом ранее, когда этот показатель составлял 26,3 тыс. Средний заработок младшего медперсонала в прошлом году увеличился на 690 руб. – до 16,8 тыс.

Как подчеркнула в ходе итоговой коллегии Минздрава 20 апреля министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, ссылаясь на данные Росстата, с 2012 г. среднемесячная заработная плата врачей, среднего и младшего медицинского персонала увеличилась соответственно на 40,5%, 39,7% и 60,7%.

«Вместе с тем проведенный в 2014 г. анализ показал, что при достаточно высоких номинальных показателях средних зарплат в большинстве субъектов Российской Федерации сложилась неоптимальная их структура, в которой доля окладов не превышала 30%. В 2015 г. регионам было рекомендовано увеличить долю выплат по окладам в структуре заработной платы до 55-60%», – сказала В.Скворцова, добавив что в 58 из 85 регионов «параметры оплаты труда уже приближены к рекомендованным значениям» и средняя величина должностных окладов врачей увеличилась в 1,5-2 раза.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Острая тема

Кому проводить медико-социальную экспертизу?

Несмотря на поручение председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева Минздраву и Минтруду России рассмотреть возможность введения в стране независимой медико-социальной экспертизы, о ней по-прежнему остаётся, видимо, только мечтать. Минтруд отказался передавать Минздраву экспертизу по инвалидности.

Многочисленные жалобы российских инвалидов и правозащитников начались ещё в конце февраля 2016 г. Люди возмущались тем, что с введением новых правил установления инвалидности медико-социальные комиссии стали занижать группу инвалидности или необоснованно отказывать в её продлении. Именно это, по их мнению, привело к искусственному снижению числа инвалидов в России.

В связи с жалобами на действующую процедуру, которая затрудняет установление и подтверждение инвалидности, Д.Медведев поручил «Минтруду России и Минздраву России проработать вопрос о целесообразности проведения независимой медико-социальной экспертизы. О результатах доложить в Правительство РФ».

Это указание было дано по итогам социального форума «Эффективная социальная политика: новые решения», назначив срок исполнения поручения до 12 мая 2016 г.

Вопрос «проработали». МСЭ инвалидов должна проводиться специалистами Минтруда, а не врачами, заявил министр труда и социального развития Максим Топилин. Такая вот реакция на критику...

«Я считаю, что кому-то хочется просто показать, что он в этом разбирается. Есть эксперты, которые не понимают вообще ситуацию, таких большинство. Если и мне, и вам сказать: «А давайте вы попробуете поработать экспертом МСЭ, оценить человека», – ни у одного не получится. Это такой специфический вопрос, в котором понимает только очень малое количество специалистов, а большинство не понимает», – передаёт ТАСС слова М.Топилина, сказанные им в кулуарах Всероссийской недели охраны труда.

Министр убеждён, что в большинстве случаев люди негативно высказываются о качестве оказанной медпомощи, при этом дать объективную оценку работе МСЭ может только эксперт. По словам главы Минтруда, возглавляе-

мое им министерство постоянно держит тему критики МСЭ на контроле.

«Да, безусловно, какие-то сюжеты есть, но говорят, что с детей массово снимают инвалидность. Это неправда, у нас детей-инвалидов гораздо больше стало, к сожалению», – заявил М.Топилин, отметив, что, по данным Минтруда, в 2012 г. детей-инвалидов насчитывалось в стране 571,5 тыс., в 2013 г. их стало 582,2 тыс., в 2014 г. – 590,4 тыс., а в 2015 г. – 612 тыс. человек.

А общее сокращение количества инвалидов в России связано со смертностью, а не с введением новых критериев установления инвалидности, убеждены в Минтруде.

Так что пока не ясно, кто будет проводить МСЭ. Тем более что ещё в 2012 г. Минтруд создал федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы».

Остаётся только надеяться, что председатель Правительства РФ добьётся выполнения своего поручения и у нас всё-таки будет независимая медико-социальная экспертиза.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Учёба

Возвращаясь к внутренней патологии

В симуляционном центре столичной ГКБ им. С.П.Боткина под руководством главного терапевта Департамента здравоохранения Москвы, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней Российской национальной исследовательской медицинской академии им. Н.И.Пирогова, профессора Григория Арутюнова реализуется программа повышения квалификации врачей «Основные алгоритмы терапевтической помощи взрослому населению с хронической неинфекционной патологией».

Обучение проходят заведующие терапевтическими отделениями столичных поликлиник, врачи-методисты, отвечающие за организацию терапевтической помощи взрослому населению, участковые терапевты, вне зависимости от наличия категории и стажа работы.

– Главной целью обучения является совершенствование знаний по ведению основных терапевтических патологий в соответствии с основными алгоритмами столичного здравоохранения, – отметил Г.Арутюнов. – Программа предусматривает

самостоятельную работу слушателей с методическими материалами, которые они получат по электронной почте, и аудиторные занятия с преподавателями в формате лекций, семинаров, «круглых столов» продолжительностью до 16 часов.

По завершении курса слушатели получают удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Ситуация

Нужен реестр больных с иммунодефицитом

Ежегодно в конце апреля во всём мире проводится Неделя осведомлённости о первичных иммунодефицитах, представляющих собой группу врождённых нарушений иммунной системы, которые развиваются по причине различных генетических поломок. В среднем в мире первичными иммунодефицитами страдает 1 человек на 10 тыс. населения. В России на учёте состоит немногим менее 1,5 тыс. таких пациентов, но, по мнению специалистов, их реальное число в 10 раз больше.

Как известно, первичные иммунодефициты – это группа генетически обусловленных заболеваний, связанных с дефектами одного или нескольких компонентов иммунной системы. Типичными их проявлениями являются тяжело протекающие бактериальные, вирусные и грибковые инфекции, аутоиммунные заболевания и повышенная склонность к развитию злокачественных новообразований. Чаще всего болезнь заявляет о себе уже в раннем детском возрасте, но иногда проявляется не сразу, а лишь к 30-40 годам. Подчас проходят годы, прежде чем такой ребёнок или взрослый попадает в поле зрения алерголога-иммунолога и начинает получать адекватное лечение. Ещё одной проблемой является нехватка специалистов, способных распознать болезнь.

«К сожалению, сегодня у врачей общей практики отсутствует настороженность по поводу первичных иммунодефицитов, – отметила заведующая отделением иммунологии Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва профессор Анна Щербина. – Сами по себе эти болезни не имеют уникальных черт. Генетическая поломка, которая либо передаётся по наследству, либо возникает спонтанно ещё в утробе матери, имеет широкий спектр проявлений. Но если ребёнок очень часто болеет тяжёлыми

инфекционными заболеваниями, приём антибиотиков не оказывает на него должного эффекта, у него развиваются грибковые заболевания – всё это должно стать тревожным звоночком, чтобы направить такого пациента к иммунологу».

Несмотря на то, что более 10 лет назад в странах Европейского союза был создан регистр пациентов с первичными иммунодефицитами, специалисты говорят о том, что истинные данные о распространённости патологии выше. Сегодня европейский регистр включает в себя 26 стран и более 10 тыс. пациентов. В России же единая база данных сегодня находится на стадии формирования.

«Сегодня благодаря тому, что в арсенале врачей есть современные иммуноглобулины, люди с первичными иммунодефицитами имеют возможность жить полноценной жизнью, а не погибать в течение первых месяцев, как это было некоторое время назад. Пациенты доживают до совершеннолетия, переходят во взрослую жизнь, – добавила А.Щербина. – Но всем им требуется пожизненное лечение. Поэтому создание реестра таких пациентов будет способствовать планированию терапевтического процесса и повышению уровня медицинской помощи, которую пациенты получают».

Иван САЗОНОВ.

МИА Сити!

Однако

По пути к лжецелителям



Спрос на услуги «народных целителей» вырос в этом году в нашей стране на 20%, утверждают в Российской медицинской ассоциации специалистов традиционной и народной медицины.

«Обращений людей к народным целителям становится больше пропорционально удорожанию медицинских услуг и уменьшению их доступности», – заявил в интервью одному информгентству президент ассоциации Владимир Егоров. По его словам, «в связи с последними экономическими событиями существенно возросла цена на препараты, на высокотехнологичную медицинскую помощь. Это и вызывает рост обращаемости к специалистам народной медицины».

В Комитете Госдумы РФ по охране здоровья считают, что целителям и экстрасенсам доверять не стоит. Первый заместитель председателя комитета Николай Герасименко убеждён, что реклама подобного рода услуг нужно запретить. «Надо бороться с лже-

целительством. Начать следует с экстрасенсов, магов, чародеев, которые появляются у нас на некоторых ТВ-каналах. Идёт ведь постоянное оболванивание людей. Телеканалам надо совесть иметь. А то они думают только о своей прибыли», – заявил депутат.

В последнее время, по его словам, расширяется практика использования методов с недоказанной эффективностью.

По результатам анонимного исследования учёных-медиков, 95% народных целителей не имеют медицинского образования, а свыше 40% из них нуждаются в лечении психических отклонений.

Тем не менее многие из шарлатанских методов лечения проникают в практику официальной медицины. Так, гомеопатические препараты, неэффективность которых доказана многочисленными исследованиями, продаются в лицензированных государством аптеках, а врачи на приёме зачастую прописывают их пациентам.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Местом проведения очередного – пятого – съезда Национальной медицинской палаты впервые была избрана не столица, а Смоленск. Почему? Не только потому, что активную региональную организацию НМП с первых дней её создания возглавляет Наталья Аксёнова, энергичный сторонник введения принципов саморегулирования в медицинской отрасли, но и потому, что все пилотные проекты этой организации (по медиации, третейским судам, независимой медицинской экспертизе) были опробованы на Смоленщине и дали хорошие результаты, анализируя которые, можно выстраивать стратегию и тактику действий на перспективу.

Рассказывая с трибуны съезда об итогах смоленских экспериментов, Н.Аксёнова подчеркнула, что, работая в тесном контакте с местными органами исполнительной власти, привлекая в качестве консультантов опытных юристов-ветеранов, используя методики коллег из Немецкой национальной палаты и помощь практических врачей из областной детской клинической больницы, проводя независимую экспертизу на принципах анонимности, активисты территориальной палаты вышли на абсолютно новый и объективный уровень отношений между врачом и пациентом. Обиды и предубеждения уходят в сторону, конфликты становятся прозрачными, и не случайно в трёх из четырёх случаев независимая экспертиза доказала невиновность докторов, а от одного из региональных следственных управлений СК РФ даже было получено благодарственное письмо – за неоценимую помощь палаты в расследовании нетипичного для правоохранительной практики дела с, казалось бы, отрицательным медицинским оттенком.

Главным итогом пилотных проектов, по мнению Натальи Аксёновой, следует считать выход на «пациентоориентированную» модель здравоохранения, использование которой резко снижает количество конфликтов между врачами и больными и их родственниками, поможет найти консенсус в досудебных спорах. Одним из ближайших шагов по внедрению этой модели профессионального поведения должно стать открытие горячей линии доверия (пока в ряде субъектов РФ), по сообщениям на которую принимались бы не долговременные, затянутые, а оперативные решения.

Ключевыми понятиями, которыми оперировали в своих выступлениях участники съез-



Выступает Леонид Рошал

и аттестации врачей, а также использования их при разработке образовательных программ медицинских вузов.

Доклад Л.Рошала был насыщен фактами эффективной деятельности территориальных организаций. Примеров этому много, вот некоторые из них. Так, в Самаре полномочия по реализации системы непрерывного профессионального развития медицинских кадров переданы местной ассоциации врачей,

Ирина Ковалёва («Непрерывное медицинское образование в неврологии»), председатель Российского общества по организации здравоохранения и общественно-го здоровья вице-президент НМП Владимир Стародубов («Здравоохранение России в период экономического кризиса»).

Делегаты съезда, представляющие более 100 профессиональных ассоциаций и территориальных организаций, приняли ряд решений, которые предусматривают создать при НМП научный совет, кардинально активизировать деятельность палаты по разработке и актуализации

по мотивации к непрерывному последипломному образованию, в том числе при внедрении профессиональных стандартов.

Съезд предложил Министерству образования и науки РФ учитывать результаты проведённой НМП профессионально-общественной аккредитации образовательных программ в сфере здравоохранения при проведении государственной аккредитации медицинских вузов и при распределении контрольных цифр приёма на бюджетные места, а Министерству труда и социальной защиты РФ – при разработке проектов нормативных правовых

Итоги и прогнозы

Сила медицины — в силе профессионального сообщества

Это подтвердила деловая встреча в Смоленске

да, были не только упомянутая модель отношений, готовность медицинских сообществ брать ответственность на себя, финансовая обеспеченность здравоохранения и его кадров, но и практическая работа по защите прав врачей, защите их чести и достоинства, развитие системы независимой профессионально-общественной аккредитации, формирование отраслевой рамки квалификаций в сфере здравоохранения с обязательным учётом предложений НМП. Говоря об этом, делегаты съезда Сергей Дорофеев (заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья), Сергей Измалков (Самара), Владимир Чернов (Курган), Алексей Ларин (Челябинск), Равиль Насыров (Российская психотерапевтическая ассоциация), Аркадий Гольдберг (Федерация лабораторной медицины), Сергей Готьё (Российское трансплантологическое общество), Татьяна Беляева (Республика Дагестан), Евгений Костошов (Ленинградская область), Ольга Чернёва (Пермский край), Дмитрий Любченко (Краснодар), Леонид Архипенко (Ассоциация заслуженных врачей России) обязательно делали ссылку на отчётный доклад съезду президента НМП Леонида Рошала. В нём состояние дел в отрасли было рассмотрено предметно и глубоко, предложены методология и инструментарий измерения качества и доступности медицинской помощи – в виде профессиональных стандартов и внедрения их в практику аккредитации

в Нижнем Новгороде организован кластер, на Камчатке проведена акция «Спасибо, доктор», в Туве создан молодёжный комитет территориальной палаты, в Бурятии выиграно в пользу медиков десять судов, в Свердловской области при палате создан специальный клуб прессы, в Курганской области действует механизм общественного контроля за штрафными санкциями ФОМС, что позволило сократить объёмы штрафов в 5 раз. В Оренбурге систематически организуют мероприятия, направленные на профилактику стрессов, эмоционального выгорания медработников, в Башкортостане разработано положение о врачах-наставниках и оплате их труда и создан вслед за смоленским институт непрерывного профессионального образования. В Омске по инициативе палаты трём улицам присвоены имена заслуженных докторов, в Брянске создаётся областной медицинский музей, в Липецке юристами ассоциации дано врачам около 100 бесплатных консультаций...

Во второй день на съезде с докладами выступили вице-президент НМП Евгений Шляхто («Профессионально-общественная аккредитация образовательных программ: опыт работы, возможности и перспективы»), председатель Тюменского регионального медицинского общества Евгений Чесноков («Страхование рисков медицинской деятельности в здравоохранении»), председатель Всероссийского общества неврологов доктор медицинских наук

клинических рекомендаций по оказанию медицинской помощи, по участию в подготовке и проведению аккредитации врачей, по включению вопросов аккредитации учебных программ и непрерывного последипломного образования в реализацию программ развития медицинских кадров, по развитию образовательных программ в сфере здравоохранения.

Совместно с Министерством здравоохранения РФ намечено разработать план создания в субъектах Федерации центров оценки квалификаций и начать его реализацию, уточнить перечень многочисленных профессий и их наименований, участвовать в разработке федеральных государственных образовательных стандартов в соответствии с профессиональными стандартами в сфере медицины, разработать и внедрить при прохождении аккредитации принципы балльной (кредитной) оценки последипломного образования.

На съезде решено просить Министерство здравоохранения РФ дать чёткую формулировку процедуре оценки квалификаций в здравоохранении с целью разделения процедур оценки квалификаций медицинских специалистов и их аккредитации, а совместно с Минтруда России подготовить поправки в Трудовой кодекс РФ по обеспечению социальных гарантий медработников при обучении в рамках непрерывного последипломного образования и прохождения процедуры аккредитации, предусмотреть меры

актов учитывать предложения, внесённые НМП при разработке отраслевой рамки квалификаций в сфере здравоохранения.

На съезде в члены НМП были приняты медицинская палата Амурской области и врачебная палата Республики Калмыкия. В составе НМП стало 80 организаций, представляющих субъекты Федерации.

* * *

После завершения работы съезда его участники с примкнувшими к ним представителями ряда больниц, местного медицинского университета в здании драматического театра встретились с заместителем министра здравоохранения РФ Татьяной Яковлевой. Прошёл заинтересованный разговор о том, какими должны быть управленческие и социальные решения в сфере здравоохранения, направленные на эффективное функционирование отрасли и повышение профессионального имиджа медицинского работника.

Находясь в Смоленске, Т.Яковлева побывала на строительстве возводимого по президентской программе перинатального центра на 130 коек, ознакомилась с работой центра общей врачебной практики, действующего на принципах государственно-частного партнёрства, посетила Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Сотрудничество

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев заявил в ходе заседания Евразийского межправительственного совета о необходимости начала работы единого рынка обращения лекарств Евразийского экономического союза (ЕАЭС) в 2016 г.

Д.Медведев заметил, что до сих пор в данной сфере каждое государство имеет собственные нормы. «Нам нужно урегулировать те разногласия, которые существуют, и принять все документы, которые предусмотрены соглашениями о единых принципах и правилах обращения лекарственных средств и медицинских изделий», – подчеркнул глава Правительства РФ.

Единый рынок лекарств ЕАЭС заработает уже в этом году

Готовятся надлежащие нормативные акты

В настоящее время готовятся не только надлежащие фармацевтические практики (GxP), но и нормативные акты, регулирующие регистрацию и экспертизу лекарственных средств, проведение фармацевтических инспекций и исследований биоэквивалентности воспроизведённых лекарственных средств,

исследования биологических лекарственных средств и др. Кроме того, в рамках Евразийской экономической комиссии предполагается функционирование фармакопейного и экспертного комитетов, порядок деятельности которых также устанавливается актами комиссии. Отдельные акты регулируют

информационное взаимодействие, в рамках которого предполагается создание и ведение реестров и баз данных в составе единой информационной системы, в которую включаются сведения о лекарственных средствах всех государств – членов ЕАЭС.

В состав ЕАЭС на сегодняшний

день входят Россия, Казахстан, Белоруссия, Армения и Киргизия. В 2014 г. о возможности вступления в эту организацию заявил президент Таджикистана Эмомали Рахмон.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Ориентиры

Больница, где дети забывают болезни

Для этого ульяновские доктора делают всё возможное

Одной из примет современной жизни знаменитого города на Волге можно назвать башенные краны. На них взгляд останавливается во многих микрорайонах Ульяновска, особенно в Правобережной его части. А это значит, что город строится, развивается, растёт. С каждым годом увеличивается и количество ребятни. Для того чтобы медицинская помощь подрастающему поколению оказывалась максимально качественно и эффективно, в мае 2014 г. после слияния пяти детских лечебно-профилактических учреждений Правого берега образовалось ГУЗ «Детская городская клиническая больница г. Ульяновска».

На сегодняшний день это крупнейшее лечебно-профилактическое учреждение города, которое обслуживает 75% детского населения, а это более 77 тыс. человек. В структуру объединённой больницы вошли 8 поликлиник, 2 круглосуточных стационара, 3 офиса врача общей практики, отделение восстановительного лечения, а также 2 центра здоровья и Центр охраны репродуктивного здоровья детей и подростков.

С момента объединения ещё не прошло и 2 лет, однако уже решено большое количество задач, – рассказывает главный врач Детской городской клинической больницы Ульяновска, депутат Ульяновской городской думы Рашид Абдуллоев. – Были достигнуты, согласно указам Президента РФ, целевые показатели «дорожной карты». Так, заработная плата медицинских работников выросла на 20%; в течение полутора лет в объединённую больницу привлечены 43 врача (из них 15 – молодые специалисты). Мы сумели избавиться от кредиторской задолженности, которая на момент объединения составляла 20,3 млн руб.

Появился ряд так называемых социальных гарантий: предусмотрены оплата учёбы, жилья (всем нуждающимся молодым специалистам, прежде всего участковым педиатрам; участие в ипотеке в объёме 600 тыс. руб.), медицинские осмотры, обеспечение специальной медицинской одеждой за счёт учреждения и многое другое.

Не секрет, что на любую деятельность влияют условия, в которых она выполняется. Поэтому одним из направлений работы стало приведение в надлежащее состояние внутренних помещений и кабинетов всех подразделений. Сейчас здесь чисто, уютно, удобно.

Важным подспорьем для врачей стало создание мощной лабораторной службы, в том числе бактериологической лаборатории.

Это дало возможность выполнять все лабораторные исследования в стенах больницы, что уменьшило сроки проведения анализов и существенно повлияло на их качество.

Заботу руководства о коллективе поддерживает профсоюзная организация, значительно увеличившаяся в последнее время. Растёт членство и в Национальной медицинской палате.

Однако наиболее существенным результатом объединения стало то, что жители Правобережья ощутили значительно повышение качества и доступности медицинской помощи детскому населению, – комментирует заместитель главного врача по поликлиническому разделу работы Татьяна Ефимова. – Удалось устранить ограничения для осмотра детей специалистами в поликлиниках, расположенных не по месту жительства ребёнка;



Рашид Абдуллоев

сведены к минимуму платные услуги; для лечения, оздоровления и реабилитации стали доступны возможности всех подразделений больницы. Последние расширились после появления ещё одного рентгенологического кабинета, «соляных шахт», дополнительных массажных, физиотерапевтических кабинетов и новых узких специалистов.

Но самым впечатляющим результатом, по мнению и врачей и населения, стало создание нового структурного подразделения больницы – детской поликлиники.

Это первый случай за всю постсоветскую историю города – появление нового учреждения здравоохранения для детей (было выкуплено 800 м² площадей в новом доме за счёт государственно-частного партнёрства).

Вопросы создания и организации новой поликлиники курировали заместитель председателя регионального правительства, министр здравоохранения Павел Дегтярь и главный врач детской городской клинической больницы Рашид Абдуллоев.

При организации были воплощены в жизнь пожелания родителей пациентов, использован опыт ведущих детских учреждений России. – Когда создавалась эта поликлиника, врио губернатора Ульяновской области Сергеем Морозовым и партией «Единая Россия» был поставлен ряд важнейших задач, в частности показать, как должно выглядеть медицинское учреждение в новом формате, к которому мы будем стремиться, – поясняет

заместитель председателя Законодательного собрания Ульяновской области, председатель Комитета по социальной политике Игорь Тихонов.

И действительно, данное структурное подразделение больницы стало пилотной площадкой для апробации новых стандартов детских поликлиник (к слову, ряд этих стандартов уже внедряется и в остальные структурные подразделения ДГКБ, затем опыт будет распространён по всему региону).

Что же включают в себя новые стандарты и каковы их особенности? Об этом нам рассказала заместитель главного врача по организационно-методической работе Анна Минаева.

Начнём с того, что в поликлинике уделено особое внимание яркому и красочному оформлению помещений и мебели. Это и роспись стен иллюстрациями из детских отечественных мультфильмов, и в целом подбор «весёлой», но при этом комфортной глазу цветовой гаммы оформления, – отметила она. – Для обеспечения безопасности установлено видеонаблюдение в коридорах и «тревожные кнопки».

радости – ребятне или взрослым «айболитам»! Дополнительно для новой поликлиники подготовлен ряд специалистов (оториноларинголог, невролог, ортопед, врач УЗИ, хирург, участковые педиатры и средний медицинский персонал).

Много делается для просвещения молодых родителей. Для них проводятся занятия и лекции в конференц-зале, имеющем отдельный вход; в поликлинике можно бесплатно получить медицинскую документацию и буклеты по здоровому образу жизни.

Всё предусмотрено для максимальной доступности среды: пол не имеет порогов, есть подъездные пандусы, колясочная, оборудован санузел для лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеются светообозначения для слабовидящих.

Продумана каждая мелочь: возле поликлиники организована стоянка автотранспорта и велосипедов, территория благоустроена и ухожена; есть детская игровая площадка, запланирована установка уличных тренажёров и создание парковой зоны.

Все работы велись под контролем представителей общественного совета больницы, в который входят наиболее активные родители, и в тесном взаимодействии с жителями

максимизация записи пациентов через электронную регистратуру, не просто облегчили – вывели на иной уровень работу персонала.

Этому способствовало и введение в штатное расписание должности «администратор», в обязанности которого входят встреча и координация посетителей поликлиники, контроль за регулированием потоков пациентов у входа и у кабинетов врачей, предупреждение и разрешение конфликтных ситуаций, консультация пациентов поликлиники, мониторинг отзывов пациентов и рейтинг учреждения на различных сайтах.

Кроме того, появилась возможность распределения потоков пациентов и маршрутизации амбулаторной карты, а именно: организации доврачебного кабинета, доставки карты пациента сразу в кабинет врача регистратором, – добавляет заместитель главного врача по клинико-экспертной работе Наталья Абдуллоева.

Создана служба мобильных педиатров (врачей, выезжающих на вызовы). Обслуживание детей на дому осуществляют участковые врачи-педиатры и врачи отделения неотложной помощи, которые обеспечены служебным автотранспортом. Это не только значительно сокращает время приезда специалиста к больному ребёнку, но и позволяет повысить эффективность оказания медицинской помощи.

Каждому специалисту и руководителю здравоохранения важна обратная связь с населением. Поэтому для медицинских работников проводятся обучающие семинары по новому стандарту общения с пациентами. А у жителей есть возможность дать оценку поликлинике с помощью анкетирования, принять участие в электронной системе оценки работы медперсонала при выходе из кабинета любого врача или оставить отзыв в официальной группе больницы в соцсети «ВКонтакте», а также на сайте больницы и Минздрава области.

Ожидается, что данные стандарты станут новой ступенью развития детского здравоохранения в регионе, – отмечает министр здравоохранения Павел Дегтярь. – Кроме того, на 2016 г. запланировано открытие ещё одного нового подразделения ДГКБ – отделения восстановительного лечения. В нём разместятся: дневной лор-стационар, физиотерапия, массаж, ЛФК, кабинет забора патогенных биологических агентов (ПБА), процедурный кабинет и др.

По мнению Сергея Морозова, подобных темпов развития педиатрии Ульяновска ещё не достигала. Он высоко оценивает деятельность новой детской больницы и подчёркивает: применённый здесь инновационный подход к выстраиванию лечебного процесса необходимо распространять и на другие медицинские организации.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ульяновск.



Сергей Морозов (в центре) общается с маленькими пациентами

Изменения коснулись буквально любой сферы. Судите сами: в кабинетах и холлах появилось централизованное кондиционирование. Организована зона отдыха с телевизором, уютными креслами; есть Wi-Fi покрытие; телеэкраны с любимыми мультфильмами отвлекают малышей от волнений и слёз в прививочном и процедурных кабинетах. Много радости приносит им и игровая комната. А для мамочек важно, что появились места для кормления, аудиовещание.

Сотрудники перешли на новую форму одежды: цветные халаты, костюмы и шапочки. И неизвестно, кому она доставляет больше

района и, конечно же, Отделения Народного фронта Ульяновской области, – подчёркивает главный врач.

Не секрет: как театр начинается с вешалки, так любое медицинское учреждение начинается с регистратуры. Объединение справочной и регистратуры по принципу «единого окна», визуальная организация регистратуры по типу «ресепшен» – залог того, что посетители не будут томиться в очередях и попадут к нужному специалисту в удобное время.

А такие новшества, как создание отдельного картохранилища, выделение специального кабинета для приёма вызовов,

В Московском НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского будут испытывать лекарственные средства по международным стандартам GLP (Good Laboratory Practice) и GCP (Good Clinical Practice). Для экспериментальной лаборатории и морфологического отделения строят корпус площадью 9,1 тыс. м². Как сообщается на официальном сайте правительства Москвы, его начали строить ещё в 2012 г., и на сегодняшний день работы в основном завершены. В настоящее время идёт отделка помещений, монтаж медицинского оборудования и мебели, благоустройство территории. Наряду с этим в Институте Склифосовского начали проводить уникальные операции по удалению опухолей с помощью установки «гамма-нож». В центре радиохирургии, функционирующем в рамках института, в течение нынешнего года на установке будет выполнено 150 бесплатных операций.

Разумно и безопасно

«В этом году мы в «Склифе» достраиваем центр диагностических лабораторных исследований для испытания новых фармпрепаратов. Это очень важное направление в силу того, что в России активно действует программа импортозамещения. Для того чтобы эти лекарства выходили на рынок, их нужно испытывать. С запуском этого центра мы избавимся от зависимости от иностранных лабораторий и даже возможной дискриминации российских препаратов. Надеюсь, что мы в этом году запустим эту лабораторию в полном объёме», – заявил мэр Москвы Сергей Собянин во время посещения НИИ.

Примечательно, что экспериментальная лаборатория в составе НИИ им. Н.В.Склифосовского основана в далёком 1942 г. На протяжении многих лет она остаётся флагманским российским учреждением по проведению клинических испытаний лекарств, а также по разработке и апробации новых хирургических технологий.

В 2006 г. НИИ получил право проводить клинические исследования в соответствии с правилами клинической практики GCP. В них входит установление безопасности препарата и его эффективности для пациентов с определёнными заболеваниями, установление профилактической эффективности иммунобиологических препаратов для здоровых добровольцев, изучение возможности расширения показаний для медицинского применения, выявление ранее неизвестных побочных действий.

После перевода экспериментальной лаборатории в новый корпус в ней внедряют ещё один международный стандарт – GLP. Он необходим для доклинических исследований лекарств на надлежащем уровне. По нему больница должна иметь высокотехнологичное оборудование, сертифицированный персонал и условия для содержания лабораторных животных.

Аккредитация по двум стандар-

в полном соответствии с международными стандартами.

Возможностями учебного центра будут пользоваться врачи не только НИИ им. Н.В.Склифосовского, но и других медицинских учреждений России.

Без разреза!

«Склиф» ассоциируется, главным образом, с центром скорой помощи, однако данная клиника – ведущая в городе по целому

активного излучения появилась в Москве на базе НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. Вторая находится в Санкт-Петербурге, в Центре радиохирургии Международного института биологических систем; она запущена в 2008 г. Третья в 2012 г. установлена в окружной клинической больнице Ханты-Мансийска, а четвёртая – в 2016 г. в Центре радиохирургии НИИ им. Н.В.Склифосовского.

Москва – единственный город в России, где работают две уни-

Перемены

Не отставая от мира

Идёт эффективное сочетание лечебного и научного процессов на базе одной клиники



В ходе визита мэра

там – GLP и GCP позволит создать на базе лаборатории московский объединённый центр доклинических и клинических испытаний лекарственных средств, а также учебный центр по внедрению новейших научных и оперативных технологий.

Его создание будет означать полную независимость отечественных фармацевтических компаний от иностранных лабораторий. Испытания на территории России экономически более выгодны, они помогут исключить дискриминацию отечественных разработок на мировом фармацевтическом рынке.

Кроме того, центр сможет проводить испытания для иностранных фармацевтических компаний

ряду направлений, в том числе и в радиохирургии. Когда мы проводили модернизацию клиники, закупив сюда более тысячи единиц медицинского оборудования, была закуплена и установка «гамма-нож», который позволяет делать операции по удалению опухоли мозга без вскрытия черепной коробки. Это, конечно, уникальные операции. Таких установок считанные единицы в России. В этом году с помощью неё будет сделано 150 бесплатных операций», – отметил директор НИИ, главный трансплантолог Департамента здравоохранения Москвы, член-корреспондент РАН Анзор Хубуттия.

Как известно, первая из четырёх российских установок «гамма-нож» для операций с помощью радио-

кальные современные установки «гамма-нож». Эти аппараты позволяют удалять доброкачественные и злокачественные опухоли и сосудистые патологии головного мозга неинвазивным методом – без использования игл, хирургических инструментов и трепанации черепа. Для процедур используется радиоактивное излучение от 196 источников кобальта-60, пучки которого собираются вместе и действуют наподобие неинвазивного хирургического ножа. Они разрушают ДНК опухолевых клеток. При этом здоровые ткани мозга и остальные части тела не облучаются.

В России сделано уже около 12 тыс. таких операций, причём 7 тыс. – за последние 5 лет. Первую операцию в центре радиохирургии НИИ им. Н.В.Склифосовского провели в феврале этого года. За время февральского клинического старта на средства городского бюджета прооперировали 11 москвичей. Оборудование центра – одна рабочая станция и две стереотаксические рамы для расчётов и точности облучения – позволяет проводить 200-300 процедур в год. А в перспективе аппарат сможет лечить ежегодно до 2 тыс. больных.

Что характерно, стоимость операции на «гамма-ноже» зависит от диагноза; средняя цена составляет 240 тыс. руб. Это в 10 раз дешевле, чем за рубежом. Тем не менее москвичи могут рассчитывать на неё бесплатно. Ежегодно в России в подобных операциях нуждаются около 60 тыс. человек.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

События

В городской клинической больнице № 64 Департамента здравоохранения Москвы прошёл «Фестиваль науки» для выпускников московской школы № 15. Инициатором его проведения стала главный врач клиники Ольга Шарапова.

Экскурсия в будущее

В этот день школьники, которые в будущем планируют стать медиками, встретились с врачами городской больницы № 64, преподавателями Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, перевоплощались в хирургов, проводивших сложную операцию, травматологов, педиатров, реаниматологов, терапевтов.

Фестиваль дал возможность участникам окунуться в атмосферу городской клинической больницы. Сначала ученикам показали сложные медицинские инструменты и рассказали об их назначении. В мини-операционных выпускники школ могли применить полученные теоретические знания. Под руководством студентов и педагогов медицинского вуза, принимавших участие в фестивале, школьники учились зашивать раны и накладывать гипсовые повязки.

Следующим местом занятий стал «блок реанимации», где ребятам на манекене продемонстрировали непрямой массаж сердца и искусственную вентиляцию лёгких. В отделе педиатрической службы ученики смогли ненадолго побыть детскими врачами.

Участие в фестивале приняли и деканы различных факультетов РНИМУ, которые рассказали будущим абитуриентам об условиях поступления и возможностях обучения в вузе.

Экскурсия одной из ведущих клинических больниц столицы позволила школьникам ознакомиться с отделением рентгенохирургии, где они смогли следить за ходом сложнейшей операции по спасению человеческой жизни благодаря использованию новейших технологий.

Будущие абитуриенты ознакомились и с новейшей процедурой взятия крови с помощью вакуумных систем, компьютеризированной системой выполнения назначений врача и выписки анализов.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сито!

Москва.

Тенденции

В России доля пациентов, начинающих поиск врача с сайта-агрегатора, за последний год выросла почти в 2 раза. По данным Единого медицинского портала, если в 2014 г. рынок онлайн-записи на приём в частные клиники составлял порядка 400 млн руб., то в 2015 г. объём этого рынка достиг 750 млн. Такая динамика напрямую связана с количеством пациентов, записавшихся на приём к врачу онлайн. Потребители отказываются от привычки тратить время на звонки и самостоятельную обработку информации в пользу онлайн-агрегаторов.

«Похожий процесс смены парадигмы наблюдался 7 лет назад в сфере гостиничного бизнеса. Если несколько лет назад доля онлайн-бронирования отелей не превышала 3%, то сегодня до 90% бронирования отелей происходит онлайн. Причём сам процесс давно переместился на профильные интернет-площадки», – отмечают эксперты.

Вне всякого сомнения, медицинский рынок имеет свою специфику, однако тренд увеличения доли он-

Просто. Удобно. Доступно

Виртуальная запись на приём к врачу набирает всё большие обороты и в нашей стране

лайн-записи и онлайн-услуг будет нарастать и в медицинской сфере. Так, по данным крупной исследовательской североамериканской компании, доля записей к врачу онлайн в США сегодня составляет всего 11%. Однако, по прогнозам аналитиков, уже к 2019 г. две трети американских медицинских клиник и госпиталей будут оборудованы системами онлайн-записи пациентов. Для национальной системы здравоохранения США это будет означать экономию в 3,2 млрд долл. (за счёт роста производительности труда и возможности управления потоком пациентов). Для пациентов онлайн-запись позволит существенно экономить личное время: согласно опросам, 77% американцев предпочли бы заказывать, менять и отменять визит к врачу онлайн.

Несмотря на то, что в России подобные процессы стартовали

замедленно, динамика развития онлайн-сервисов в области медицинских услуг у нас сопоставима. Своего рода тон, по мнению социологов, задаёт госпрограмма построения системы онлайн-записи на приём к врачам госучреждений, которая хорошо прижилась в крупных городах: для рядового пользователя виртуальный способ регистрации на приём к врачу многократно сократил временные затраты на посещение участка терапевта.

Во многом эта тенденция связана с уровнем проникновения Интернета (в России он уже сравним с развитыми странами), а также сменой поколений: экономически активное население страны выросло в эпоху Интернета и уже привыкло воспринимать его как способ уменьшения самых разных транзакционных издержек. В рамках этой логики – удобного для пользователя интер-

нет-сервиса – построена система Единого медицинского портала. Клиент за несколько кликов, исходя из различных параметров (профиль врача, отзывы, стоимость, расположение клиники и т.п.), может быстро подобрать врача и заказать время визита.

При регистрации на портале он получает на бонусный счёт 500 руб., которые может потратить на оплату услуг клиник – участников программы: достаточно показать в регистратуре талон в распечатанном виде или на экране телефона.

Пока в области платных медицинских услуг соотношение онлайн-записи и других каналов коммуникаций (звонок в регистратуру или напрямую врачу) составляет 30 на 70. В России пациенты прежде всего используют Интернет для поиска информации о клинике и враче. Так, по данным исследования Единого Медицинского Портала, с помощью

всемирной паутины 12% медучреждений получают до 70% пациентов, около половины клиник – до 50% пациентов.

Однако после анализа найденной информации большинство пациентов предпочитает звонить и записываться напрямую. Причин этому несколько: привычка, желание общаться с живым человеком или отсутствие полноценной онлайн-записи и актуальной информации на сайте клиники или агрегатора. Тем не менее по мере развития рынка здесь можно ожидать большие изменения. Клиники, заинтересованные в сокращении издержек и привлечении клиентов, будут активнее сотрудничать с интернет-сервисами, а пациенты – получать похожие бонусы в виде экономии времени и денег.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сито!

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

Ещё одно направление, которым необходимо обязательно заниматься, – совершенствование системы электронного документооборота. Бумажные носители историй болезней постепенно должны уходить в прошлое. Для современного пациента получение консультаций в нескольких лечебных центрах становится нормой. Однако больной не имеет собственной виртуальной карты, которая аккумулировала бы все его посещения, анализы и консультации. В экстренной ситуации электронная история болезни приобретает особенное значение.

Кроме того, Ольга Голодец опровергла заявления некоторых СМИ по поводу того, что ряд производителей недорогих лекарств приостановили их выпуск. Росздравнадзор свидетельствует, что текущая ситуация в стране находится под контролем, лекарства имеются в полном объёме.

Заместитель председателя Правительства РФ особое внимание уделила и Всероссийскому конкурсу «Поликлиника начинается с регистратуры». Он стартовал в прошлом году и уже определился регион-победитель. Им стала Томская область. В результате почётную грамоту и правительственную благодарность получил заместитель главы администрации Томской области по социальной политике Чингис Акатаев.

Чувствительная и значимая отрасль

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила с основным докладом. В нём давались оценки работы отрасли и ставились задачи на перспективу. «Медицинская газета» ранее опубликовала эксклюзивное интервью Вероники Игоревны на эту тему.

– Медицина – самая чувствительная и значимая отрасль для каждого человека и одновременно основополагающая стратегическая отрасль для всей страны, – сказала Вероника Скворцова. – Она всегда есть и будет «на острие» истории и в центре повседневных забот россиян. Именно поэтому медицина и организация здравоохранения должны постоянно совершенствоваться, создавая условия для непрерывного роста качества и доступности медицинской помощи и укрепления здоровья наших граждан.

С приветственными словами перед участниками коллегии выступили заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова, уполномоченный по правам ребёнка при Президенте РФ Павел Астахов, советник Президента РФ Александра Левицкая.

Одним из выступающих на коллегии был и министр по делам Северного Кавказа Лев Кузнецов. Он акцентировал внимание собравшихся на том, что крупным компонентом системы санаторно-курортного лечения становится медицинский кластер на территории Кавказских Минеральных Вод. Концепция его пока обсуждается, но можно совершенно чётко сказать, что он будет одним из важных проектов на ближайшую перспективу. По крайней мере, Правительством России уже запланировано выделить на его строительство более 40 млрд руб.

Директор Центрального НИИ организации здравоохранения и информатизации Минздрава России, вице-президент РАН, академик Владимир Стародубов в своём выступлении больше говорил о сложностях нового периода, нежели о достижениях.

– В последние 3 года показатели рождаемости и смертности остаются примерно на одном уровне, – констатировал он. – Мы можем гордиться тем, что их достигли. Это отличный

результат, если посмотреть на статистику предыдущих лет. И всё же его можно сравнить с натянутой струной, которая в любую минуту может пойти не в ту сторону, в которую хотелось бы российскому обществу. И это вызывает настороженность в условиях, когда финансирование здравоохранения может серьёзно ухудшиться. А ведь достигнуты действительно долгие показатели. Если взять Чувашскую и Мордовскую республики, Кировскую и Пензенскую области – это регионы с дотационным уровнем финансирования социальной сферы, в том числе и здравоохранения. Но за счёт проведения организационных мероприятий, внедрения современных технологий им удалось достигнуть европейского уровня показателей младенческой смертности.

В центре внимания

Мы преодолеем все трудности!

Можно констатировать и нарастание региональных диспропорций в здравоохранении. Если взять Москву, Санкт-Петербург, сильные регионы, как Республика Татарстан, Тюменская область, то в абсолютных цифрах эти территории имеют приличные цифры финансирования здравоохранения. Однако, если

В. Стародубов сослался и на дискуссию, которая шла на съезде Национальной медицинской палаты в Смоленске. Указы Президента России о повышении заработной платы бюджетникам принимались в других экономических условиях. Стоимость нефти в



В один из торжественных моментов (слева направо) Ольга Голодец, Александр Чучалин, Вероника Скворцова

Шахриев представил опыт работы региона по приоритетным направлениям. Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова, член-корреспондент РАН Пётр Глыбочко показал значение виртуальных медицинских технологий в современном образовании и рассказал об особенностях проведения аккредитации врачей. Генеральный директор Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра Минздрава России академик Евгений Шляхто свой доклад посвятил разрыву между достижениями медицинской науки и реальной клинической практикой. Технологии трансляционной медицины и внедрение клинических апробаций помогут в решении этой проблемы.

преодолеть этот путь. Это приведёт к «перетоку» врачей из них в более сильные регионы, сумевшие серьёзно повысить заработную плату медицинским работникам. Федеральный бюджет, очевидно, в этой сложной ситуации вряд ли придёт на помощь отстающим.

Руководитель ФМБА России Владимир Уйба говорил о работе агентства в 2015 г. Заместитель премьер-министра Республики Татарстан Василь

приказах Минздрава России по улучшению работы отрасли. По мнению Экспертного совета, надо продолжить работу над экономически обоснованными тарифами на медицинские услуги. К сожалению, они отличаются в регионах порою в разы. А это формирует перекосы в финансировании, неправильно отражает потребность в тех или иных видах медицинской помощи. Следующее направление – разработка мер по привлечению в систему ОМС лечебных учреждений всех форм собственности. Да, есть цифра, что 25% клиник, работающих в системе ОМС, являются частными. Но она не должна никого вводить в заблуждение. Доля и объёмы медицинской помощи, предоставляемые такими медицинскими учреждениями, на сегодня являются незначительными. И третье, активнее внедрять новации в лекарственном обеспечении – возмещение из государственных источников части стоимости препаратов по референтным ценам. Такая форма существует во многих странах мира. Она позволяет улучшить обеспеченность населения лекарственными препаратами и качество работы фармацевтических компаний. Экспертный совет также выступает за развитие программы со- платежей со стороны населения как формы повышения качества медицинской помощи и предоставления тех услуг, которые не входят в базовую программу государственных гарантий.

Председатель Общественного совета при Минздраве России Владимир Семёнов поделился с участниками коллегии итогами обсуждения медицинским сообществом наиболее резонансных вопросов. Зал с интересом выслушал и выступление президента Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля. Состоялась и торжественная церемония награждения лучших представителей отечественного здравоохранения.

Итоги заседания подвела заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. Она подчеркнула, что многое было сделано. Остаётся надеяться, что положительные изменения будут носить необратимый характер.

Итоги заседания подвела заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. Она подчеркнула, что многое было сделано. Остаётся надеяться, что положительные изменения будут носить необратимый характер.

Итоги заседания подвела заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева. Она подчеркнула, что многое было сделано. Остаётся надеяться, что положительные изменения будут носить необратимый характер.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.



В зале заседания

посмотреть затраты на охрану здоровья в процентном отношении, то они будут уже не столь значимыми. В среднем по России на здравоохранение регионы тратят 6% своего бюджета.

Недавно министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова издала приказ, предусматривающий пересмотр нагрузки на врачей первичного звена, чтобы специалисты могли более предметно заниматься каждым

2012 г. была принципиально иной. Между тем, следуя дорожным картам, регионам предстоит в 2016 г. увеличить фонд оплаты труда в здравоохранении на 22%, а в 2017 г. – на 40%. Однако доля заработной платы в расходах отрасли доходит до 65-70%. Соответственно, чтобы достичь новой планки в оплате труда, потребуются значительные финансовые вливания. Слабые территории не смогут

От качества к доступности

– Экспертный совет при Правительстве России активно сотрудничал с Министерством здравоохранения РФ, – считает член этой общественной организации Владимир Гурдус. – Позиция руководства министерства всегда была открытой и доброжелательной. Мы участвовали в разработке стратегии развития здравоохранения, подготовке материалов о состоянии конкуренции на рынке медицинских услуг, мер по доступности лекарственных препаратов. Считаю, что 2015 г. был успешным для отечествен-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 29 (1968)

О возможности развития заболеваний лёгких, связанных с воздействием вредных производственных факторов, известно уже на протяжении нескольких столетий, так как с развитием промышленности ещё в XVI в. стали появляться специальные работы о профессиональных заболеваниях лёгких. Так, в 1556 г. немецкий врач и металлург Агрикола в работе «О горном деле и металлургии» описал тяжёлые профессиональные заболевания горняков. Известен труд врача и химика эпохи Возрождения Парацельса «О горной чахотке и других горных болезнях», в котором дана клиническая картина заболевания горняков, сопровождавшегося лихорадкой, одышкой, кашлем, похудением. Парацельс обратил внимание на непродолжительность жизни горняков в результате тяжёлых условий труда и частых заболеваний. Раннюю смерть Парацельса многие историки связывают с его работой на горно-металлургических предприятиях в Тироле. В XVII в. Мартин Пане опубликовал работу о болезнях горнорабочих и плавильщиков металла.

Термин «силикоз» был впервые предложен итальянским анатомом Висконти в 1870 г. и применяется до настоящего времени для обозначения своеобразного, в основном узелкового фиброза лёгких от вдыхания пыли кремнезёма – свободной двуокиси кремния (SiO_2).

Термин «пневмокониоз» ввёл в 1866 г. F.A.Zenker (от греческого *pneumon* – лёгкое, *conia* – пыль). Этот термин объединяет все многочисленные виды пылевых фиброзов лёгких.

В 1930 г. в Йоханнесбурге состоялась первая международная конференция по силикозу, принявшая его классификацию. Этим силикоз был признан во всём мире как нозологическая форма. Конференция положила начало развитию рентгенологического периода в диагностике пылевых заболеваний лёгких. Ведущая роль рентгенологических изменений в распознавании и классификации пневмокониозов сохраняется и по настоящее время.

В отечественной классификации 1976 г. в зависимости от характера воздействующей пыли выделяли 6 групп пневмокониозов: силикоз; силикатозы (асбестоз, талькоз, цементный, слюдяной, нефелиновый, оливинный каолиноз); металлоконииозы (бериллиоз, сидероз, алюминоз, баритоз, манганокониоз, пневмокониозы, обусловленные пылью редкоземельных твёрдых и тяжёлых сплавов); карбокониозы (антракоз, графитоз, сажевый пневмокониоз); пневмокониозы, обусловленные вдыханием смешанной пыли (антракосиликоз, сидеросиликоз, силикосиликатоз); пневмокониозы, обусловленные вдыханием органической пыли (хлопковый, зерновой, пробковый, тростниковый).

В 1996 г. НИИ медицины труда РАМН предложил новую классификацию пневмокониозов, изложенную в методических указаниях № 95/235 Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ.

В новой классификации выделяют три основные группы пневмокониозов:

1. Пневмокониозы, развивающиеся от воздействия высоко- и умеренно фиброгенной пыли (с содержанием свободного диоксида кремния более 10%) – силикоз, антракосиликоз, силикосидероз, силикосиликатоз. Эти пневмокониозы наиболее распространены среди пескоструйщиков, обрубщиков, проходчиков, земледелов, стерженщиков, огнеупорщиков, среди рабочих по производству керамических материалов. Они склонны к прогрессированию фиброзного процесса и осложнению туберкулёзной инфекцией.

2. Пневмокониозы, развивающиеся от воздействия слабофиброгенной пыли (с содержанием свободного диоксида кремния меньше 10% или не содержащей его), – силикатозы (асбестоз, талькоз, каолиноз, оливиноз, нефелиноз, пневмокониоз от воздействия цементной пыли), карбокониозы (антракоз, графитоз, сажевый пневмокониоз и др.), пневмокониоз шлифовальщиков и наждачников, металло- или пневмокониозы от рентгеноконтрастных видов пыли (сидероз, в том числе от аэрозоля при электросварке или газорезке железных изделий, баритоз, станиоз, манганокониоз и др.). Они

характеризуются умеренно выраженным пневмофиброзом, доброкачественным и медленно прогрессирующим течением, нередко осложняющиеся неспецифической инфекцией, хроническим бронхитом, что в основном определяет тяжесть заболевания.

3. Пневмокониозы, развивающиеся от воздействия аэрозолей токсико-аллергического действия (пыль, содержащая металлы-аллергены, компоненты пластмасс и других полимерных материалов, органические пыли и др.), – бериллиоз, алюминоз, лёгкое фермера и другие гиперчувствительные пневмониты. В начальных стадиях заболевания характеризуются клинической

Пылевые заболевания лёгких в свете современных представлений

картиной хронического бронхита, альвеолита прогрессирующего течения с исходом в фиброз. Концентрация пыли не имеет решающего значения в развитии данной группы пневмокониозов. Заболевание возникает при незначительном, но длительном и постоянном контакте с аллергеном.

Международная организация труда (ILO) в 2000 г. пересмотрела предыдущие варианты классификаций пневмокониозов и составила новый, базирующийся на кодировании рентгенологических признаков заболевания. Целью создания международной классификации является стандартизация методов рентгенодиагностики пневмокониозов.

Существует три группы факторов, влияющих на характер и степень выраженности реакции лёгочной ткани на минеральную пыль:

1) концентрация пыли, интенсивность её экспонирования, длительность контакта (стаж работы);

2) индивидуальная чувствительность к пыли и наличие факторов, предрасполагающих к развитию фиброза;

3) характер пыли, геометрические размеры частиц и аэродинамические свойства (известно, что только частицы размером от 0,5 до 5 мкм способны к проникновению в самые глубокие отделы респираторного тракта, оседанию и накоплению).

Пневмокониозы чаще всего развиваются при выполнении подземных работ, связанных с бурением горных пород, дроблением, размолом, просевом, обработкой и переработкой кварца, гранита, волокнистых материалов. В других видах производства пневмокониозом заболевают рабочие металлообрабатывающей промышленности (обрубщики, формовщики), рабочие асбестообработывающих предприятий, фарфоровых, стекольных, абразивных и других заводов. Силикоз – наиболее распространённый из пневмокониозов, возникает от вдыхания пыли кварца (кремнезёма), содержащей SiO_2 в свободном состоянии.

Единой классификации промышленных аэрозолей, в том числе промышленной пыли, до настоящего времени не существует, что определяется многообразием их свойств и источников происхождения.

Однако по природе, происхождению и химическому составу, источникам выделения, механизму и условиям их образования, физико-химическим свойствам и другим типовым признакам принято различать:

– аэрозоли природных и синтетических веществ (рудные, нерудные, минеральные, синтетические);

– неорганические, органические, смешанные;

– растительного, животного происхождения;

– аэрозоли дезинтеграции, выделением которых сопровождаются многочисленные производственные процессы, связанные с разрушением, дроблением, истиранием, измельчением, пересыпкой веществ;

– аэрозоли конденсации, к которым относятся металлургические думы, сажа, компоненты выхлопа дизелей самоходной техники и продуктов неполного сгорания автомобильного топлива, продукты распада радиоактивных газов-эманаций, источником которых являются естественно радиоактивные элементы семейств тория, урана, входящие в состав пород земной коры.

Можно выделить в отдельную группу биологические аэрозоли – полидисперсные системы, твёрдая фаза которых содержит биологически активный субстрат (бактерии, грибы, вирусы).

В пылеобразном состоянии могут находиться и некоторые твёрдые токсичные вещества, например свинец, фосфор, мышьяк, сурьма, бор, а также их соединения. Однако их не выносят в группу пылевых факторов, так как попадая в лёгкие, они не вызывают там изменений, характерных для пылевых заболеваний лёгких.

В зависимости от дисперсного состава пыли различают видимую пыль (размеры частиц более 10 мкм), микроскопическую (0,25-10 мкм) и ультрамикроскопическую (менее 0,25 мкм).

Классификационным признаком может служить форма аэрозольных частиц. Различают волокнистые (асбест, базальт, керамика, стекловолокно) и неволокнистые (рудные, угольные) частицы. В свою очередь, они могут быть природными и искусственными, неорганическими и органиче-

скими. Волокнистая структура свойственна огромной группе природных минералов силикатов, к которым принадлежат асбесты (амфиболовые – крокидолит, амозит, антофиллит, тремолит, актинолит и серпентиновый-хризотил), а также аттапуллит, волластонит, сепиолит (группа цеолитов) и многие другие. Искусственные волокнистые вещества представлены разнообразными стекловолокнами, минеральными волокнами из базальта и шлаков, керамическими волокнами, кристаллами карбидов кремния типа вискерс.

Исходя из рентгенологической характеристики, выделяют интерстициальную, узелковую и узловую формы пневмокониозов. Клинико-функциональная классификация пневмокониозов включает: бронхит, бронхолиит, эмфизему лёгких, дыхательную недостаточность, лёгочное сердце компенсированное, декомпенсированное. По течению выделяют медленно прогрессирующее, быстро прогрессирующее и регрессирующее течение пневмокониозов, а также поздний пневмокониоз.

Символы записывают дважды (р/р, q/q, r/r) или (p/q, q/t, p/s и др.).

Плотность насыщения или концентрация малых затемнений на 1 см² лёгочного поля шифруется арабскими цифрами:

1 – единичные, лёгочный бронхо-сосудистый рисунок прослеживается;

2 – немногочисленные мелкие тени, лёгочный бронхо-сосудистый рисунок дифференцируется частично;

3 – множественные малые затемнения, лёгочный бронхо-сосудистый рисунок не дифференцируется.

Например, 0/0, 0/1, 1/0, 3/3 и т.д. Числитель – основные формы, знаменатель – другие.

2. Большие затемнения (результат слияния округлых затемнений на месте ателектазов, пневмонических фокусов, при осложнении туберкулёзом): А – до 50 мм; В – до 100 мм; С – более 100 мм.

Силикоз

Силикоз получил большое распространение в конце XIX и в XX вв. в связи с развитием горнорудной промышленности, а также машино- и станкостроения, в которых большие контингенты рабочих подвергаются воздействию фиброгенной пыли. Наиболее часто силикозы развиваются у рабочих в следующих отраслях промышленности и профессиональных группах:

1) горнорудная промышленность: горнорабочие различных рудников по добыче золота, олова, меди, свинца, ртути, вольфрама и других полезных ископаемых, залегающих в породе, содержащей кварц (бурильщики, проходчики, взрывники, рабочие проходческих бригад и др.);

2) машиностроительная промышленность: рабочие литейных цехов (пескоструйщики, дробеструйщики, обрубщики, земледельцы, стерженщики, выбивщики и др.);

3) производство огнеупорных и керамических материалов, а также при ремонте промышленных печей и других операций в металлургической промышленности;

4) проходка туннелей, обработка гранита, других пород, содержащих свободную SiO_2 , разлом песка.

Ранее при несоблюдении стандартов безопасности труда силикоз, развивающийся в описанных производственных условиях, особенно среди лиц, работавших в период Второй мировой войны и в первые послевоенные годы, как правило, относился к узелковой или узловой формам пневмокониотического фиброза и отличался склонностью к прогрессированию. Стаж работы до развития силикоза в те годы был менее длительным по сравнению с таковым в настоящее время. В 1940-1950-е годы у отдельных больных (горнорабочие золотых рудников, пескоструйщики, обрубщики) стаж работы до возникновения силикоза составил менее 10, а иногда и 5 лет. В настоящее время стаж работы в условиях запылённости на современных предприятиях значительно продолжительнее и в среднем превышает 15-20 лет.

Патогенез. В прошлом обсуждались многочисленные теории патогенеза силикоза и других пневмокониозов, из которых наиболее принятыми были механическая, химическая, биологическая, пьезоэлектрическая и другие менее известные. Сегодня, согласно иммунологической теории пневмокониозов, можно считать установленным, что силикоз невозможен без фагоцитоза кварцевых частиц макрофагами (Б.Т.Величковский, 1997). Более того, теперь известно, что скорость гибели макрофагов пропорциональна фиброгенной агрессивности пыли. Гибель макрофагов – первый и обязательный этап в образовании силикотического узелка.

Необходимой предпосылкой для его возникновения и формирования является многократно повторяющееся фагоцитирование пыли, освобождающейся из гибнущих макрофагов. Происходит высвобождение провоспалительных медиаторов (цитокинов и метаболитов арахидоновой кислоты), которые, в свою очередь, индуцируют накопление воспалительных клеток в альвеолярных перегородках и эпителиальном пространстве. Кислородные радикалы приводят к дестабилизации и гибели макрофагов, повреждая ткани лёгкого.

Протеолитические энзимы, такие как металлопротеиназы и эластаза, высвобождающиеся из повреждённых макрофагов, в свою очередь, способствуют разрушению лёгочных структур. Фаза воспаления сопровождается репаративными процессами, при которых факторы роста стимулируют выработку и пролиферацию мезенхимальных клеток и регулируют образование новых сосудов и эпителии в повреждённых тканях. Неконтролируемые механизмы неоваскуляризации и эпителизации могут легко привести к развитию фиброза. Кроме того, фиброгенные частицы пыли самостоятельно активируют провоспалительные цитокины.

Установлена важная роль фактора некроза опухоли α (ФНО- α) и интерлейкина-1 (ИЛ-1) в развитии силикоза. Одну из ключевых позиций в фиброгенезе занимают факторы роста, в частности трансформирующий фактор роста β . Доказано его прямое стимулирующее влияние на пролиферацию фибробластов и экспрессию коллагена и фибронектина. В последние годы обнаружено, что силикоз чаще развивается и быстрее прогрессирует в некоторых семьях, где одновременно также наблюдались признаки муковисцидоза и дефицита α -1-анти-трипсина. Обнаружена также связь силикоза с системой главного комплекса тканевой совместимости, возможно, определяющая характер иммунного ответа.

Давно известно, что силикоз развивается от вдыхания пыли свободной SiO_2 , чаще всего в виде кварца. Заболеваемость силикозом находится в прямой зависимости от количества (концентрация) вдыхаемой пыли и содержания в ней свободной двуокиси кремния. Наибольшей агрессивностью обладают частицы размером 0,5-5 мкм, которые, попадая в глубокие разветвления бронхиального дерева, достигают лёгочной паренхимы (бронхиол, альвеол, межтканевой ткани) и задерживаются в ней.

Несмотря на то, что пылевые болезни известны с глубокой древности, патогенез этого сложного заболевания не ясен и сегодня. В прошлом обсуждались многочисленные теории патогенеза силикоза, из которых наиболее принятыми были механическая, химическая, биологическая, пьезоэлектрическая и другие, менее известные.

Накоплены достаточно убедительные клинические данные об активной иммунной перестройке организма на ранних этапах формирования силикотического процесса. Развитие силикоза сопровождается различным рода иммунологическими реакциями клеточного и гуморального типов, связанными с предшественниками антителопродукции В-лимфоцитами и клетками, реагирующими непосредственно с тканевыми антигенами, – Т-лимфоцитами. У больных силикозом, особенно при прогрессировании процесса, отмечается увеличение различных классов иммуноглобулинов.

Клиническая картина. Несмотря на типичную скудность субъективных и объективных проявлений болезни, клиническая картина при силикозе не всегда так монотонна, как принято считать. Действительно, больные силикозом предъявляют мало активных жалоб. Детальный опрос у большинства из них выявляет типичные для любого хронического лёгочного заболевания жалобы: одышка, кашель, боли в груди. Клинические проявления силикоза, как правило, нарастают по мере развития фиброзного процесса, но параллелизма с рентгенологическими изменениями часто нет, в связи с чем вряд ли можно говорить о чётком разграничении клинической симптоматики со стадиями процесса. До настоящего времени основой диагностики силикоза остаётся рентгенологическое исследование, с помощью которого давно принято делить силикоз на три стадии процесса.

Кашель и одышка часто связаны не только и не столько с тяжестью развивающегося фиброза, сколько с сопутствующим силикозу бронхитом. Последний чаще умеренный, характеризуется кашлем с небольшим количеством слизистой или слизисто-гношной мокроты, нередко с примесью тёмноокрашенных пылевых частиц (уголь, графит и др.). Боли в груди при силикозе, как правило, неинтенсивные, сковывающего характера и, по-видимому, могут быть связаны с изменениями плевры.

Общее состояние больных силикозом, как правило, долго остаётся удовлетворительным. Грудная клетка чаще обычной формы, лишь иногда при значительной эмфиземе несколько расширена в переднезаднем размере и несколько выбухает в передне-верхнем отделе.

По мере прогрессирования пневмофиброза или при присоединении бронхитического синдрома у части больных (10-25%) можно обнаружить нерезкое колбовидное утолщение ногтевых фаланг пальцев рук и ног в сочетании с изменением формы ногтей в виде часовых стёкол. В начальных стадиях заболевания перкуторный звук над лёгкими имеет обычно умеренно-коробочный оттенок, особенно в нижнебоковых отделах, иногда на всём протяжении.

При более выраженном фиброзе и особенно формировании крупных фиброзных узлов перкуторный звук может быть укорочен, особенно над лопатками и в межлопаточных областях. В связи с этим часто упоминают о мозаичности перкуторных данных, связанных с чередованием фиброзных полей и эмфиземы. При аускультации в I и особенно во II и III стадиях болезни выслушивается жёсткое дыхание, которое над массивными фиброзными полями может иметь бронхиальный оттенок, над эмфизематозными участками дыхание ослабленное.

Примерно у 1/3-1/4 больных выслушиваются рассеянные сухие хрипы, как правило, непостоянные. Свистящее затруднённое дыхание с удлинённым выдохом мало характерно для силикоза, его можно выслушать лишь у больных в далеко зашедших стадиях болезни при грубой деформации дыхательных путей в результате сдавления их или перетяжек и смещения большими плотными лимфатическими узлами или фиброзными полями. Относительно часто, независимо от стадии, при силикозе выслушиваются мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы и крепитация, особенно в нижнебоковых отделах. Эти аускультативные феномены могут быть связаны с поражением бронхов плевральными спайками. Мозаичность перкуторной и аускультативной картины при силикозе наблюдается, таким образом, преимущественно в выраженных стадиях болезни.

Прогрессирующим формам силикоза свойственно увеличение общего белка в крови и особенно крупнодисперсных фракций глобулинов. У больных узелковым силикозом, особенно при быстром его прогрессировании, отмечается увеличение в крови белковосвязанного оксипролина при снижении экскреции с мочой его пептидносвязанных и свободных фракций, что характеризует преобладание синтеза коллагена в организме над его резорбцией. В сыворотке крови таких больных также нередко определяется С-реактивный белок.

При клиническом анализе описанных биохимических изменений необходимо учитывать их неспецифичность и возможность появления при целом ряде других воспалительно-деструктивных и системных заболеваний (туберкулёз, хронические неспецифические заболевания лёгких, хронические диффузные заболевания соединительной ткани и др.).

Как правило, силикоз сопровождается развитием дыхательной недостаточности, степень которой часто не коррелирует с выраженностью пневмофиброза. Можно наблюдать больных с силикозом II и III стадии (2, 3а, г) без заметных нарушений функции внешнего дыхания (ФВД), в то время как у других пациентов дыхательные расстройства налицо уже при начальных проявлениях болезни.

Нарушения дыхания, в частности обструктивного типа, в первую очередь определяются выраженностью бронхитического синдрома и эмфиземы лёгких. При выраженных стадиях силикоза с формированием крупных фиброзных полей состояние дыхательной функции во многом зависит от места расположения силикотических узлов, деформации бронхиального дерева, медиастинального синдрома (сдавление органов средостения крупными плотными лимфатическими узлами и фиброзными образованиями).

Течение силикоза может быть различным в зависимости от условий труда, формы фиброза, выраженности бронхита и осложнений. Определяющим в течении силикоза несомненно является агрессивность пылевого фактора (концентрация и дисперсность пыли, содержание в ней SiO_2). При прочих равных условиях имеет значение и индивидуальная предрасположенность, которая зависит от предшествующего состояния верхних дыхательных путей, перенесённых заболеваний, особенно лёгких, возраста больного, а возможно, и генетических особенностей. Заболевание отличается неблагоприятным течением у лиц, начавших

работать в очень молодом и среднем (старше 40 лет) возрасте. Силикоз относится к заболеваниям, склонным к спонтанному прогрессированию, и после прекращения контакта с пылью, что особенно типично для узелковой формы.

Прогрессирование узелкового процесса при силикозе выражается в увеличении количества и величины узелков с их последующим уплотнением и обызвествлением. Последнему часто предшествует значительное увеличение и скорлупообразное обызвествление внутригрудных лимфатических узлов. Наиболее частым вариантом прогрессирования силикотического фиброза является слияние узелков в крупные узлы с переходом в узловую форму болезни. С другой стороны, образование крупных узлов при силикозе возможно и независимо от слияния узелков. В происхождении этих узлов могут играть роль ателектазы и воспаление.

При прогрессировании фиброзный процесс последовательно переходит из I стадии во II, из II – в III. В III стадии процесс продолжает прогрессировать за счёт дальнейшего распространения и увеличения объёма отдельных уплотнений, сморщивания, цирроза и эмфиземы. Постепенно усугубляется дыхательная недостаточность, обусловленная развитием лёгочного сердца и его декомпенсацией, которая становится наиболее частой причиной смерти, если ранее она не наступала от осложнений или сопутствующих заболеваний.

По сравнению с узелковым силикозом прогрессирование интерстициального фиброза – наиболее распространённой формы современного силикоза, отмечается в 2-3 раза реже и, как правило, протекает значительно медленнее. Во многих случаях интерстициального силикоза в течение длительного времени не наблюдается прогрессирования рентгенологических изменений и усугубления функциональных расстройств.

При воздействии более агрессивной пыли на фоне интерстициального фиброза могут формироваться типичные узелки, реже узлы. При этом не всегда процесс последовательно проходит три стадии, а иногда в связи с формированием крупных узлов на фоне интерстициального фиброза можно видеть как бы скачкообразное развитие процесса непосредственно из I стадии в III, узловую. В отдельных случаях интерстициальный фиброз служит фоном для прогрессирования эмфиземы.

Наряду с прогрессированием лёгочного фиброза отягощать прогноз болезни в послепылевом периоде при силикозе могут расстройства дыхательной функции, степень которых не всегда совпадает с выраженностью рентгенологических изменений. Существенно способствуют развитию дыхательной недостаточности сопутствующие пневмокониозу бронхит и эмфизема. При длительных – в течение 20 лет и более – динамических наблюдениях за течением силикоза проявляется чёткая зависимость между темпами прогрессирования процесса и агрессивностью вдыхаемой пыли. Среди больных, работающих преимущественно с пылью, содержащей свыше 10% свободной SiO_2 (пескоструйки, обрубщики, проходчики, бурильщики рудных шахт), прогрессирование силикоза выявляется относительно часто (в 30-40% случаев и чаще), а при воздействии смешанной пыли с содержанием SiO_2 до 10% (отдельные рабочие литейных цехов, горнорабочие очистных забоев угольных шахт и др.) в те же сроки наблюдений прогрессирование силикоза наблюдалось не более чем в 20-25%.

В прямой зависимости от фиброгенности пыли находятся также частота и тяжесть туберкулёзного процесса. Иные взаимоотношения имеются между содержанием в пыли кварца и хроническим бронхитом при силикозе. Частота бронхита несколько возрастает при вдыхании пыли с меньшим содержанием кварца и встречается реже всего в группе лиц, работавших с максимальным содержанием в пыли свободной SiO_2 .

При анализе особенностей течения случаев силикоза, развившихся в однотипных условиях труда, обращают на себя внимание большой интервал в длительности пылевого стажа – от 1 года до 20 лет и более, варибельность форм болезни, темпов прогрессирования, а также осложнений, что, несомненно, свидетельствует о значении индивидуальной предрасположенности.

По течению можно выделить медленно прогрессирующий, быстро прогрессирующий и поздний силикоз. При медленно прогрессирующем силикозе переход из одной стадии силикоза в другую (чаще из I в II) занимает иногда десятки лет, иногда же признаков прогрессирования фиброзного процесса не обнаруживается вовсе. Обычно в этих случаях с большой продолжительностью заболевания речь идёт об интерстициальной форме силикоза на фоне несколько увеличивающейся в сво-

ей выраженности эмфиземы. Узелковые формы силикоза, развившиеся от работы в неблагоприятных условиях труда, могут протекать в виде быстро прогрессирующего процесса с переходом из одной стадии в другую в течение 5-6 лет и даже меньше.

При относительно непродолжительном воздействии больших концентраций кварцсодержащей пыли встречается развитие запоздалой реакции на пыль – поздний силикоз. Это особая форма болезни, развивающаяся иногда спустя 10-20 и более лет после прекращения работы с пылью. Стаж работы у таких больных обычно не превышает 4-5 лет. Провоцирующими моментами в его развитии могут быть тяжёлая пневмония, туберкулёз, ревматоидный артрит и др. При позднем силикозе особенно часто происходит кальцинация лимфатических узлов по типу яичной скорлупы и непосредственно силикотических узелков.

Силикотуберкулёз и другие осложнения силикоза

По литературным данным, при тяжёлом узелковом силикозе (III стадия) туберкулёз осложняет течение болезни в 60-70% и более случаев. При I стадии узелкового силикоза туберкулёз обнаруживают у 15-20%; при II стадии – у 25-30% больных и даже чаще. При интерстициальной форме силикоза туберкулёз наблюдается реже – у 5-10% больных. При силикотуберкулёзе следует характеризовать активность туберкулёзного компонента болезни: активный, неактивный; указывать на бацилловыделение и распад, а при возможности и фазу процесса (инфильтрация, обсеменение, уплотнение).

Течение туберкулёза на фоне силикотического фиброза большей частью неблагоприятное. Прогноз болезни зависит как от формы туберкулёза, так и от формы силикоза и их выраженности.

Тяжёлым осложнением силикоза является спонтанный пневмоторакс, который при современных формах силикоза встречается очень редко.

Особого описания заслуживает осложнение силикоза суставным синдромом – силикоартритом. Впервые в 1953 г. Каплан обратил внимание на сочетание силикоза с поражением суставов, когда среди 14 тыс. шахтёров угольных шахт Южного Уэльса было обнаружено сочетание силикоза с ревматоидным артритом у 51 больного (0,4%), причём у 13 из этих больных рентгенологические изменения отличались особым своеобразием. На фоне диффузных, преимущественно интерстициальных изменений появлялись чётко ограниченные, округлые затемнения диаметром 0,5-5 см, разбросанные по периферии обоих лёгких.

Ревматоидный артрит предшествовал развитию силикоза, возникал с ним одновременно или (чаще) наблюдался в разные сроки после установления диагноза силикоза. В последующем сочетании силикоза с ревматоидным артритом было описано и у лиц других профессий – горнорабочих золоторудных и других шахт, у рабочих литейных цехов, в производстве искусственных абразивов, черепицы, у чистильщиков котлов.

Подобные узлы иногда обнаруживались у больных без клинических проявлений артрита, в то время как у других больных силикозом при ревматоидном артрите была более или менее обычная картина узелкового силикоза. Силикоз при наличии ревматоидного артрита называют синдромом Калине-Каплана, так как ещё до Каплана был описан случай силикоза при картине поражения суставов бельгийским врачом Colinet (1950). Силикоз при ревматоидном артрите склонен к прогрессированию, хотя в некоторых случаях возможна и регрессия отдельных затемнений. Не исключено одновременное сочетание силикоза, ревматоидного артрита и туберкулёза.

Для диагностики силикоартрита имеет значение нахождение в крови ревматоидного фактора в значительных титрах. Сочетание силикоза с ревматоидным артритом, а возможно, и с другими коллагенозами (системной волчанкой, склеродермией, дерматомиозитом), по-видимому, не является случайным совпадением, а обусловлено общностью некоторых механизмов нарушений иммунореактивности, в связи с чем может рассматриваться как осложнение. При сочетании силикоза со склеродермией заболевание называют синдромом Эразмуса по имени автора, впервые его описавшего.

(Продолжение следует.)

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Самарский государственный
медицинский университет.

Недавно «город-врач» Ялта гостеприимно распахнул свои двери участникам Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения туберкулёза у детей и подростков». Местом проведения форума этот «целебный город» был избран не случайно. Ещё со второй половины XIX века, когда известные врачи Сергей Боткин и Владимир Дмитриев научно обосновали благодатные свойства климата Ялты и её окрестностей, Южный берег Крыма стал получать нарастающую популярность среди россиян.

Крымские горы привлекали доступностью хребтов, на водораздельные части которых вели вполне удобные для путешествий тропы, близостью тёплого моря. Именно к тому времени полуостров стал широко известен и своим целительным сухим климатом, благоприятным для людей с заболеваниями дыхательной системы. Климат курорта Ялта имеет много общего со средиземноморским, что обусловлено его расположением на той же географической широте, что и итальянские Равенна и Генуя. Все эти свойства и сделали его наиболее посещаемым для отдыха и оздоровления.

Место уникальное...

А вскоре в «крошечный Неаполь», как тогда именовали Ялту, со всей России за спасением потянулись больные туберкулёзом – и простые обыватели, и царственные особы. Врач и писатель Сергей Елпатьевский отмечал: «Поразило и захватило меня то, что в Ялте выздоравливали такие, которых я раньше считал безнадежными». Доктор А.Бобров, однофамилец известного врача Александра Боброва, чьё имя носит детский санаторий в Алушке, не без оснований считал юг страны, и главным образом Южный берег Крыма, местом, «где вся Россия собирает своих чахоточных, и среди них 3/4 – это люди малосостоятельные или немощные». Именно этот врач Бобров назвал Ялту «столицей чахотки».

Время неостановимо, но поныне Ялта – место поистине уникальное, сочетающее мягкий климат, целебный морской воздух, обилие свежей зелени, живописные горные пейзажи. Вне сомнения, по сей день оставаясь первоклассным, модным и дорогим, этот курорт способен составлять конкуренцию лучшим ривьерам Европы.

Ещё врачи древности знали о благоприятном эффекте лечения больных туберкулёзом в условиях здорового климата при правильном использовании природных факторов, полноценном питании, рациональном двигательном режиме. Учитывая это, помимо основных научно-практических направлений – актуальных проблем диагностики, предупреждения и лечения туберкулёзной инфекции у детей, детской пульмонологии во фтизиатрической практике, отличительной особенностью нынешней конференции стало всестороннее рассмотрение вопросов медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с туберкулёзом и из групп риска по этому серьёзному заболеванию. В рамках пленарных заседаний и школ было уделено пристальное внимание именно этим важным на сегодня направлениям с учётом специфики Южного берега Крыма.

В Ялте проходила уже 4-я конференция детских фтизиатров. Если на первой присутствовало 250 человек, на прошлогодней – 600, то «ялтинская» собрала свыше 800 специалистов из всех территорий РФ, в том числе из Республики Крым, Камчатского, Краснодарского, Красноярского, Пермского, Приморского, Забайкальского краёв, республик Поволжья, Северного Кавказа, Севера и т.д. Участвовали в ней директора профильных институтов и их заместители по научной работе, 61 главный врач и 45 заместителей главного врача диспансеров, детских туберкулёзных больниц, санаторно-оздоровительных учреждений, 93 заведующих отделениями противотуберкулёзных учреждений, 62 главных детских фтизиатра территорий, 43 представителя кафедр фтизиатрии и фтизиопульмонологии, ведущие специалисты в области инфекционных болезней, эпидемиологии, микробиологии, клинической иммунологии и фармакологии, лабораторной диагностики, специалисты Роспотребнадзора и медицинских организаций общей лечебной сети, ответственные за работу по вопросам вакцинопро-

Сочетая полезное с приятным

Открывая конференцию, главный детский фтизиатр Минздрава России, руководитель детского подросткового отделения НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор Валентина Аксёнова отметила, что как здравница Ялта знаменита уже несколько веков. Кто-то был здесь много лет назад, кто-то приехал впервые. А потому организаторы

Приветствуя коллег, министр здравоохранения Республики Крым Александр Голенко в обращении, которое озвучила главный фтизиатр Минздрава республики Лилия Молоденко, сказал: «Убеждён, что конференция внесёт значимый вклад в совершенствование специализированной фтизиатрической помощи».

Надо подчеркнуть, что многие пожелали воочию ознакомиться с фтизиопедиатрической службой Крыма, что объяснимо – единая территория должна знать о нуждах и достижениях всех фтизиатров.

Заведующая кафедрой педиатрии Первого МГМУ им. И.М.Се-

Перспективы и цели

Перспективами и целями в области профилактики, диагностики и лечения туберкулёза у детей в период после 2015 г. с коллегами поделилась В.Аксёнова.

На земном шаре, отметила она, туберкулёзом ежегодно заболевают более 9,5 млн человек, при этом 1,5 млн погибают. 10% составляют дети. Это почти миллион заболевших, 140 тыс. из которых умирают. Огромное количество!

– Задача, которая стоит перед нами, – добиться ежегодного снижения эпидпоказателей не менее чем на 10% по сравнению

Итоги и прогнозы

Чем дышит Южный берег Крыма?

Детские фтизиатры провели конференцию в Ялте, которую прежде именовали и «маленьким Неаполем» и... «столицей чахотки»



Валентина Аксёнова открывает конференцию

филактики и выявления туберкулёза у детей и подростков, около 150 практикующих врачей. Были гости из зарубежья – Белоруссии, Казахстана, Таджикистана, Узбекистана.

Началась конференция проведением образовательных школ для практикующих врачей – тематическими усовершенствованиями, в которых прошли обучение 350 человек. Слушатели получили удостоверение о краткосрочном повышении квалификации Института инновационного развития и повышения квалификации в системе здравоохранения. Всем участникам форума выданы сертификаты.

В рамках конференции была прочитана лекция «Компьютерная томография в оценке изменений в грудной полости у детей», проведено совещание заведующих кафедрами фтизиатрии и фтизиопульмонологии.

Плодотворно прошли заседания рабочей группы при главном детском фтизиатре и профильной комиссии Минздрава России по специальности «фтизиатрия», на которой обсуждались Федеральные клинические рекомендации по санаторно-курортной помощи детям с различными проявлениями туберкулёзной инфекции. Прозвучали и отчёты главных детских специалистов по фтизиатрии федеральных округов РФ.

Неотъемлемой компонентом научной программы стала выставка, которая позволила участникам получить информацию о медицинских препаратах непосредственно от производителя. А официальным представителем и техническим организатором форума выступила региональная общественная организация инвалидов «Здоровье человека».

форума не обидятся, если какие-то заседания участники поручат посетить коллегам, а сами в это время насладятся прекрасными крымскими красотами, горным воздухом и ароматами моря этого замечательного уголка нашей страны.

Оргкомитет и хозяйка создали коллегам прекрасные условия, что позволило сочетать интеллектуальное общение с комфортным пребыванием. Врачам предоставилась возможность и для обмена знаниями и опытом на различных площадках, и для дружеского, неформального общения.

О поддержке проблем детского туберкулёза было заявлено в озвученном приветствии Минздрава России, направленном от имени заместителя министра здравоохранения Татьяны Яковлевой: «Борьба с туберкулёзом в нашей стране проводится на основе государственной поддержки и приоритетного финансирования социально значимых направлений в здравоохранении. Основополагающие её принципы – своевременное выявление больных, предупреждение заболевания с применением современных вакцин, комплексные подходы в лечении. По сравнению с 2014 г. в 2015 г. произошло снижение заболеваемости детей в возрасте до 14 лет более чем на 6%, а в возрасте 15-17 лет – на 3%. Тем не менее ситуация в стране напряжённая. Россия одобрила Глобальную стратегию по борьбе с туберкулёзом и цели по профилактике, лечению и контролю за этим заболеванием на период после 2015 г., по устраниению к 2050 г. туберкулёза как проблемы общественного здравоохранения».

ченнова, руководитель Московского общества детских врачей, доктор медицинских наук, профессор Наталья Геппе подчеркнула: «Здесь, в Крыму, мы будем не только общаться, учиться, но – самое главное – дышать, потому что этот воздух был и остаётся целебным. Прежде всего для пациентов с респираторными проблемами, туберкулёзом. Исстари они стремились попасть сюда на лечение. Наша встреча predetermined тематикой, проблемами, которые мы рассматриваем. Для меня, одного из руководителей Педиатрического респираторного общества, важно тесное сотрудничество с фтизиатрами. В моей иерархии фтизиатры стоят на некоем пьедестале. Но несмотря на те достижения, которых вы добились, многие проблемы пока не решены. Перед вами ещё очень много задач по искоренению инфекции, которая, к сожалению, уносит жизни наших маленьких пациентов, что несправедливо».

Пристальное внимание на форуме уделяли таким важным проблемам, как профилактика, работа в очагах, хирургическое лечение больных и т.д. По мнению директора Московского центра борьбы с туберкулёзом Елены Богородской, «мы недооцениваем заслуги фтизиопедиатрии. Именно фтизиопедиатры делают то, чем занимаются специалисты по инфекционным болезням в развитых странах мира по выявлению больных туберкулёзом. Сюда мы приехали не только рассказать об этом, но и узнать о новациях во фтизиопедиатрии. Сообща мы выйдем на более совершенную стадию развития».

Поддержал коллегу и директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии, доктор медицинских наук, профессор Сергей Скорняков, заметивший, что «фтизиопедиатрия – это не только флагман отечественной фтизиатрии, возможно, это её основа. Не справившись с проблемой туберкулёза у детей, не научившись предупреждать инфицирование, переход инфекции в активную фазу, мы не сможем принципиально решить проблему туберкулёза у взрослых».

О значении обмена опытом в формате конференции сказал заведующий кафедрой фтизиатрии Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского Михаил Гришин: «Я считаю, эта конференция является исторической. Вы – первые, кто приехал к нам проводить столь значительный медицинский форум».

с предыдущим годом, – сказала В.Аксёнова. Взрослая фтизиослужба уже достигла этого, надеюсь, и у нас это тоже получится. Настало время, когда каждый случай смерти ребёнка от туберкулёза должен тщательно и всесторонне анализироваться. Дети не должны умирать от туберкулёза! Мы не имеем права допустить хотя бы случая их смерти.

Основными проблемами в XXI веке являются заболеваемость в очагах, множественная лекарственная устойчивость, сочетанная ВИЧ-инфекция и туберкулёз, подростковый туберкулёз. Ставку следует сделать на вакцинопрофилактику. Малейшее небрежение в этом может вести к трагедии. Вакцина БЦЖ обладает доказанным защитным эффектом от менингита и милиарного туберкулёза, достоверно снижает смертность. Ревакцинация же может повышать риск возникновения нежелательных явлений. У нас отменены ревакцинации в 14 и 17 лет, она осталась только в 7 лет. Мы поступательно уменьшаем их количество.

Важным остаётся вопрос раннего выявления и лечения латентной туберкулёзной инфекции. Охват профосмотрами у нас остаётся достаточно высоким.

Среди недостатков – пока у нас очень активно проводится бактериологическое подтверждение. Новые тесты следует использовать в образцах мокроты у детей как исходный материал при диагностике туберкулёза. Детей надо исследовать самыми современными диагностическими методами.

Что касается эффективности лечения, могу с гордостью отметить, что в нашей стране она составляет 95% у детей, больных туберкулёзом без МЛУ.

Важнейшей составной частью профилактики является проведение социальных, противоэпидемических и лечебных мероприятий в очаге туберкулёзной инфекции. Самая эффективная профилактика туберкулёза у детей – это сделать всё, чтобы излечить взрослого и изолировать ребёнка. Сейчас мы более серьёзно стали работать в очагах. И конечно, необходимо улучшить изоляцию из очагов, шире используя возможности санаторной службы.

В целом, будущее нашей службы согласуется с рекомендациями ВОЗ. Туберкулёз, как известно, не имеет границ, поэтому нам нельзя находиться в замкнутом пространстве, жить в изоляции. В достижении глобальных целей элиминации туберкулёза мы должны работать сообща.

Ориентиры

Не искажая портрет болезни...

О новых подходах в диагностике туберкулёза

В различных форматах конференции специалисты обсуждали вопросы эффективности применения различных средств с целью повышения качества диагностики туберкулёзной инфекции, правильного использования комбинированных противотуберкулёзных препаратов, лечения туберкулёза у различных возрастных категорий и многие другие.

В рамках одного из наиболее крупных сателлитных симпозиумов речь шла о фармакотерапии при заболеваниях бронхолегочной системы. Подробному, всестороннему рассмотрению и беспристрастному анализу подвергся новый метод диагностики туберкулёза, одобренный Российским обществом фтизиатров и рекомендованный Минздравом России в конце 2014 г.

Заметим, что более столетия единственным препаратом для скрининга туберкулёза оставалась проба Манту. Однако массовое её применение, как отмечают врачи, ведёт к гипердиагностике заболевания. У большинства вакцинированных (50-95% детей) она даёт положительную реакцию. В результате им необоснованно назначается химиотерапия тяжёлыми для организма ребёнка противотуберкулёзными препаратами. При этом врачи зачастую пропускают случаи настоящего заражения туберкулёзом, несмотря на положительную пробу Манту, принимая её за ложную реакцию на предыдущее вакцинирование.

У туберкулёза, как полагают специалисты, серое лицо. И за этой серьёзностью, близостью даже опытным специалистам очень сложно бывает рассмотреть реальный портрет. К счастью, жизнь не стоит на месте. В 2008 г. генерация современных российских учёных разработала препарат аллергена туберкулёзного рекомбинантного, или диаскинтест, который стал прорывом во фтизиатрии. Инновационный биотехнологический препарат для скрининга туберкулёза у детей обладает доказанной чувствительностью к туберкулёзной инфекции и сводит к нулю ложные результаты, связанные с прежде выполненной иммунизацией, позволяет значительно сокращать затраты на выявление каждого заболевшего. Согласно приказу Минздрава № 855, с 2010 г. его стали использовать в противотуберкулёзной службе 37 регионов страны. А с 2011 г. – по всей России. С 2013 г. с его помощью начался пробный массовый скрининг здоровых детей. Вне сомнения, он принёс счастье во многие и многие семьи.

«Этот препарат, – убеждена главный детский фтизиатр Минздрава России Валентина Аксёнова, – позволяет вывести диагностику туберкулёза на качественно новый уровень, избежать необоснованного лечения и полноценно выявлять группы риска по этому заболеванию и локальные формы на ранних стадиях».

Специалисты из всех регионов страны поделились с коллегами своим опытом применения этого прогрессивного и перспективного препарата. Когда-то Расул Гамзатов в своём стихотворении написал: «Ты сел в седло, весёлый иль угрюмый, / Не торопись, уму не прекословь, / На полпути остановись, подумай, / И оглянись, и путь продолжи вновь». Конференции, подобные ялтинской, – прекрасный повод сделать остановку в пути, проанализировать выполненное, чтобы двигаться дальше.

Ольга БАРОНОВА, главный детский фтизиатр Северо-Кавказского федерального округа:

– Хочу отметить высокую эффективность использования аллергена туберкулёзного рекомбинантного в скрининге туберкулёзной инфекции в Ставропольском крае в 2012-2015 гг. Проанализировав в 2007-2008 гг. данные традиционной массовой туберкулинодиагностики у 97% детей, мы установили, что она позволяет выявлять туберкулёз у 55% детей и 24% подростков. В конце 2009 г. мы получили диа-



Ольга Баронова

скинтест и, проработав с ним буквально 2 года (2010-2011), убедились, что эффективность выявления у нас выросла почти в 2 раза.

По рекомендации В.Аксёновой Минздрав Ставропольского края издал приказ, согласно которому мы начали проводить скрининг с использованием диаскинтеста у детей в возрасте 8-17 лет. На сегодня обследовано почти 255 тыс. человек. На традиционную туберкулиновую пробу Манту положительно реагировали 55% детей до 14 лет, при скрининге с диаскинтестом – 1%, среди подростков соответственно – 75 и 2%.

Численность групп риска на участке фтизиатра сократилась с 5 до 3%. Диаскинтест позволяет проводить прицельное обследование органов грудной полости с использованием КТ, уменьшилось посещение детьми и их родителями противотуберкулёзных учреждений. Значительно снизилось количество детей, нуждающихся в превентивной терапии. И наконец, мы стали оптимально формировать группы высокого риска. При скрининге с диаскинтестом количество гиперергических проб в десятки раз превышает результаты при традиционной туберкулинодиагностике. Количество подростков в группах риска при скрининге возросло почти в 3 раза. Среди подростков с положительными результатами диаскинтеста у многих отмечаются сопутствующие патологии, каждый третий находился в контакте с больным туберкулёзом, каждый четвёртый проживал в социально неблагополучной семье. Скрининг позволил нам выявлять заболевания у подростков в 60% случаев, причём в 2 раза более эффективно, чем традиционный метод диагностики – флюорография. Это ещё раз говорит о том, что препарат очень информативен среди подростков и лиц молодого возраста. Показатели выявляемости: 0,4 на 1 тыс. обследованных среди детей и 0,7 на 1 тыс. обследованных среди подростков, что значительно превышает показатели выявляемости по пробе Манту.

Показатели заболеваемости детей и подростков в нашей пилотной территории были неодинаковыми. Вначале мы пережили пик роста, но в 2015 г. она снизилась. Также мы произвели расчёт затрат на проведение различных схем обследования и установили, что использование скрининга с диаскинтестом подтверждает его высокую экономическую эффективность.

Людмила ВАСИЛЬЕВА, главный детский фтизиатр Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области:

– В Ярославской области диаскинтест в качестве скрининг-метода используется на протяжении 6 лет. Мы широко обследуем все производственные контакты при выявлении каждого случая туберкулёза у ребёнка или подростка. Приказ местного Департамента здравоохранения и фармации, вышедший в 2012 г., позволил нам одновременно проводить у детей всех возрастов традиционную туберкулинодиагностику и применять диаскинтест. На такой шаг мы пошли для «чистоты эксперимента» – эти дети и подростки находились в одинаковых условиях, имели один аллергический и соматический фон. Все пациенты, давшие положительные и сомнительные результаты, обследовались на компьютерном томографе, а в 2013-2014 гг. – на мультиспиральном КТ. Скрининговым обследованием во время пилотного проекта было охвачено 120 тыс. детей. Но и по окончании проекта на протяжении 2015 г. в большинстве муниципалитетов продолжали ставить две туберкулиновые пробы, хотя диаскинтест завоевал большой авторитет.

В результате обследования у фтизиатра поствакцинальная аллергия была зарегистрирована



Людмила Васильева

более чем у 30% детей. У дошкольников этот процент превышал 50. Инфицирование микобактериями туберкулёза также было достаточно высоким – до 55,6% у детей, 80% у подростков. В нулевую группу взято 19% детей. Из них максимальная цифра переведённых в отдельные годы в шестую группу составляла 16%, но в настоящее время она снизилась до 11,2%. Эти данные абсолютно информативны, так как в Ярославской области в течение свыше 25 лет действует компьютерная программа «Туберкулинодиагностика».

Мы посчитали экономические затраты и установили: более 40 млн руб. тратится на детей, которых в принципе-то даже не должно быть у фтизиатра! Это та поствакцинальная аллергия, которая загружает фтизиатров и отнюдь не делает нашу работу лучше.

За годы наблюдения выявлен 51 дошкольник. Из них только 43,1% могли бы быть выявлены по результатам реакции Манту. Все остальные остались бы невыявленными. Если же мы возьмём более старшие возрастные группы, там процент по реакции Манту ещё ниже. То есть диаскинтест значительно более высокочувствителен, высокоспецифичен и эффективен.

Рамзия ФАТЫХОВА, главный детский фтизиатр Министерства здравоохранения Республики Татарстан:

– Показатели первичного инфицирования детей и подростков в республике в течение ряда лет сохраняются на одном уровне – без тенденции к снижению. Это требует оптимизации и новых подходов к диагностике как активной, так и латентной туберкулёзной инфекции.

Говоря об этапах внедрения проб с диаскинтестом, хочу отметить, что на первом этапе, так же, как и во всех регионах, мы применяли пробу в группах риска. В результате сначала имели рост заболеваемости, ведь зримо улучшилась выявляемость. К 2014 г. клиническая и возрастная структура значительно изменилась – уменьшился удельный вес осложнённых и распространённых форм. До 96% возросла профилактическая выявляемость. В течение 7 лет в регионе не регистрируется смертности детей. Значительно снизилась заболеваемость детей раннего возраста. И более 80% детей было выявлено при проведении КТ при отсутствии изменений на стандартных рентгенограммах.

Наиболее часто, практически в 90% случаев, положительные пробы с диаскинтестом регистрируются у детей из очагов туберкулёзной инфекции в раннем периоде первичной туберкулёзной инфекции. До 40% латентной туберкулёзной инфекции выявляется у детей, ранее инфицированных с гиперергическими реакциями на туберкулин и примерно с такой же частотой – в очагах туберкулёзной инфекции.

На втором этапе в 2012 г. в 12 муниципальных образованиях проводился массовый скрининг детей по диаскинтесту, и параллельно – проба Манту. При проведении скрининга положительные реакции на диаскинтест составили 0,9% (чаще среди подростков), сомнительные – 0,6%. Практически в 60% случаев положительные пробы на диаскинтест выявляются у детей, ранее инфицированных, без нарастания чувствительности к туберкулину. То есть это тот контингент, который вообще не подлежал направлению на обследование. Точно так же практически 50% среди сомнительной реакции на диаскинтест – это дети и подростки без нарастания чувствительности к туберкулину. И при дальнейшем дообследовании с проведением КТ выявляемость туберкулёза на тысячу детей с положительной и сомнительной реакцией, направленных на обследование, составила 28,3. То есть выявляемость по пробе с диаскинтестом практически в 20 раз выше.



Рамзия Фатыхова

Ирина СОТНЕВА, фтизиопедитр Нижегородского областного клинического противотуберкулёзного диспансера:

– Заболеваемость туберкулёзом среди детей в нашем регионе имела пиковые значения в 2012-2013 гг., когда мы стали широко использовать диаскинтест и метод КТ для дообследования. В последние годы она снизилась. В 2015 г. среди детей она составила 5,9 на 100 тыс. детского населения, среди подростков – 16 на 100 тыс. подросткового населения (снизилась на 29%). Латентная заболеваемость также имела свои максимальные значения в 2012-2013 гг.

Диаскинтест для массового обследования в общей лечебной сети у нас впервые был применён в 2013 г., когда по местному приказу мы обследовали детей школьного возраста с 7 до 14 лет. Было обследовано 73% данного контингента и 30% подростков 15-17 лет – всего более 190 тыс. человек. 98,7% обследованных дали отрицательные реакции на препарат, положитель-



Ирина Сотнева

ных реакций было 1%, сомнительных – 0,3%.

Всего с помощью диаскинтеста мы обследовали свыше 230 тыс. человек. Процент обследования получился одинаковым (81%) среди детей 8-14 лет и среди подростков 15-17 лет. На сегодня по результатам скринингового обследования с использованием диаскинтеста мы выявили 12 случаев активного туберкулёза у детей. Причём только один – по реакции Манту и 11 – по диаскинтесту. Выявляемость активного туберкулёза на 100 тыс. обследуемых показала, что по диаскинтесту она в 2,5 раза выше по сравнению с реакцией Манту, а локальных туберкулёзных изменений – в 7-10 раз по сравнению со стандартными методами туберкулинодиагностики.

Также хотела бы отметить, что при обследовании окружения двоих детей, выявленных по скринингу, мы выявили двоих взрослых из близкого семейного окружения с бацилловыделением, в том числе одного с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя.

* * *

Представленные докладчиками наблюдения, несомненно, пригодятся специалистам-россиянам, врачам из ближнего зарубежья и, конечно же, крымским коллегам. Кстати, в рамках программы по профилактике туберкулёза ещё в мае 2014 г. компания «Генериум» безвозмездно передала лечебным учреждениям Республики Крым крупную партию препарата для раннего выявления заболевания у детей и подростков. Такой шаг был продиктован острой необходимостью и стал очень своевременным. Но в субъекте всё ещё отсутствует дееспособная система выявления туберкулёза медицинскими организациями общей лечебной сети, поэтому часто больные выявляются с распространённым, осложнёнными формами заболевания, отмечается дефицит диагностических препаратов для проведения туберкулинодиагностики. И поддержка и опыт россиян в этом как нельзя кстати. Только общими усилиями можно добиться улучшения эпидемиологической ситуации.

Ялта – Москва.

Материалы подготовил
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Под ядерной медициной во всём мире традиционно понимают применение радиоактивных изотопов для выявления и лечения различных заболеваний. С момента открытия радиоактивности и получения Энрико Ферми (1934) первых радиоактивных изотопов в лабораторных условиях человечество шагнуло далеко вперёд. Методы радионуклидной диагностики и терапии сегодня широко применяются в клинической практике. В мире прижилось объединяющее определение ядерной медицины как высокотехнологичного и наукоёмкого направления – «молекулярная визуализация».

Новые возможности в диагностике опухолей

Главным преимуществом радиоизотопной диагностики является возможность визуализировать функциональную (метаболическую) составляющую патологических процессов. При этом количественно и качественно изучать интересующий физиологический процесс.

Методы ультразвуковой диагностики, рентгеновской компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии дают информацию главным образом о размерах и структуре (плотности) органов и тканей. Дополняющие их методы доплерографического и эластографического картирования, а также контрастирования позволяют оценить кровоснабжение и плотность патологических очагов, определить их границы. К сожалению, они не отражают метаболические процессы в патологических очагах, знание которых в сочетании с лучевой томографией открывают новые дополнительные возможности в диагностике опухолей и гормональных нарушений.

В качестве иллюстрации к вышесказанному можно привести щитовидную железу, с изучением которой, собственно, и зародилась ядерная медицина как направление. Зависимость функции щитовидной железы от йода, который был открыт как химический элемент в 1811 г., является уникальной «метаболической» особенностью этого органа. Клетки щитовидной железы активно захватывают йод из крови и используют его для синтеза гормонов. Чем выше функциональная активность щитовидной железы, тем интенсивнее её клетки захватывают йод из крови. При диффузном токсическом зобе (болезнь Грейвса, Базедова болезнь), при котором все клетки щитовидной железы автономно вырабатывают и секретируют в кровь гормоны, щитовидная железа захватывает и удерживает до 80% находящегося в крови йода. На этом основан принцип терапии радиоактивным йодом различных тиреотоксических заболеваний. Радиоактивный йод интенсивно захватывается и длительно удерживается гиперактивными клетками щитовидной железы, создавая в ней высокую накопленную дозу облучения. К тиреотоксическим заболеваниям, помимо диффузного токсического зоба, относятся: токсическая аденома, многоузловой токсический зоб (болезнь Пламмера), функциональная токсическая автономия. В отдельных случаях причиной тиреотоксикоза, часто послеродового, является не усиленное функционирование щитовидной железы, а её деструкция и освобождение в кровь избыточного (токсического) количества тиреоидных гормонов. В этих случаях радиойодтерапия заведомо будет неэффективной в виду того, что захват йода

клетками щитовидной железы заблокирован.

Дозиметрическое планирование

Чтобы прогнозировать, какую дозу облучения получит щитовидная железа в результате лечения радиоактивным йодом, необходимо знать индивидуальные особенности накопления и выведения йода. От этого в значительной степени зависит лечебный эффект. Причём как в самой щитовидной железе, так и в организме в целом. Для изучения радиофармакокинетики используют тот же радиофармапрепарат (РФП), которым проводят лечение – ¹³¹I. В ядерной медицине такие РФП именуют терагностиками. Их клиническое

симпортёром (насосом), который стимулируется тиреотропным гормоном гипофиза. Стало также известно, что ряд мутаций снижает работоспособность последнего вплоть до полной блокировки. В очень редких случаях это врождённые мутации, но в подавляющем большинстве – мутации приобретённые, например вследствие опухолевой трансформации.

Очень важно с точки зрения качества и безопасности хирургического лечения, чтобы операция была выполнена квалифицированным и опытным специалистом, желательным эндокринным хирургом. Соседство щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов на шее



Павел Румянцев

Современные технологии

Ядерная медицина в эндокринологии: поиски продолжают

О радиойодтерапии на современном мировом уровне

применение основано на концепции идентичности биологического «поведения» РФП при небольших (диагностических) и больших (терапевтических) активностях. Это является парадигмой для последующего дозиметрического планирования любой радионуклидной терапии. Оно начинается с того, что при подготовке к лечению пациенту назначается предельно малая активность изотопа, которым впоследствии планируется выполнять лечение. Активность эта столь мала, что может быть измерена лишь высокочувствительным и калиброванным прибором – радиометром, настроенным на спектр излучения введённого изотопа. Измерения производятся регулярно в амбулаторном режиме. На основе полученных данных с помощью математического моделирования воссоздаётся индивидуальная биокинетика и на её основе рассчитывается оптимальная терапевтическая активность, например радиоактивного йода. Данный подход является довольно трудоёмким, требует соответствующего оборудования и квалификации, поэтому не выполняется повсеместно. Персонализация алгоритмов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации является общемировым трендом в здравоохранении вообще и в ядерной медицине в частности. Применение дозиметрического планирования осуществляется не столько в целях повышения эффективности, сколько для обеспечения оптимального баланса эффективности и безопасности лечения пациента.

Где лучше выполнять хирургическую операцию

Фундаментальные исследования позволяют заглянуть «за кулисы» клинической картины заболеваний. Заглянув с помощью молекулярно-генетических исследований вглубь внутриклеточных механизмов, удалось выяснить, что захват клетками щитовидной железы йода осуществляется натрий-йодидным

с параситовидными железами и голосовыми нервами определяет высокий риск их повреждения во время операции. Если осложнения развиваются, они, как правило, калечат пациента на всю жизнь. При удалении параситовидных желёз развивается хронический дефицит кальция в организме, приводящий к судорогам и разрушению костей. При повреждении возвратного гортанного нерва возникает осиплость голоса вплоть до полной его потери, иногда – проблемы с дыханием и глотанием. Для снижения риска повреждения возвратных гортанных (иннервирующих голосовые мышцы гортани) нервов во время операции дополнительно к рукам хирурга может использоваться инновационный метод нейромониторинга, помогающий обнаружить нерв и убедиться в его функциональной сохранности.

В целом использование анатомо-хирургической техники и выполнение операции опытным и квалифицированным эндокринным хирургом снижают до минимума риск осложнений. Вот почему во всём мире, несмотря на умозрительную доступность и простоту выполнения операций на щитовидной железе, их строго рекомендуют выполнять в специализированных медицинских учреждениях, имеющих в распоряжении слаженную команду специалистов и полный арсенал лечебно-диагностических технологий, включая радионуклидную диагностику и терапию.

В поисках золотого стандарта

Другим примером эффективного использования радионуклидной диагностики в эндокринологии является топоческая диагностика гиперфункции околощитовидных желёз. Как следует из названия, эти железы множественные и располагаются по задней поверхности щитовидной железы. Причём их количество и расположение у человека чрезвычайно вариабельно и непредсказуемо. Диагностический

препарат технетрил, меченный радиоактивным технецием, способен накапливаться в клетках с высокой активностью митохондрий. Клетки околощитовидных желёз по сравнению с другими клетками богаты митохондриями и активно захватывают технетрил, обнаруживая себя на скintiграфии. При совмещении скintiграфических срезов, полученных методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии, и срезов рентгеновской компьютерной томографии (ОФЭКТ/КТ) моделируется трёхмерная визуализация объекта исследования с «привязкой» функционирующих очагов к анатомической структуре. В результате мы получаем информацию о количестве и анатомическом расположении патологических очагов, возможность оценить их размер и индекс захвата РФП, соотнести эти данные с результатами других методов исследования (УЗИ, лабораторные показатели и др.).

Однако ядерная медицина в эндокринологии отнюдь не ограничена щитовидной железой. Методы «молекулярной», или, как её ещё называют, «функциональной», визуализации применяются для диагностики патологии параситовидных желёз, опухолей гипофиза, надпочечников, поджелудочной железы, костной ткани, функции почек и др. Дополнительные диагностические возможности открывает сегодня позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). В эндокринологии данный метод хорошо зарекомендовал себя в выявлении, стадировании и контроле эффективности лечения злокачественных опухолей эндокринных органов: щитовидной железы, надпочечников, гипофиза, нейроэндокринных опухолей. Данный метод является золотым стандартом в дифференциальной диагностике и контроле эффективности лечения опухолей поджелудочной железы, секретирующих инсулин, которые могут быть как диффузными, так и очаговыми. Разрешающая спо-

собность метода ПЭТ несколько выше (5-7 мм), чем метода ОФЭКТ (7-9 мм). Это связано с тем, что в результате спонтанной позитронной эмиссии (распада) в диаметральном противоположном направлении вылетает два позитрона, детектируемых на датчиках по обе стороны тела. По разнице времени их полёта до детекторов определяется глубина залегания патологического очага. При наложении этих данных на срезы компьютерной томографии, аналогично методу ОФЭКТ-КТ, с высокой точностью устанавливается интенсивность и анатомическая топография очагов накопления РФП.

В качестве РФП для ПЭТ сегодня наиболее часто используется дезокси-глюкоза, меченная фтором-18. Последний является самым длительно живущим из позитронизлучающих изотопов, применяемых в медицине. Период полураспада составляет 110 минут (для сравнения 11-углерод – 20 минут, 13-азот – 10 минут, 15-кислород – 2 минуты). Принцип диагностики – «метаболическая ловушка». ¹⁸F-дезокси-глюкоза (¹⁸F-ДГ), являясь полным метаболическим аналогом глюкозы, захватывается клетками, где фосфорилируется гексокиназой. Продукт реакции – ¹⁸F-дезокси-глюкоза-6-фосфат, в отличие от фосфата глюкозы, не вступает в дальнейшие реакции и задерживается в клетках в течение исследования, что позволяет оценить интенсивность накопления на ПЭТ-КТ. В опухолевых клетках, как правило, метаболизм глюкозы усилен, так как им необходим энергетический материал для роста и миграции (метастазирования). Причём чем ниже степень дифференцировки (выше агрессивность) опухоли, тем выше пролиферация опухолевых клеток и, как следствие, выше захват дезокси-глюкозы. Однако такой неселективный метод не может обладать высокой специфичностью, поэтому данные ПЭТ необходимо рассматривать критически вкрупне с результатами других объективных методов диагностики. ПЭТ с ¹⁸F-ДГ следует с осторожностью применять у больных сахарным диабетом, у которых априори нарушен метаболизм глюкозы. Существует множество «подводных камней» при интерпретации результатов ПЭТ-КТ. Так, за опухолевые очаги ошибочно принимаются анатомические скопления бурого жира, который является, в частности, физиологическим депо стволовых мезенхимальных клеток.

Ядерная медицина требует сложной работы врачей, медицинских физиков, радиохимиков, биологов, техников. Необходимо изучение механизмов внутриклеточного метаболизма и их регуляции, индивидуальных особенностей.

Сегодня нашим соотечественникам нет необходимости выезжать за границу, чтобы пройти радиойодтерапию на современном мировом уровне качества, безопасности и комфорта. Уровень технологий в отдельных отечественных медицинских учреждениях не уступает западному, а стоимость многократно ниже. Импортзамещение в отечественном здравоохранении, в частности, должно состоять в разработке и совершенствовании протоколов диагностики и лечения, не уступающих лучшим мировым аналогам.

Павел РУМЯНЦЕВ,
заместитель директора
Федерального
эндокринологического научного
центра по инновационному
развитию,
доктор медицинских наук.

В Великобритании молодые врачи провели первую в истории Национальной системы здравоохранения страны всеобщую забастовку. В больницах были перенесены 13 тыс. операций и более 100 тыс. приёмов.

Конфликт между правительством и Британской медицинской ассоциацией (БМА) начался из-за введения новых трудовых договоров, согласно которым основная часть зарплат медиков увеличивается на 11%, однако другие виды выплат снижаются, в том числе за работу во внеурочное время и выходные. Бастующие 38 тыс. медиков требовали от правительства пересмотреть новые контракты. Непосредственно причиной возмущения стали предложенные министром здравоохранения страны Джереми Хантом изменения. Глава английского Минздрава выступил за переход учреждений системы здравоохранения на 7-дневную рабочую неделю. По его словам, это поможет превратить английскую систему здравоохранения в одну из самых высококачественных в мире.

По словам Джереми Ханта, профсоюзы шантажируют правительство забастовками. «Я не думаю, что какой-либо профсоюз имеет право шантажировать правительство, заставляя его отказаться от своей программы, за которую проголосовал британский народ», - сказал он в эфире вещательной корпорации «Би-би-си».

«Сотрудники системы здраво-

Акции

В Великобритании бастуют младшие врачи



Шантаж или акция протеста?

охранения опасаются, что правительство планирует уменьшить оплату часов за работу в ночное время и выходные дни, которая позволяет медицинскому персоналу выживать на фоне замораживания зарплат», - передаёт ТАСС слова генсека профсоюза «Юнисон» Дэйва Прентиса.

По данным Британской медицинской ассоциации, организовавшей акцию, неотложную медпомощь жителям врачи оказывали в прежнем объёме. Как сообщает газета The Telegraph, акция медиков продлилась 48 часов. В ней приняли участие сотрудники, чей рабочий стаж не превышает 10 лет.

Младший врач (Junior Doctor) в Соединённом Королевстве - квалифицированный медработник, который проходит последипломную подготовку, чтобы стать терапевтом. С такой квалификацией специалисты работают в среднем 5-15 лет, после чего могут получить более высокую степень. Сегодня в лечебных учреждениях Великобритании работают около 53 тыс. младших врачей.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

Почему бы и нет?

Проснись и пой

Учёные из США пришли к выводу, что пение улучшает качество жизни и облегчает симптомы болезни Паркинсона, которая, как известно, является дегенеративным расстройством, затрагивающим около 1 млн американцев. Исследование предполагает, что групповое пение, как представляется, облегчает некоторые симптомы болезни.

Симптомы болезни Паркинсона включают в себя тремор, особенно в руках, ногах, лице и челюсти. Это вызывает замедленность движения, проблемы с балансом и эмоциональные изменения. Ухудшения в дыхании и голосе также предъявляют существенные препятствия, которые вызывают значительное снижение качества жизни. Такие симптомы встречаются у 60-80% пациентов с болезнью Паркинсона. Их голос может стать монотонным или хриплым, может быть уменьшена вокальная интенсивность.

Примечательно, что стандарты ведения больных с данным заболе-

ванием не нацелены на эти аспекты. Хотя и существуют различные мероприятия, направленные на улучшение голоса и дефицита дыхания, они не склонны улучшать качество жизни в целом. Это означает, что даже самые полезные методы лечения не всегда имеют полный эффект.

Исследователи из Университета штата Айова во главе с профессором Элизабет Стегемёллер решили разобраться, может ли групповое пение помочь облегчить некоторые из речевых симптомов болезни Паркинсона и в то же время повысить качество жизни и здоровья в целом.

Безусловно, пение является универсальным развлечением, поэтому оно применимо к любому пациенту. Кроме того, пение можно считать особым типом речи с особым акцентом на ритм, темп, тональные изменения и дыхательный контроль. Терапия болезни Паркинсона пением была опробована в предыдущих исследованиях, но результаты были неоднозначными. Это исследование является первым, которое

проверило, зависит ли улучшение симптомов от «дозы».

Исследование включало 27 пациентов с болезнью Паркинсона, которые посещали группу хорового пения один или два раза в неделю. До и после 8 недель исследования проводились оценки. Было обнаружено, что после 2 месяцев пения произошли значительные улучшения в продолжительности основного тона, вокальной громкости и контроле глотания.

Обе группы показали значительное улучшение максимального давления вдоха и выдоха, а также время фонации. Другие меры голоса улучшились, но не до статистически значимой степени. Интересно отметить, что не было никаких различий в результатах между двумя группами. Команда планирует расширить исследование, включив больше пациентов. Теперь пение может быть использовано для лечения такого неговорчивого расстройства.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам medicalnewstoday.com

Ситуация

В одну из больниц города Будё в Норвегии поступил мужчина в критическом состоянии. Ему необходима была экстренная медицинская помощь. Требовался аппарат экстракорпоральной мембранной оксигенации, но в госпитале, куда его доставили, отсутствовало такое оборудование.

женную рядом с Тронхеймом. Звонок принял подполковник Бёрге Клеппе, командующий 338-й эскадрильей. По счастливому стечению обстоятельств как раз в этот момент два самолёта собирались вылетать в нужную сторону, и в одном из них даже был грузовой отсек, где можно было разместить оборудование.

Истребитель спасения

Как известно, экстракорпоральная мембранная оксигенация используется для насыщения крови кислородом. Этот метод может применяться при острой дыхательной или сердечной недостаточности, а также при операциях на сердце вместе с аппаратом искусственного кровообращения. В данном случае больному требовалась оксигенация совместно с искусственной вентиляцией лёгких.

Ближайшее оборудование для такой терапии находилось на расстоянии 280 миль в госпитале города Тронхейм. Это около 10 часов езды на автомобиле, и врачи опасались, что их пациент не дождётся прибытия аппарата. Возникла идея обратиться на базу военно-воздушных сил, располо-

Аппарат был в срочном порядке доставлен к самолёту. А Б.Клеппе сообщил, что обычно такой перелёт занимает около 35 минут, но так как груз был очень важным, пилот «поддал газу» и прибыл в Будё менее чем за 25 минут. Таким образом, от звонка до доставки аппарата прошло всего около 40 минут.

Кристиан Барнс, директор Университетского госпиталя Тромсё, прокомментировал: «Мы очень благодарны за помощь, которую получили от военных. Для пациента наличие этого оборудования было вопросом жизни и смерти».

Генрих ВЕРНЕР.

По информации independent.co.uk

Тест

Противостоит гепатиту

Первый официально одобренный экспресс-тест на гепатит С появится на рынке уже к лету нынешнего года. С его помощью наличие заболевания можно будет определить всего за 15 минут.

Данный тест способен выявить наличие антител к гепатиту С в общем анализе крови, в её сыворотке или плазме. Процедура проверки очень проста: капнув на тест-полоску каплю крови, наличие вируса гепатита С можно будет

определить за несколько минут, сравнив цвет тестовой и контрольной полоски. Одна красная полоска означает, что тест отрицательный, две - что положительный.

Новый диагностический метод будет бесплатно предоставляться нуждающимся в центрах помощи и реабилитации наркозависимых, а также в медучреждениях по предотвращению и профилактике вредных привычек. Его смогут также использовать специалисты всех учреждений здравоохранения: клиницисты и фундаменталисты,

а также средний медперсонал - акушерки, фельдшеры и работники лабораторий.

Согласно данным французского Института медицинского наблюдения InVS, гепатит С ежегодно уносит по всему миру около полутора миллиона жизней, из них 3 тыс. во Франции. Всего в стране около 400 тыс. человек заражены гепатитом С, причём 75 тыс. из них не знают об этом.

Алина КРАУЗЕ.

По информации La Parisienne.

Особый случай

Дикари да и только

Процедура вакцинации против полиомиелита, проходившая в пакистанском городе Карачи, закончилась трагедией. Неизвестные застрелили семерых полицейских, сопровождавших медиков, проводивших вакцинацию.

Личности убийц неизвестны, 8 вооружённых человек скрылись на мотоциклах. Объявлено вознаграждение за любую информацию о стрелявших в размере около

5 млн рупий. Семьи погибших получат компенсацию.

Всего же в результате атак, организованных противниками вакцинации, с декабря 2012 г. погибло уже около 80 человек.

Несмотря на произошедшее, вакцинация от полиомиелита не будет остановлена. Капли получат все дети, а охрана медиков будет усилена.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению ВВС.

Перспективы

Свинская
трансплантация

Китайские учёные из Центрального Южного Университета совместно с исследовательской группой из Сиднейского университета сообщили, что им удалось пересадить поджелудочные железы свиней пациентам, страдающим сахарным диабетом 1-го типа.

Операции состоялись в период с июля 2013 по февраль 2016 г. Уже сейчас можно говорить о том, что учёным сопутствовал успех. В одном случае необходимость в использовании инсулина уменьшилась на 80,5%. Улучшения наблюдались и у двух других пациентов – им удалось снизить количество инсулина на 57 и 56% соответственно.

Профессор Ванг Вей объясняет, что эти операции были проведены в рамках реализации программы, направленной на устранение дефицита донорских органов. О том, что органы животных смогут использоваться для трансплантации, говорится уже давно. Пока учёные пытаются пересаживать органы свиней обезьянам. Сейчас известно о бабуине, который более 2 лет живёт с донорским сердцем, взятым у свиньи. Наряду с этим обезьянам планируется в качестве эксперимента пересадить свиные лёгкие.

Кроме того, уже разработаны технологии, которые в будущем позволят выращивать необходимые для пересадки органы в телах свиней и овец – подобные исследования ведутся в Великобритании, где могут



разрешить выращивать человеческие органы, подходящие для пересадки, в организмах свиней и овец.

Сообщается, что в ближайшее время будет опубликовано первое руководство по использованию химерных животных, в организме которых будут присутствовать одновременно и человеческие органы, и органы самого животного. Учёные надеются, что выращенные таким образом печень и сердце окажутся пригодны для трансплантации, что поможет хотя бы частично решить проблему нехватки донорских органов. Такая методика позволит вырастить необходимые органы из клеток самого реципиента, что существенно снизит риск отторжения пересаженной печени или почек.

Подобные исследования уже

проводятся в США – за прошедший год гибридные эмбрионы были подсажены 20 животным. В ходе эксперимента ДНК, ответственная за формирование того или иного органа животных, удаляется. Дэниел Гарри из Университета Миннесоты объясняет, что биотехнологи уже способны создавать животных, лишённых скелетных мышц или кровеносных сосудов. Добавление человеческих стволовых клеток позволит создать химерный организм с подходящими для дальнейшей трансплантации органами.

Впрочем, подобные исследования уже подверглись резкой критике со стороны защитников животных, которые считают их негуманными.

Марк ВИНТЕР.

По информации counselheal.com,
telegraph.co.uk

А как у них?

Страхование
по-американски

Крупнейшая американская страховая компания объявила, что в 2017 г. практически прекратит участие в системе продажи через специальные государственные сайты полисов обязательного индивидуального страхования, внедрённого в рамках реформы здравоохранения Обамасаге. Страховщик объяснил свой отказ убытками, которые приносит продажа страховки через госпорталы.

Таким образом, терпит крах самая большая страховая компания в США и один из крупнейших продавцов полисов обязательного страхования через специальные государственные сайты, которые были созданы в рамках реформы национальной системы здравоохранения президентом Бараком Обамой. Компания продаёт полисы в 34 штатах.

«В следующем году штаты, с которыми мы будем работать, можно будет пересчитать по пальцам», – заявил генеральный директор данной компании Стивен Хемсли.

Примечательно, что в минувшем году компания уже сообщила инвесторам, что новые полисы приносят убытки и, возможно, придётся отказаться от их реализации. Недавно компания объявила, что в этом году убытки от продажи страховки через специальные государственные сайты составят 650 млн долл. В предыдущем прогнозе речь шла лишь о 125 млн.

По словам С.Хемсли, более высокие страховые риски и спрос ниже ожидаемого предполагает, что компания не сможет продавать полисы в течение продолжительного времени.

Что характерно, у данной компании 795 тыс. клиентов, имеющих полисы, купленные через государственную систе-

му, причём больше половины пользуются услугами компании впервые. К концу нынешнего года, по приблизительной оценке, их должно стать на 650 тыс. больше.

Другие крупные американские страховщики пока продолжают продавать полисы обязательного страхования через специальные государственные сайты. При этом в начале этого года глава третьей по величине в США страховой компании высказал сомнения в перспективности системы медицинского страхования Обамасаге.

Тогда американские власти заявили, что более 12 млн человек обзавелись страховками через государственный сайт или системы самих штатов. До этого правительство предполагало, что страховки приобретут более 20 млн человек.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению Reuters.

Открытия, находки

Как известно, в настоящее время эффективного лекарства для борьбы с болезнью Альцгеймера нет. Более того, не до конца ясны и причины возникновения заболевания. Исследователи продолжают искать новые и новые средства, предназначенные для лечения болезни. Результаты некоторых из них выглядят действительно впечатляюще.

животные. Авторам удалось показать, что IL-33 вызывает активацию клеток микроглии, способных уничтожать бета-амилоидные бляшки с помощью фермента неприликина. Кроме того, инъекции белка снижали уровень воспаления в головном мозгу, что, как было показано ранее, ингибировало процесс образования бляшек и нейрофибрилярных клубков.

К сожалению, по официальной

«Дожать»
Альцгеймера

Учёные из Университета Глазго под руководством профессора Эдди Лью смогли излечить мышей от болезни Альцгеймера. Для этого они в течение недели ежедневно вводили животным белок IL-33 – это позволило избавить животных от симптомов заболевания, снизить количество бета-амилоидных бляшек в головном мозгу, улучшить их память и когнитивные способности.

Известно, что IL-33 продуцируется многими клетками организма. Он особенно необходим для работы головного и спинного мозга. Мыши, прошедшие курс инъекций, вели себя так же, как и здоровые

статистике, лишь в 8% случаев эксперименты, успешно завершившиеся на мышах, дают сходные результаты на людях. Тем не менее исследователи надеются на успех, так как у пациентов с болезнью Альцгеймера из европейской и китайской популяций в головном мозгу наблюдался дефицит IL-33. Это значит, что введение этого белка поможет компенсировать недостаток интерлейкина и, возможно, справиться с симптомами болезни.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации sciencealert.com

Исследования

Лучше кашель

Учёные из Университета Фрейбурга в Германии под руководством Марко Принца описали молекулярный механизм, ответственный за характерное состояние при вирусных или бактериальных инфекциях. Общая слабость, туман в голове, апатия – часто более тяжёлые симптомы, чем непосредственно симптомы болезни, такие как кашель или боли в горле.

Исследователи проводили эксперимент на мышах, заражая их вирусом и вызывая непродолжительную болезнь. О воздействии заболевания на поведение они судили, применяя стандартный тест для грызунов для определения уровня депрессии: животные помещаются в ёмкость с водой, обычно они борются, чтобы выбраться из воды, но в депрессии быстро сдаются и просто плавают. Такое поведение заражённые мыши демонстрировали в 2 раза чаще.

Оказалось, что вирус стимулировал производство в организме мышей интерферона-β. Он, в свою очередь, стимулировал молекулы рецепторов в защитных мембранах клеток мозга и клетках, которые выстилают кровеносные сосуды, являющиеся частью гематоэнцефалического барьера. Они также выяснили, что в ответ на интерферон-β клетки сосудов производят молекулу под названием CXCL10, которая влияет на нейроны и приводит к снижению способности к обучению.

Все эти процессы и образуют в комплексе то самое болезненное угнетённое состояние, характерное для различных инфекций. А в общем виде исследование показывает связь между иммунной системой и мозгом, что само по себе пока очень мало исследовано.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Science.

Криминал

Почём ребёнок?

Индийская полиция обнаружила, что сотрудники одной из частных клиник Гвалиора занимались продажей детей бездетным парам. Кроме этого стало известно по крайней мере об одном случае обмена ребёнка «неподходящего» пола, который также был проведён с участием медперсонала.

В настоящее время полиция ведёт поиски семейных пар, заплативших больнице деньги за новорождённых. Стоимость ребёнка составляла 100 тыс. индийских рупий.

Если в больницу обращались семьи девочек, желающие избавиться от нежелательной беременности, медики уговаривали их оставить ребёнка и в дальнейшем принимали роды. После того, как мать новорождённого выписыва-

лась из больницы, сотрудники клиники приступали к поиску бездетных пар, желающих купить ребёнка. Уже известно как минимум о трёх таких случаях, но предполагается, что их было гораздо больше.

Кроме того, полиция узнала о том, что в больницу обращалась семейная пара, у которой родились мальчики-близнецы. За соответствующую плату одного из них они смогли обменять на девочку. В больнице были обнаружены ещё новорождённые, которые, как предполагается, также могли быть проданы.

К настоящему времени арестованы 5 человек, включая директора больницы, управляющего и родителей, купавших в клинике детей.

Ян РИЦКИЙ.

По информации indiatimes.com

В начале этого года «Медицинская газета» (см. «МГ» №10 от 12.02.2016) напечатала корреспонденцию «Круг здоровья», в которой рассказывалось, в частности, о бывшем главном враче Жуковского детского противотуберкулёзного санатория Брянской области Софье Папориш. Было отмечено, что сейчас, к сожалению, мало что известно об этой настоящей подвижнице нелёгкого врачебного дела. Однако история получила неожиданное продолжение.

После прочтения корреспонденции в «Медицинской газете» откликнулись главный врач существующего и поныне этого лечебного учреждения Ирина Бельская и её заместитель по воспитательной работе Анна Голленкова. Оказывается, в архиве санатория есть воспоминания старожилы Жуковки и детей Софьи Давыдовны – Феликса и Майи Кваша. Нашлась и групповая фотография, на которой изображена доктор. И вот какой интересной оказалась её жизненная стезя.

Уроженка Галиции, которая в начале прошлого века входила в состав Австро-Венгерской империи, Софья Папориш с 10 до 18 лет обучалась в столичной классической гимназии, где кроме немецкого изучала латынь, английский, французский и греческий языки. А после окончания медицинского факультета Венского университета практиковала в клинике самого профессора Клемента Пирке, именем которого назвали позже созданную им пробу для диагностики туберкулёза. Здесь молодой доктор прошла специализацию по лечению этого недуга у детей.

Вместе с мужем, оказавшимся в Вене советским подданным Семёном Квашой в 1932 г. уехала в Советский Союз. Как хорошего специалиста Софью Давыдовну приняли на работу старшим научным сотрудником Московского института туберкулёза АМН СССР. Здесь она защитила кандидатскую диссертацию на тему: «Питание и белковый обмен при лёгочном туберкулёзе в детском возрасте». Это была одна из первых в то время научных работ в таком направлении. Принятые Минздравом СССР на основе этих исследований нормы питания больных туберкулёзом детей были рекомендованы для

Возвращаясь к напечатанному

Детей лечила «враг народа»

Но прежде она прошла тюремные камеры Лубянки и Бутырки



С. Папориш (в центре за столом) среди сотрудников послевоенного Жуковского детского противотуберкулёзного санатория

всех фтизиатрических учреждений нашей страны. Окрылённая успехом, Софья Давыдовна стала готовиться к защите докторской диссертации. Однако судьба распорядилась по-иному, с беспощадной жестокостью.

...Читая воспоминания людей, знавших врача, ещё недавних её пациентов, ужасаешься, через какие горькие испытания пришлось пройти Софье Давыдовне!

Муж, известный инженер-строитель Семён Кваша принимал активное участие в проектировании и строительстве Балхашского медеплавильного, Орско-Халиловского и Магнитогорского комбинатов. Потом работал заместителем главного инженера Московского автозавода им. Лихачёва по строительству. Однако в 1937 г. попал под безжалостный каток репрессий и был расстрелян в январе следующего года. А оставшуюся с двумя малолетними детьми Софью Папориш ожидала незавидная участь члена семьи изменника Родины (ЧСИР). Её арестовали сразу же после расстрела мужа и без предъявления какого-либо официального обвинения после отсидки в тюремных камерах Лу-

бянки и Бутырки дали 8 лет исправительно-трудовых лагерей.

Мне довелось в своё время встречаться с Николаем Виткевичем, школьным и фронтовым другом, а также подельником лауреата Нобелевской премии по литературе Александра Солженицына. Суровый режим и поистине зверские издевательства над заключёнными были одинаковы во всём «архипелаге ГУЛАГ», где не делали различия между мужчинами и женщинами.

Итак, в начале кандидата медицинских наук этапировали в Акмолинский лагерь для жён изменников Родины, где она провела год на изнурительных общих работах в болотах Казахстана. Спас же Софью Давыдовну от неизбежной гибели неожиданный перевод как высококвалифицированного специалиста в расположенный на территории лагеря дом ребёнка. Женщины-то и в заключении умудрялись рожать детей! А потому как в этом учреждении лечились и ребятишки вольнонаёмных и даже кое-кого из лагерного начальства, доктора сделали вскоре главным врачом детского противотуберкулёзного санатория в посёлке Долинка,

своеобразной «столице» Карагандинского ГУЛАГА. Софью Давыдовну здесь даже расконвоировали, и она смогла наконец узнать о судьбе своих детей.

Оказывается, сразу же после её ареста квартиру и всё имущество конфисковали, а сына и дочь приютила родственница. Именно в Долинке судьба в первый раз спасла врача. А в начале Великой Отечественной войны вышел указ Президиума Верховного Совета СССР о повторном, после истечения срока заключения, осуждении немцев и их союзников. На счастье доктора, начальник лагеря, сына которого она спасла от смерти, скрыл этот факт, рискуя собственной жизнью. Так, благополучно избежав нового большого срока заключения, Софья Давыдовна была освобождена в 1946 г. Однако из Карлага её всё же не отпустили, заставив отработать ещё 2 года вольнонаёмной. И только в 1948 г. пришло окончательное освобождение. Однако о работе по специальности не могло быть и речи. При аресте у Софьи Папориш отобрали диплом об окончании Венского университета и документ о защите кандидатской диссертации. Нигде в средней полосе страны даже не рассматривали её заявление о приёме на работу.

И тут – новая удача! Бывший в то время заведующим Брянским областным отделом здравоохранения Георгий Воронцов когда-то учился у Софьи Давыдовны на курсах повышения квалификации ещё до её ареста и хорошо помнил опытного врача. Георгий Ильич рискнул принять Софью Папориш на должность главного врача Жуковского детского противотуберкулёзного санатория. Без всяких документов! Вот это, согласимся, поступок! А ведь времена-то ещё были сталинские, репрессивные. И если бы кто-то «стукнул»... К счастью, обошлось. Только после XX съезда КПСС, на котором Н.Хрущёв сделал свой знаменитый доклад «О преодолении культа личности и его последствий», Софья Папориш была

окончательно реабилитирована и получила копии нужных документов. Но до этого дня было ещё далеко.

От доставшегося же пока врачу некогда крепкого санаторного хозяйства остались, по сути, лишь воспоминания. Основанный ещё в 1914 г. санаторий для лечения больных туберкулёзом рабочих бывшего Брянского рельсопрокатного завода и их детей был почти полностью разрушен в годы Великой Отечественной войны. Вместе с директором лечебного учреждения Сергеем Кононовым и несколькими сотрудниками-энтузиастами главному врачу пришлось организовать ремонт корпуса, подводить к зданию водопровод и канализацию. Каким-то чудом местные умельцы ухитрились восстановить давно списанный рентгеновский аппарат, и в деревянном бараче устроили единственный тогда в Жуковке рентгеновский кабинет. Это сейчас на восточной окраине города выстроено несколько корпусов санатория, в которых лечатся дети со всей Брянщины, а тогда...

Так уж получилось, что Софья Давыдовна оказалась после войны единственным высококвалифицированным фтизиатром во всей области. Ей довелось организовывать курсы повышения квалификации докторов, долго проводила она и консультативные приёмы в Брянской областной больнице.

А потом вернулась в Москву, где вновь стала работать в Институте туберкулёза АМН СССР. До сих пор давно уже поседевшие врачи помнят её содержательные доклады на всесоюзных совещаниях фтизиатров, нередко ездила Софья Давыдовна для оказания помощи больным в среднеазиатские республики. Умерла она в 1991 г. в возрасте 86 лет и похоронена в Москве на Донском кладбище.

Василий ШПАЧКОВ,
собр. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото из архива.

Ракурс

На практику — с собакой-проводником

Эти помощники помогают наполнить жизнь инвалидов новыми впечатлениями

На базе Свердловской областной детской клинической больницы № 1 студенты областного медицинского колледжа проходят сейчас практический курс по массажу в педиатрии.

Студент Александр Щепилов в числе своих сокурсников каждый день приходит на практику в ОДКБ № 1, но в отличие от своих товарищей он это делает не один, а в сопровождении своего верного друга, собаки-проводника, лабрадора Майка. Александр – инвалид по зре-

нию, и без проводника ему не обойтись. Во время практических занятий пёс терпеливо ждёт своего хозяина и никаким образом не показывает своего присутствия, подходит только по команде.

Некоторые маленькие пациенты и их родители, заходя в кабинет, удивляются, а иногда и пугаются четвероногого помощника, но впоследствии присутствие собаки на курсе массажа помогает отвлечь и расслабить ребёнка.

– В общественных местах по-разному реагируют на моего проводника. Конеч-

но, больше положительно, но бывают ситуации, когда необходимо акцентировать внимание на законах РФ и объяснять, что для меня это не просто животное, а техническое средство, без которого я обойтись не могу, – говорит Александр.

Помощь собаки необыкновенно ценная ещё и потому, что каждого проводника обучают с учётом особенностей, наклонностей и пожеланий инвалида. Эти удивительные существа не могут вернуть человеку зрение, но могут дать ему столь необходимую свободу и уверенность в



Александр Щепилов и лабрадор Майк

своих силах, избавиться от одиночества и наполнить жизнь яркими, новыми впечатлениями.

– Нахождение собаки-проводника вместе со своим хозяином на территории детского лечебного учреждения – это ещё один шаг навстречу реализации проекта «Доступная среда»; это оказание помощи человеку с ограниченными возможностями в получении новых знаний, – отмечает главный врач ОДКБ № 1 Сергей Беломестнов.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Для того чтобы полюбить Пасху, надо к исходу среды приехать в гости к добрым людям в маленький городок типа Орла, Тулы, Коломны... Понедельник в четверг начинается самое увлекательное: надо ставить опару под чтение молитвы вслух, по очереди всеми участниками действия, месить её три раза, щедро приправить шафраном, чтобы кулич получился цвета солнца, сладкой ванилью, мускатом, кардамоном... голова кружится от ароматов... Но голову терять нельзя, иначе ребятня все сухофрукты и цукаты для выпечки потаскает, незаметно для самих себя, конечно, – не из вредного умысла. И вовремя надо успеть изъять у юных помощников натиральную имми в кулич цедру лимона с апельсином – пока они её не слизали вместе с соком со своих по локти вымазанных умелых ручонков... Шум стоит, запах... не передать это висящее в воздухе предчувствие праздника!

Тогда же надо и наварить горю яиц и заниматься всей семьёй их раскрашиванием, включая малышей. За этим занятием можно даже талант художника вдруг в себе открыть. Ещё есть такая спецподставка для яйца, где оно крутится, удерживаемое за концы, и остаётся только кисточкой ловко управляться. А кому нравится, чтобы быстро и чисто, для тех придуманы термоэтикетки, тоже очень нарядно получается. Один раз мы даже яйцо «а-ля Фаберже» с ребёнком смастерили – всю скорлупу, правда пустую уже, драгоценными камнями – бисером да пайетками – украсили. Наш шедевр даже купить хотели, но мы в детсад его отнесли – пусть малыши любят!

В пятницу прибраться да красоту в доме навести. Можно мясо к воскресенью замариновать. И от голода то мясо, как может показаться несведущему, – с ароматом зелени, лука, чеснока, перчика – сырым проглотить не хочется, а в конце недели особое удовольствие от поста получаешь – доволен собой невозможно: я смог, я выдержал!

А в субботу идти святить в местный храм, возвышающийся над покосившимися деревянными избушками. Домашний такой, может быть, ещё недореставрированный, со скрипучими деревянными полами, с белёными стенами, с бабулками в цветных платочках

и с добрыми глазами... И такой батюшка вас там встретит – в глазах утонешь! На Христа похож...

Вот в дворике того храма в субботу прихожане по дюжине человек (боле не умещается за раз), довольно жмурясь от солнышка и никуда не торопясь – охотно уступая своё место вновь пришедшим, потому как уходить быстро не хочется, размещают свои съестные ценности на столах

становится... И воздух уже напитан удовольствием, и тополиные почки пахнут весной, и дома понимаешь, что щёки тебе первым загаром опалило, и люди все такие красивые вокруг...

Потом заранее накроешь стол празднично: с жёлтым, красным, зелёным, белым весенним разноцветьем, чтоб глаз радовался после зимней серости – и в храм, на всенощную, нарядные

стей Божьих, спросит участливо, почему уйти хочешь, не болеешь ли, – тут уже и передумаешь, останешься до конца службы... И причастишься... Идёшь от иконостаса, а тебе каждый в церкви говорит: «Со Святым Причастием!» И такая та «кровь Христова» и хлебец хороши – ничего вкуснее не пробовал в жизни, кажется, и сил столько появляется, что ты уже и не идёшь, а себя несёшь,

Сокровенное

Пред Светлым Христовым воскресеньем



и парапетах. Кто знает – а такие есть всегда – поют молитвы, а батюшка, здороваясь с каждым, кого-то спрашивая про деток, к кому-то обращаясь по имени, щедро поливает тебя всего и твои приношения святой водой! И как будто радостью он тебя поливает – потом улыбаешься как минимум до дома, размазываешь воду по себе и даже сушить намоченные вещи не хочется... А на душе благостно так

и в предвкушении. Да, ещё надо посмотреть на погоду, продумать, посоветовавшись на семейном совете, как и в чём нести свечу – чтоб на Крестном ходе не задуло её... Кто-то стульчики берёт, чтоб ночью передохнуть сидя, а кто-то собирается уйти после общей исповеди и Крестного хода, но потом – увидишь море знакомых, всяк тебе что-нибудь хорошее скажет, добра пожелает, мило-

наполненного новыми, драгоценными ощущениями, боясь расплескать, и хочется сохранить это все в себе навсегда, и стать хорошим, добрым, не лгать, не сплетничать, не ругаться, научиться «остановить всякое зло на себе»...

А когда священник возглашает «Христос воскрес!», а в ответ хор голосов, громко, что аж воздух гудит, вибрируя: «Воистину воскрес!» – так и мурашки по коже, и ты – часть этого православного мира, и тоже кричишь, с глуповатым счастьем на лице, и нисколько не стыдно, а приятно только... Праздник для всех получается большой, многогранный, тело и сердце чисты, душа поёт и спать не хочется после службы – а сестра за накрытый стол у телевизора, который транслирует службу из главного храма страны, под свечи церковные, любовно донесённые до дома кому удалось со святым огнём, да разговеться кагором с яичком, всем стукнувшись хрупкими бочками, а потом и рюмочками, да закусить язычком с хреном... Ммм...

С праздником! «Христос воскрес!»

Жанна ДЫМОВА.

Орёл.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Кто учитель в школе жизни?

- Всё плохое – от учителя. Всё ужасное – от учебников. (Из памяти о школьной мудрости.)
- Не придумывайте новых слов. Экономнее используйте старые.
- Вовочка сделал предложение Марье Ивановне. Но учительница опять поставила «двойку».
- Вы всегда должны знать: как учатся ваши дети, как работают ваши деньги и где находятся ваши жёны.
- Сколько мы будем кормиться лапшой на ухах! В цивилизованных странах давно перешли на спагетти твёрдых сортов пшеницы.
- Сколько интеллигентов! Микроскопов не хватит всех рассмотреть.
- Мы знаем, что будут думать наши потомки. Мы не можем предположить, как они будут одеваться и чем питаться.
- Думанная-передуманная, совсем не так задуманная и не для того придуманная, давно поглупевшая – мысль.
- При реформировании образования опасно любое неграмотное юридическое лицо.

- Не знаешь, как рождаются слова? Не учишь писать книги.
- Повысим успехи барановодства, увеличим поголовье баранов! Слишком много ворот оказалось без присмотра.
- Историку лучше не жить в одном поколении со своими героями.
- Если мудрец в очках, это только внешняя мудрость.
- Срочно сдать все знания! Министерство образования проводит инвентаризацию.
- Ум зависит от полученных знаний. Глупость ничем не ограничена.
- Пальцы хорошо изучили жизнь. Поэтому постоянно собираются в кулаки.
- Ты – отстал от времени. Я – опередил время. А время нас заметило?
- В школах решили изучать историю религии. В суворовских училищах будут изучать историю религиозных войн?

Москва.

На конкурс

Я буду с немощью бороться...

Во сне и на яву

Я перестал летать во сне,
Как будто что-то поломалось,
А многолетняя усталость
Тяжёлым багажом на мне.

С высоких крыш или холмов,
Раскинув руки, плыл я в небо,
Лишь думал: не коснуться
мне бы
Высоковольтных проводов.

Мне так хотелось, чтобы все
На небо с завистью смотрели:
Что так, как я, взлететь
не смели
И только ходят по земле.

Как много надо пережить
Лишь для того, чтоб стало
ясно,
Что по земле ходить
прекрасно,
Чтобы земное оценить.

Что запах от иглы сосновой,
Растёртый в пальцах,
мне милей,
Чем крик печальный журавлей
Иль звук от лайнера суровый.

В уме ещё гостит мечтатель,
Но сердце не стремится
вдаль.
Так мудро радость и печаль
Во мне перемешал Создатель.

Стремясь достичь земных
высот,
Я часто ссорился с душой,
Ну а теперь она в покое –
Со мной в согласии живёт.

Не падать духом!

Как воры хвори лезут в тело,
Так черви любят зрелый плод,
Они настойчиво и смело
Грызут меня который год.

Но я решительно настроен
Не умирать, а долго жить.
И друг и недруг будь спокоен –
Не надо раньше хоронить.

Мой дух могуч, проснувшись
рано,
Презрев проблемы живота,
На будущее пишет планы
Вдоль строк больничного
листа.

Увидеть крошку-внучку
взрослой,
На море отдыхать с семьёй,
Зимой застеленную простынь
Разрезать ровною лыжнёй.

Я буду с немощью бороться
С мольбой смиренной
на устах.
И мне поможет Богородица
И милосердие Христа.

ОБ АВТОРЕ. Николай Фаращук – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ, заведующий кафедрой Смоленского государственного медицинского университета, лауреат литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2002 г.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Е-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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, 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 № 16-03-00355 Тираж 28 977 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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