

Медицинская

11 ноября 2015 г.
среда
№ 84 (7606)

Газета®

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

Перспективы

Педагоги вузов будут лечить

Им дано право на медицинскую деятельность



Депутаты Госдумы РФ приняли в первом чтении законопроект, согласно которому преподаватели медицинских вузов допускаются к лечебной деятельности.

Сейчас, по действующему законодательству, преподаватели медицинских вузов не имеют права принимать пациентов, если не состоят в штате медицинского учреждения. Новый закон позволит допустить педагогических и научных работников к лечению пациентов, а также закрепит право таких сотрудников, имеющих медицинское образова-

Студенты медицинских вузов скоро «отпустят» своих преподавателей непосредственно к пациентам

ние и сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации, на осуществление медицинской деятельности.

«Вопрос о необходимости разработки данного законопроекта неоднократно поднимался в ходе рабочих совещаний с Минздравом. Поэтому мы поддерживаем инициативу о внесении изменений в федеральные законы № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и № 273-ФЗ «Об

образовании в РФ», – сказала член комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева.

Вопрос о возврате преподавателям медицинских вузов права на медицинскую деятельность был затронут ещё в декабре 2014 г. Наконец, похоже, уже найдено его оптимальное решение. С чем можно поздравить нашу медицинскую общественность.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!



Сергей РЕМИЗОВ,
председатель Профсоюза работников здравоохранения Москвы,
кандидат медицинских наук:

Нам вместе предстоит идти дальше, и также настойчиво защищать профессиональные и социальные права работников здравоохранения Москвы.

Стр. 4



Ремо СУСАННА,
профессор офтальмологии
Университета Сан-Паулу
(Бразилия):

Ошибочно думать, что пациентов с глаукомой не надо лечить, потому что лишь немногие из них в итоге ослепнут.

Стр. 11



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы
по социальным вопросам,
профессор, заслуженный врач РФ:

До тех пор, пока у нас не будет создана дисциплинарная вертикаль... мы не сдвинемся с мёртвой точки.

Стр. 12

Профилактика

Ещё раз о прививке!

Заведующая инфекционным-боксовым отделением Ульяновской областной детской клинической больницы Виктория Безик уверена, что родители должны с большей ответственностью относиться к вакцинации детей против гриппа. Ведь ежегодно в отделение поступают пациенты с тяжёлыми формами этого заболевания и сопутствующими патологиями.

– Миокардиты, тяжёлая вирусная пневмония, гриппозные энцефалиты – такие страшные последствия для малыша могут возникнуть от простого нежелания родителей сделать ему прививку. Если ребёнок привит, он может заболеть лёгкой формой гриппа или ОРВИ, но тяжёлые последствия для здоровья будут исключены на 100%, – сказала она.

Однако врачи отмечают, что родители тех детей, которые достаточно часто попадают в стационар с различными заболеваниями, меняют отношение к вакцинации.

Понять, с каким вирусом или

инфекцией докторам предстоит бороться, помогает современная ПЦР-лаборатория в УОДКБ. Здесь могут выявить геном более двухсот тысяч вирусов, это помогает не только правильно поставить диагноз, но и назначить эффективное лечение.

– Наша лаборатория работает с 2012 г. и по программе модернизации оснащена самым современным оборудованием. Метод ПЦР помогает определить сразу несколько возбудителей инфекции из любого биологического материала. Через 4-5 часов готов результат, поэтому врач может контролировать терапию лечения большого очень оперативно», – отметила заведующая клинико-диагностической лабораторией УОДКБ Ирина Матвеева.

В настоящее время по поручению губернатора Сергея Морозова в регионе проводится еженедельный мониторинг эпидемиологической ситуации по ОРВИ и гриппу.

Виктория ГУРСКАЯ.

Ульяновск.

Тенденции

Первым делом – манекены

Более 100 врачей уже прошли обучение в симуляционном центре Боткинской больницы. Об этом на выездном заседании комитета Московской городской думы по здравоохранению и охране общественного здоровья сообщил главный врач больницы Алексей Шабунин.

В 2016 г. планируется обучить около 7,2 тыс. курсантов, – сказал он. По словам А.Шабунина, для обучения врачей в центре задействовано более 100 роботов-симуляторов.

На начальном этапе в симуляционном центре больницы, открывшемся недавно, смогут обучаться 600 врачей в месяц, со временем количество обучаемых вырастет до 20 тыс. специалистов в год. В центре врачи могут отрабатывать случаи разной сложности на виртуальных пациентах, роботах-симуляторах и манекенах.

Современные роботы-симуляторы полностью воспроизводят физиологию человека: анатомическое строение, сердцебиение, дыхание, восприимчивость к лечению.

В центре организованы родовый зал, клиники акушерства и гинекологии, травматологии, хирургии головы и шеи, урологии, реанимации и интенсивной терапии, анестезиологии, операционные и т.д. Кроме того, создана клиника «Медицины катастроф», где имитируются сложные случаи техногенных катастроф на транспорте для обучения врачбно-фельдшерских бригад и спасательных служб.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.



**Аппарат искусственной
вентиляции легких Aeros 4500**

- Встроенный компрессор
- Удобное управление и высокая информативность благодаря большому графическому монитору
- Встроенный небулайзер

Специальное предложение!

В наличии на складе

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

Новости

Меморандум о взаимопонимании

В рамках 17-й Всероссийской конференции «Государственное регулирование в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий» состоялась рабочая встреча руководителя Росздравнадзора Михаила Мурашко с делегацией Фармакопейной конвенции США (USP). Во время неё был продлён на очередной трёхлетний срок меморандум о взаимопонимании между Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и Фармакопейной конвенцией США. В рамках реализации меморандума планируется обмен опытом и совместная научно-практическая работа по актуальным направлениям; стажировка специалистов; проведение курсов фармакопейного образования для сотрудников лабораторий по контролю качества лекарственных средств; аудит лабораторий Росздравнадзора.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

С положительной динамикой

Проблемы лечения больных с острым коронарным синдромом и острым инфарктом в стационарах Санкт-Петербурга рассмотрели участники заседания координационного совета по управлению качеством медицинской помощи под председательством вице-губернатора Ольги Казанской.

О результатах работы по оценке качества медицинской помощи (КМП) в стационарах города за 2014 г. рассказала заместитель директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Санкт-Петербурга Александра Репина. По её сведениям, анализ выявил положительную динамику состояния качества медицинской помощи в городских стационарах при остром коронарном синдроме. С применением новой оценочной методики деятельность каждого лечебного учреждения была исследована на основе контроля ежегодных показателей.

На заседании совета также шла речь и о формировании кардиологического регистра. К использованию инструмента учёта пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, планируется приступить в масштабах городской системы здравоохранения с начала будущего года.

Владимир КЛЫШНИКОВ.

Санкт-Петербург.

К лучшим стандартам

Самый современный лабораторный корпус открылся на базе Воронежского областного диагностического центра. Его особенность заключается в том, что образцы, поступающие в лабораторный блок, проходят электронную регистрацию, затем направляются непосредственно в высокотехнологичные лабораторные машины, а после получения результатов – в специальную информационную систему. Результаты исследований по специальным электронным каналам связи поступают в медицинские организации в тот же день спустя несколько часов после забора крови.

Как отметил руководитель Департамента здравоохранения области Владимир Ведринцев, это лаборатория высокого уровня, превосходящая по своим параметрам многочисленные аналоги. В ней реализованы самые современные организационные, медицинские, логистические технологии.

По словам главного врача центра Елены Образцовой, в едином блоке теперь объединены ранее разрозненные лаборатории. Уникальным является и большой общий аппаратный зал, где особым образом размещено 80% всего имеющегося лабораторного оборудования.

Оксана КОЗЛОВА.

Воронеж.

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

Особый случай

Стеноострахия
нам не страшна

Врачи столичной детской ГКБ № 13 им. Н.Ф.Филатова провели уникальную операцию трёхлетней девочке, рождённой с одним лёгким и сердцем, расположенным с правой стороны. Об этом сообщили в Департаменте здравоохранения Москвы.

Ребёнку был поставлен диагноз «стеноострахия», который является очень редкой патологией, в год регистрируют всего несколько случаев. Ещё 5 лет назад все дети с таким отклонением умирали. Лечение стало возможным благодаря инновационному решению врачей медицинского учреждения. Они первыми в мире стали использовать реанимационный аппарат искусственных лёгких во время операции.

В Департаменте здравоохранения констатировали, что «самый

важный этап операции наступает, когда ребёнка отключают от аппарата искусственной вентиляции лёгких; органы дыхания должна заменить специальная машина, которая напрямую насыщает кровь кислородом и удаляет углекислый газ».

В департаменте отметили, что операция, длившаяся 3 часа, завершилась успешно. В настоящее время ребёнок находится на самостоятельном дыхании с небольшой поддержкой аппарата. Восстанавливается девочка очень быстро. Послеоперационный период в целом протекает без каких-либо трудностей.

Ян РИЦКИЙ.

МИА Cito!

Москва.

Деловые встречи

Шаги к единению

Ассоциация фтизиатров России и Национальная медицинская палата ищут пути к сотрудничеству

В канун научно-практической конференции «Фтизиатрия сегодня: от фундаментальной науки к клинической практике» в НИИ детской хирургии и травматологии прошла встреча президента Национальной медицинской палаты, доктора медицинских наук, профессора Леонида Рошалья и главного фтизиатра Минздрава России, президента Ассоциации фтизиатров России, доктора медицинских наук, профессора Ирины Васильевой.



Обсуждаются пути достижения консенсуса

Стороны обсудили ситуацию в здравоохранении, коснулись проблем фтизиатрической службы страны. Возглавившая не так давно Российское общество фтизиатров (РОФ) – старейшую организацию с многолетней славной историей, реорганизованную на очередном съезде фтизиатров в Ассоциацию фтизиатров России (АФР), Ирина Васильева выразила мнение о потребности фтизиатрической службы в саморегулировании профессиональной медицинской деятельности. Необходимость такого шага, по мнению главного фтизиатра России, продиктована тем, что новые времена требуют новых подходов, перехода на современный уровень, достижения которого от специалистов противотуберкулёзной службы ожидают Правительство РФ, Минздрав России, мировое медицинское сообщество.

Леонид Рошалы выразил обеспокоенность по поводу многочисленности чрезмерно расплодившихся в стране медицинских ассоциаций и обществ. «Разделились хирурги, педиатры, кардиологи и т.д.

И все хотят самостоятельности», – с огорчением констатировал он.

Целиком и полностью разделяет позицию Л.Рошалья И.Васильева. Разобщённость недопустима, когда ситуация по туберкулёзу в стране не самая благоприятная, учитывая высокие показатели заболеваемости и смертности от туберкулёза с МЛУ/ШЛУ, а также от туберкулёза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Сосредоточиться нужно на профессиональной деятельности – разработке и обновлении методических рекомендаций, стандартов лечения, профессиональных стандартов и т.д. Кстати, коллективным умом профессиональных фтизиатров, членов РОФ-АФР издано уже 8 методических рекомендаций, протоколов, стандартов, по которым работают фтизиатры. Деятельность РОФ-АФР в этом направлении высоко оценила директор Европейского бюро ВОЗ Жужанна Якаб, которая направила письмо министру здравоохранения В.Скворцовой.

«В единстве – наша сила! – заключил доктор Рошалы. – Только сплочённое медицинское сообщество способно изменить здравоохранение к лучшему. Фтизиатрам выбирать свою судьбу, решать своё будущее. И от этого и качество оказания медицинской помощи, и престиж нашей профессии только повысятся».

Леонид Рошалы принял приглашение главного фтизиатра участвовать в работе конференции, на которой, бесспорно, конструктивное обсуждение этих актуальных вопросов будет продолжено и, возможно, произойдёт так желаемое многими объединение.

Александр ИВАНОВ,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
корреспонденты «МГ».

Спецвыпуск, посвящённый открывающейся сегодня конференции фтизиатров, читайте на стр. 7-10.

Вехи

Крупнейшее на Урале и в стране

В Свердловской областной клинической больнице № 1 прошла международная научно-практическая юбилейная конференция «Современные проблемы анестезиологии и реаниматологии», посвящённая 50-летию реанимационно-анестезиологического отделения.

Участники и почётные гости конференции рассмотрели новейшие достижения в вопросах интенсивной терапии XXI века, обсудили роль анестезиолога-реаниматолога в ускоренном восстановлении пациента после операции.

– Развитие и становление службы анестезиологии и реанимации в Свердловской области неразрывно связано с ОКБ № 1, – сказал её главный врач Феликс Бадаев. – В 1956 г. проведение наркозов

было вменено в обязанности дежурных терапевтов. В 1958 г. приказ главного врача обязал хирургов освоить аппараты для проведения эфирно-кислородного наркоза. И, наконец, в 1965 г. было организовано анестезиологическое отделение.

Сегодня реанимационно-анестезиологическое отделение Свердловской ОКБ – крупнейшее на Урале и одно из самых крупных в стране. Оно является организационно-методическим и лечебным центром реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области, основной базой для тяжёлых пациентов, доставляемых Территориальным центром медицины катастроф из больницы области.

Отделение состоит из пяти реанимационных блоков (58 коек): общая, сердечно-сосудистая, гной-

но-септическая реанимация, блок детской кардиореанимации, блок нейрореанимации. Выполняется более 20 тыс. анестезиологических пособий в год, включая операции на сердце в условиях искусственного кровообращения, операции по трансплантации сердца, печени, почки. В отделении проводится большая научная работа, которая активизировалась в последние годы.

Его сотрудниками неоднократно были победителями различных конкурсов, а заведующий отделением Александр Левит удостоен звания «Лучший врач анестезиолог-реаниматолог России».

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Статистика

Быстро и очень удобно

Около 82% пациентов московских поликлиник смогли в сентябре попасть на приём к терапевту в день обращения или на следующий день. Среди узких специалистов самыми доступными оказались урологи. Об этом сообщили в пресс-службе Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС).

«За год показатель доступности врачей значительно улучшился, в сентябре 2014 г. только 62,25%

пациентов смогли побывать на приёме в день обращения или на следующий. А в сентябре 2013 г. – 53,82%», – говорится в сообщении.

В сентябре быть принятыми врачами в течение 2-3 дней смогли 15% пациентов, добавили в ЕМИАС. При этом наиболее доступные терапевты (почти 89,47% пациентов могли попасть к ним в день обращения или на следующий) работают в Центральном округе Москвы, а наименее – в Южном (77,57%) и Зеленоградском (68,94).

В сентябре, традиционно, максимальное количество записей на приём было сделано с помощью информационных киосков, которые стоят во всех государственных поликлиниках Москвы, 17% записей приходится на Интернет и мобильное приложение», – констатировали в пресс-службе ЕМИАС.

Марк ВИНТЕР.

МИА Cito!

Москва.

Пресс-конференции

Следуя принципам доступности

В Москве прошла пресс-конференция министра здравоохранения Московской области Нины Суслоновой. Речь на ней шла о промежуточных итогах 2015 г. в региональной отрасли и принимаемых мерах по улучшению качества и доступности медицинской помощи, что должно положительно повлиять на обслуживание населения в следующем году.

— Этот год мы начали в условиях действия нового закона о переводе муниципального здравоохранения на областной уровень, что позволило стереть межмуниципальные границы, — отметила во вступительном слове министр. — Сейчас идёт процесс становления клинично-диагностических центров, что обеспечит равный доступ медучреждений к финансам, современному оборудованию, а значит и высококвалифицированную помощь по единому стандарту жителям области. По программе губернатора увеличено финансирование отрасли здравоохранения — порядка 10 млрд руб. получено на дооснащение прежде всего КДЦ. Большая часть средств направляется на закупку медицинской техники — это новые аппараты МРТ, КТ и другие, востребованные в диагностике и лечении. Кроме того, по словам министра, в лечебных учреждениях Подмосковья полностью будет заменено реанимационное оборудование. В области сформирована трёхуровневая система оказания помощи. Особый акцент министр сделала на первом уровне, куда входят ФАПы, поликлиники. Именно сюда в первую очередь обращается человек за помощью, и как его здесь встретят, как помогут, сложится впечатление обо всей системе здравоохранения. По оценкам, за год в ЛПУ обращаются 70 млн человек и значительная часть в амбулаторно-поликлиническое звено. Это как раз тот социальный срез, позволяющий судить о качестве и доступности медицинской помощи.

В Подмосковье развивается сеть сердечно-сосудистых центров, сейчас их 8 и 11 первичных отделений. До конца года планируется открыть 2 сосудистых центра — в Коломне и Домодедово и столько же первичных отделений — в Истре и Волоколамске. Об эффективности их работы говорит снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний на 17,5%.

Отвечая на вопрос о продолжении наступления на болезни, Н.Суслонова подчеркнула, что Президентская программа по снижению сердечно-сосудистых заболеваний завершается в 2018 г., а региональная рассчитана до 2020 г. Так что есть время и возможности у подмосковного здравоохранения, чтобы добиться позитивных результатов на этом «фронте». В этом году медики спасли более 7 тыс. человек. Фактически все пациенты, доставленные в «золотой» час в ССС, получили право на жизнь. Но пока эти болезни лидируют в списке причин смертей жителей области.

Новая напасть — повышение смертности от заболеваний органов дыхания, что характерно не только для жителей области. В целом в стране она увеличилась от пневмонии и других заболеваний лёгких. Как разъяснила министр, люди занимаются самолечением и поступают в стационар с запущенными формами пневмонии, с острой дыхательной недостаточностью, когда фактически помочь человеку уже невозможно, и он умирает от осложнений. Вот почему необходимо убеждать жителей региона, в том числе и через СМИ, активнее приходить на обследование, делать прививки.

Министр затронула другой важный вопрос — проведение диспансеризации населения. Ныне её должны пройти 1,2 млн жителей.

В области формируется государственная аптечная сеть, чтобы пациент, не выходя из поликлиники, мог получить те препараты, которые ему нужны.

По поручению губернатора очень серьёзно обновляется автопарк скорой помощи — закупаются 384 новые машины. По примеру Москвы часть автомобилей размещается у постов ГАИ, чтобы при наличии дорожных проблем с помощью их сотрудников оперативно прибыть к пациентам. Для оперативности действий создаётся единая диспетчерская служба скорой помощи.

По заданию правительства министерство серьёзно занимается формированием служб паллиативной помощи. Планируется открыть 4 хосписа, первый — детский в 2016 г. в Домодедово. Остальные будут строиться на условиях государственно-частного партнёрства.

Большую помощь на дому будут оказывать специально сформированные выездные бригады. Они же будут обучать родственников, как ухаживать за онкологическими больными, доставлять им лекарства. Н.Суслонова сообщила, что 13 тыс. жителей «прикованы» болезнью к постели. И в этих условиях им нужна действенная помощь.

В здравоохранении важное значение имеет и строительство ФАПов, чтобы сделать доступной медицинскую помощь в районах Подмосковья.

Корреспондент «Медицинской газеты» спросила министра, как в территории реализуется программа поэтапного повышения оплаты труда медиков и о прогнозе на 2016 г.

— Прежде всего нужно подчеркнуть, что мы идём даже с некоторым опережением. Средняя зарплата в Подмосковье у врачей 60 тыс. руб. Мы держим этот уровень, что создаёт привлекательность наших ЛПУ, есть приток высококвалифицированных кадров. Это хороший потенциал для дальнейшего развития здравоохранения Подмосковья.

Галина ПАПЫРИНА, корр. «МГ».

Острая тема

Председатель комитета Совета Федерации по регламенту и организации парламентской деятельности Вадим Тюльпанов и член этого же комитета Владимир Фёдоров направили в ГИБДД запрос с просьбой проверить целевое использование автомобилей скорой помощи.

инициативу в Государственную Думу», — говорится в обращении. Под нецелевое использование, помимо автомобилей «03», попадают также вертолёты санитарной авиации. Как стало известно, активисты Общероссийского народного фронта (ОНФ) добились отмены конкурса на эксплуатацию

Спецтранспорт для спецтех



Сенаторы указывают на зарегистрированные «неоднократные случаи использования» автомобилей «скорой» не по назначению. «В ряде случаев автомобили приобращаются юридическими лицами для пассажирских перевозок, проходят переоборудование и используются на дорогах как спецтранспорт, оснащённый световыми и звуковыми сигналами», — говорится в запросе.

А частные клиники, как отмечается в нём, оформляют эти услуги как выезд к больному для госпитализации. «Расценки на подобные услуги находятся в открытом доступе на сайтах этих клиник в сети Интернет», — подчёркивается в обращении к главе ГИБДД. По мнению сенаторов, нужно разработать меры, которые позволят устранить такие нарушения. «Со своей стороны мы готовы разработать и внести законодательную

санитарных вертолётов в Приморье, условия которого допускали их применение в качестве личного транспорта для региональных чиновников.

«Правила эксплуатации, прописанные в документах, фактически превращают эти медицинские вертолёты в транспорт для региональных чиновников, который можно использовать во многих случаях по своему усмотрению, с медицинскими нуждами не связанными», — заявил сопредседатель регионального штаба ОНФ Александр Фёдоров.

По факту выявленных нарушений ФАС по Приморскому краю провела проверку, которая подтвердила доводы ОНФ. В результате контрольное ведомство аннулировало конкурс.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Подписка-2016

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России — 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

- 50075** — на месяц;
- 32289** — на полугодие;
- 42797** — на год.

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

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

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

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета										(индекс издания)	
										Количество комплектов	
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда _____											
(почтовый индекс)						(адрес)					
Кому _____											
ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА											
на газету _____											
(индекс издания)											
Медицинская газета											
Стоимость	подписки _____ руб. _____ коп.		количество комплектов								
	переадресовки _____ руб. _____ коп.										
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда _____											
(почтовый индекс)						(адрес)					
Кому _____											

Уже четверть века Профсоюз работников здравоохранения Москвы выступает за объединение усилий в интересах тех, кто стоит на страже здоровья москвичей и сам активно участвует в защите их прав и интересов. Поэтому в переменах в столичном здравоохранении всегда была и будет доля усилий профсоюзных организаций лечебных учреждений, а также федеральных клиник и институтов Москвы. Рубеж, к которому они подошли сегодня, позволяет подвести некоторые итоги, определить цели и задачи завтрашнего дня. Именно эта тема легла в основу интервью с председателем Профсоюза работников здравоохранения Москвы кандидатом медицинских наук Сергеем РЕМИЗОВЫМ.

– Сергей Викторович, от имени журналистов нашей газеты позвольте поздравить вас и в вашем лице всех, кто причастен к профсоюзной деятельности, со знаменательной датой, которая (не сомневаемся) станет отправной к следующему этапу действий по защите трудовых, профессиональных и социально-экономических прав работников столичного здравоохранения. Как известно, в непростое время шло становление отраслевого профсоюза. Удалось ли найти свою нишу, чтобы достойно представлять интересы медиков?

– Мы отсчитываем своё рождение с 1990 г., когда после Учредительного съезда была создана Федерация независимых профсоюзов России – ФНПР. Тогда же оформился наш профсоюз работников здравоохранения Москвы. У нас сегодня действует закон прямого действия «О профессиональных союзах», которым мы руководствуемся в своей деятельности. Роль профсоюза определена и Трудовым кодексом. А в то время свою работу пришлось выстраивать фактически с нуля, так как после развала Союза не стало и прежней правовой базы. К тому же складывались новые производственные и трудовые отношения, менялась сама структура здравоохранения и трудовое законодательство, менялся государственный строй нашей новой страны.

Но профсоюзное движение медицинских работников выстояло в это трудное время, и современный профсоюз – это связующее звено между работником и работодателем, органами исполнительной и законодательной власти.

Именно в конструктивном диалоге и тесном взаимодействии с Правительством Москвы, Департаментом здравоохранения Москвы, Министерством здравоохранения РФ решаются вопросы и проблемы столичного здравоохранения, его работников. И на сегодняшний день можно с уверенностью сказать, что на современном этапе профсоюз является авторитетной и уважаемой организацией. Что бы ни говорили о лёгкости зарабатывания «хлеба» на профсоюзном поприще, кто посвятил себя этой деятельности, знает, какая она трудная. И её надо любить, понимать, что она касается основной массы работников.

– Знамение времени – социальное партнёрство. Как профсоюз Москвы выстраивает отношения со своими партнёрами?

– Начнём с того, что отрасле-

вой профсоюз является важнейшей составляющей гражданского общества. Мы не можем действовать обособленно от других структур. С одной стороны призваны защищать законные интересы работников, а с другой – действовать так, чтобы это не приводило к ухудшению качества и доступности медицинской помощи для москвичей. Поэтому постоянно взаимодействуем с Департаментом здравоохранения города. Между нашими организациями заключено соглашение на 3 года – по 2015, а также коллективные договоры между работодателями и работниками

контракт. Вопросов много, и все они должны решаться в соответствии с законодательством. Благодаря активному взаимодействию со столичным Департаментом здравоохранения мы имеем возможность выразить консолидированную точку зрения профессионального сообщества и добиваться конкретных результатов. Кроме того, в соглашении включены пункты о взаимных обязательствах, направленных на повышение престижности профессии медицинского работника, уровня социально-экономической защиты, согласованные подходы в кадровой политике и

ситуацию, чтобы не возникло социальное напряжение в коллективах. Мы живём в новое время, и оно диктует новые правила, на которые должны оперативно реагировать. Вспомним конец 2014 г., когда высвобождалось большое количество медицинских работников, к нам поступало много обращений. Мы естественно не стояли в стороне, обсуждали проблему в Департаменте здравоохранения Москвы. Дважды была встреча с мэром Москвы. И выход был найден – создан центр содействия трудоустройству медицинских работников «Содействие», где про-

онатологии, травматологии и ортопедии, стентирования сосудов, реанимации. Планируется увеличение тарифов ещё по 10 группам заболеваний на сумму 12 млрд руб.

Кстати, о внимании к этому вопросу говорит увеличение транша на второе полугодие 2015 г. на 10%.

– Россияне догнали развитые страны по уровню образования, но не зарплат, считают аналитики. Как в столице реализуется программа поэтапного повышения оплаты труда работников здравоохранения?

– Мы мониторим ситу-

Из первых уст

Для нас нет ответственного задачи

Во всех жизненных ситуациях профсоюз всегда рядом с медиками



медицинских организаций, в том числе и федеральных клиник и вузов. Охвачено ими 98,5% организаций. Мы понимаем, что только конструктивные взаимодействия, диалог, понимание стоящих перед здравоохранением задач дадут позитивные результаты.

Основополагающими соглашениями мы считаем и Московское городское трёхстороннее соглашение с Правительством Москвы, Московской федерацией профсоюзов и Московскими объединениями работодателей.

Сейчас мы работаем над новым соглашением со столичным Департаментом здравоохранения. Надеемся, что в его конструктивных положениях будут учитываться интересы работников. Так мы работали над реализацией государственной программы по реформированию здравоохранения, понимая, что решение вопросов в сфере труда невозможно без уважения и учёта интересов работников. По проблеме занятости и трудоустройства медиков широко обсуждали с Советом главных врачей Москвы. И в новом соглашении мы должны учесть эти важнейшие аспекты трудовой деятельности, связанные с регулированием оплаты труда, особенно в условиях одноканального финансирования в здравоохранении через фонд ОМС, когда решающую роль в амбулаторных центрах будет играть количество прикреплённого населения, переходом на эффективный

другие жизненно важные вопросы для достижения благополучия работников отрасли.

Налаживаем тесные контакты с Севастопольской территориальной организацией Профсоюза работников здравоохранения.

– Сейчас на смену аттестации рабочих мест пришла спецоценка. Именно она сегодня «правит бал» в установлении компенсаций за работу во вредных и опасных условиях труда. Какое место в этом отводится профсоюзному комитету? От вашего профессионального уровня и авторитета ведь тоже зависит очень многое?

– В принципе, закон о спецоценке нацелен на «стимулирование» работодателя к созданию надлежащей обстановки на рабочем месте. Это, конечно, положительный момент. Причём, спецоценка требует согласованных действий. В действующем законодательстве усилена роль председателя первичной профсоюзной организации при проведении спецоценки. И здесь мы будем добиваться, чтобы минимизировать снижение гарантий и компенсаций, ранее предоставляемых работникам с вредными условиями труда, у которых они не изменились, а их оценка делается по новым правилам. Особенно нас волнует учёт биологического фактора при оценке рабочих условий. И потому требуется наше активное участие в этом процессе. Мы должны держать на контроле

водится переобучение и повышение квалификации медицинских работников на базе поликлиники № 5 на Сухаревской. Здесь предлагают вакансии, можно пройти переобучение на дефицитную специальность. Распоряжением мэра установлена для переобучения стипендия в размере 30 тыс. руб., а также компенсационные выплаты для врачей – по 500 тыс., медсёстрам – по 300 тыс., санитаркам – по 200 тыс. Самое главное – это даёт возможность работникам, попавшим под сокращение, какое-то время пройти социальную адаптацию, принять решение, что дальше делать. Вот это и есть настоящее социальное партнёрство, когда профсоюз добивается защиты интересов работников не ценой акций, митингов, забастовок, а с помощью переговорного процесса с властью, с ведомством, которое управляет отраслью. Эффект наших усилий налицо. Я отношу его и к руководителям социальной сферы, от понимания которых зависит решение сегодняшних актуальных проблем. Они внимательно слушают общественность, учитывают её предложения, которые в конечном счёте направлены во благо работников здравоохранения.

Ещё раз подчеркну: Департамент здравоохранения, руководимый опытным организатором Алексеем Хрипуном при поддержке вице-мэра Леонида Печатникова и профсоюз, стремятся быть равноправными партнёрами, чтобы приоритет здоровья москвичей, а значит и медиков, был поставлен на государственный уровень. Доказательством будет служить пролонгирование, с учётом новых веяний, соглашения. Мы активно сотрудничаем и с городским Фондом обязательного медицинского страхования. При нём создана комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования и по формированию тарифов на медицинские услуги, в которую включены представители столичного профсоюза работников здравоохранения. С 2015 г. они уже увеличены в отдельных случаях в несколько раз на оказание некоторых видов медицинской помощи, а именно родовспоможения, не-

а. В наших учреждениях средняя зарплата выше, чем в других регионах. Как нас информировали на заседании Московской городской Думы, на 2016 г. финансовая составляющая на столичное здравоохранение не уменьшается и даже увеличена. Тенденция – положительная, что даёт нам основание надеяться, что майские указы Президента РФ будут осуществлены на деле. Но надо смотреть дальше. Нас пока не устраивает зарплата в федеральных учреждениях, им приходится труднее в условиях одноканального финансирования. Но мы не оставляем их без внимания, будем помогать решать вопросы.

– А как строятся взаимоотношения в конкретном учреждении профсоюза и администрации?

– Мы считаем, что микроклимат в коллективе во многом зависит от понимания главным врачом роли первички в создании атмосферы доброжелательности, поддержки каждого сотрудника, если нарушены его права. Как правило, именно такая обстановка создана практически во всех медицинских учреждениях Москвы. Проведение второго этапа модернизации в столичных медицинских учреждениях требует от нас объединения усилий. Если профсоюзная организация работает в контакте с работодателем, проблем нет, все они разрешаются спокойно, с соблюдением действующего законодательства.

Воспользуюсь случаем и поздравлю с юбилеем всех работников столичного здравоохранения. Все они так или иначе связаны с профсоюзом, а он объединяет в своих рядах свыше 135 тыс. членов. Нам вместе предстоит идти дальше, и также настойчиво защищать профессиональные и социальные права работников здравоохранения, которые близко сталкиваются с людским горем – болезнями. Отсюда синдром выгорания. Я хочу, чтобы наши медики, придя в профсоюзный комитет профсоюза и поговорив по душам, уходили с улыбкой, с поднятым настроением.

Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела
правовых проблем.

В одном из недавних выпусков «МГ» (см. № 65 от 02.09.2015) всемирно известный экономист академик А.Аганбегян приводит следующие данные, характеризующие состояние дел в здравоохранении. С 2006 по 2013 гг. произошло снижение смертности и увеличение рождаемости. Но уже с 2013 по 2015 г. 2/3 отрасли остались «недомодернизированными» из-за сокращения государственных расходов на здравоохранение, и это привело к тому, что, по словам академика, «после значительного снижения за период 2006-2013 гг.» смертность населения в 2014 г. выросла на 40 тыс. человек. «В 2015 г. этот процесс ускорился», – полагает он.

Что конкретно стоит за цифрами?

Вот такая «инфраструктура»

По последним официальным данным, число врачей в нашей стране сократили на 90 тыс. По закону «сокращённым» полагается компенсация в 400 тыс. руб. На практике это может быть выполнено так. Врачу предлагается написать заявление «по собственному желанию». Если он будет упираться, тогда не получит компенсацию. Организуются два выговора. С выговором никто уходить не хочет. И врач уходит якобы «по собственному желанию». Если считать корпус врачей в стране «инфраструктурой», налицо её дальнейшее сокращение. Так повышается зарплата оставшимся врачам и руководству больницы. Так выходят из положения, связанного с недостатком финансирования отрасли.

На еженедельной утренней конференции сотрудников больницы (врачи, старшие медсёстры отделений) главный врач спрашивает: сколько денег заработало отделение. Как можно заработать? Сокращением сроков пребывания больного на койке. Чем больше больных, тем больше денег получит больница. Если врач толковый и профессионально подготовленный, он может возразить, адекватно оценив состояние больного, против его преждевременной выписки. Такой врач может стать «персоналом нон грата».

Пример. Сроки пребывания на больничной койке детей, больных геморрагическим васкулитом, зависят от течения болезни. Главным критерием положительной динамики является прекращение новых элементов геморрагической сыпи на коже. Поскольку болезнь протекает волнообразно, новые элементы сыпи могут появиться ещё в больнице. Поэтому всегда руководствовались правилом: держать больного в отделении на 2 недели от дня последних высыпаний. Условием предотвращения новой волны высыпаний является содержание больного в одиночной палате вместе с кем-либо из родственников (мама, бабушка, теперь нередко отец). Таким образом достигается строгое соблюдение постельного режима, предупреждение внутрибольничной инфекции. Итого срок госпитализации при этом мог достигать 3–4 недели. Это позволяло при выписке быть уверенным в том, что болезнь полностью купирована. Теперь в погоне за оборотом койки

Точка зрения

Что стоит за реформами?

Их придумывают власти, а осуществляют подчинённые



От качества подготовки нынешнего врача во многом зависит здоровье завтрашнего поколения

сроки произвольно сокращаются. Геморрагический васкулит – болезнь коварная. Рецидивы возможны. С каждым рецидивом нарастает угроза тяжёлого течения, с развитием поражения почек. Судьба преждевременно выписанных больных вызывает тревогу.

На словах и на деле

Внутрибольничные инфекции стали большой проблемой современной медицины, главная из которых состоит в том, что вызывающие их бактерии имеют полирезистентность к большому числу антибиотиков и потому лечатся с большим трудом.

В недавно прошедшей в «МГ» информации указывается, что частота внутрибольничных инфекций в нашей стране составляет 7%. Верится с трудом. Из собственного врачебного опыта знаю, что диагноз, например, кишечной инфекции у ребёнка, находящегося в терапевтическом (не инфекционном) отделении, будут стараться скрыть. Обозначат как «дисбактериоз кишечника, пищевая аллергия».

Служба госпитальных эпидемиологов у нас молода – действует с 1993 г. Унифицирование форм учёта и номенклатуры внутрибольничных инфекций, чтобы они соответствовали таковым ВОЗ, ещё не завершено. Кроме того, руководство больницы не заинтересовано в том, чтобы фиксировались случаи внутрибольничной инфекции. Больничный эпидемиолог из повиновения старается не выходить.

Не всегда проблему внутрибольничных инфекций понимают правильно работники здравоохранения. Пример. Линейный контроль призван следить за тем, как работает персонал. Приходит чаще ночью. Обнаруживает, что больной ребёнок вместе с матерью лежит в отдельной палате. Делает замечание. Следует распоряжение поставить ещё койку и положить ещё

одного больного. Проверяющих или не интересует, чем болен ребёнок, или они не понимают, что в терапевтическом отделении могут быть показания для изоляции больного. В данном случае ребёнок был болен геморрагическим васкулитом. Гладкое, безрецидивное течение болезни можно обеспечить только изоляцией больного и строгого соблюдения им постельного режима. В противном случае болезнь может принять волнообразное течение и сопровождаться осложнениями. Вот почему отдельная палата и постоянное присутствие матери с больным ребёнком обязательны.

В педиатрической госпитальной практике в качестве причины внутрибольничной инфекции, в частности кишечной и респираторной, выступает нарушение санитарно-эпидемиологического режима. Когда в погоне за загрязнённой больничной койкой в палате можно видеть детей грудного возраста и подростков. В прежние благополучные времена груднички госпитализировались только в боксы.

Можно с большой долей вероятности полагать, что цифра 7% не отражает истинного положения дел с инфекционными заболеваниями, которые может получить больной, попадая на больничную койку.

Любой врач, любой пациент скажет, что сталкивается сейчас с самыми разнообразными негативными, непривычными порой, нелепыми ситуациями: первые – при оказании медицинской помощи, вторые – при её получении.

Бойтесь врачей, обучавшихся на тестах

Выпускники 2016 г. прямо со студенческой скамьи будут отправлены работать в первичное звено, то есть на участок в поликлинику. Могут сказать, что в этом необычного? – Так уже было. Так уже было, но учили тогда не так, как сейчас. Учили на больных.

Даже экзамен – курсовой и выпускной государственный сдавали на больных. Экзамен начинался с того, что экзаменуемый получал больного, собирал у него анамнез, осматривал его и докладывал экзаменатору диагноз и лечение. Только потом ответ по билету, и оценка выставлялась как по качеству ответа на билет, так и по качеству работы у постели больного. Была летняя врачебная, подчёркиваю – врачебная, практика после 4-го курса. Студенты выезжали в близлежащие районные города и в центральных районных больницах работали в родовом зале, принимали участие в приёме терапевтических больных, делали перевязки, самым активным доверяли ассистировать на хирургических операциях.

Было интересно учиться студентам, было полезно работать преподавателям. Первые захватывало реальное постижение профессии, у вторых обогащался клинический опыт. Первые были подготовлены к самостоятельной работе после выпуска, вторые становились настоящими клиницистами.

А сейчас? Многие клинические кафедры вопреки воле самих кафедр были лишены клинической базы для проведения учебного процесса. Взамен – учёба по тестам и ситуационным задачам. Странно, руководство отрасли, проводя реформу, или, как говорят, оптимизацию здравоохранения, до сих пор не озботилось созданием сколь-нибудь приемлемых условий для качественной подготовки врачебных кадров. Забыли сакраментальное – «кадры решают всё!» Будущий врач сейчас познаёт врачебное по формальным критериям, получая знания безобретения навыка работы и общения с больным человеком. У проводимой реформы масса провалов, о чём говорят цифры и факты. К ним добавятся ещё неудовлетворённость пациентов от общения с молодым врачом. Его этому не учили. Тесты и ситуационные задачи этому не научат. Можно ли после такого обучения врачеванию сразу отправлять выпускника на практическую работу? Преподаватель личным примером, если имеет возможность проводить учебный процесс у постели больного, ненавязчиво, по принципу «делай как я» – покажет студентам пример профессионального общения.

Есть и немалая проблема с преподавателями. «Старики» ещё не утратили клинических навыков. Могут научить студентов, была бы предоставлена возможность. Молодые ассистенты, кандидаты и не кандидаты наук (а такие сейчас есть), лишены возможности совершенствоваться свой клинический опыт (а некоторые его ещё и не обрели), поскольку не имеют теперь доступа в лечебной работе в отделениях клинических больниц

(почему они ещё называются клиническими, если клиницисты там фактически не работают?).

У нас и у них...

Реформы придумывают власти. Но успех их осуществления, полагаю, прежде всего зависит от подчинённых.

Скажут, за рубежом в развитых странах студенты обучаются медицине на тестах и задачах. Больной там недоступен. Толерантность. Соблюдение прав больного. (Как будто не в интересах больного иметь хорошего врача.) Но забывают, что там никто не допустит к больному только что окончившего медицинский вуз выпускника. Послевузовская подготовка к практической работе длится несколько лет. Потом экзамен. По тестам. Но поработавший у постели больного молодой врач достаточно чётко понимает, что за вопросом теста стоит виденная им клиническая ситуация, возможно, больной, в ведении которого он принимал участие под контролем опытного коллеги. У нас же только что окончившего медицинской вуз выпускника отправят к больному человеку.

Кстати о тестах. Сейчас тесты «сочиняет» сама кафедра. Они носят на себе отпечаток квалификации, методической подготовки сотрудников кафедры и поэтому имеют разное качество в разных вузах. Тесты должны быть написаны экспертами в области педагогики высшей медицинской школы и клиницистами с достаточным опытом педагогической работы. Только такие тесты должны применяться в любом медицинском вузе. Это даст возможность объективно оценивать качество обучения, получаемого студентами, по единым критериям (баллам). Такие тесты должны иметь государственный статус и применяться во всех медицинских вузах страны. Но не надо забывать при этом, что тестами оценивается уровень знаний, а не качество практических навыков и готовность к врачебной деятельности.

Опытным преподавателям, много десятилетий отдавшим делу подготовки врачей, знающим как и умеющим учить должным образом, особенно тяжело видеть, что стало с преподаванием клинических дисциплин в последние годы. Произошёл отказ не только от традиций отечественного высшего медицинского образования, но и от традиций клинической школы в деле врачевания. Результаты этого, бесспорно негативные, видны уже сейчас и будут особенно значимыми в дальнейшем.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Тенденции

На рабочей встрече с губернатором Магаданской области Владимиром Печёным, состоявшейся в сентябре по итогам Восточного экономического форума во Владивостоке, президент РФ Владимир Путин особо отметил тему здравоохранения и развитие крайне необходимой для области системы неотложной медицинской помощи.

По сообщению Управления информационной политики регионального правительства, губернатор Владимир Печёный посетил в «столице» Колымы филиал Дальневосточного поисково-спасательного отряда (ДВПСО) МЧС России,

На медицинских вездеходах

К ним привыкают врачи Магадана

где есть специализированные вездеходы, которые могут использоваться для этих целей.

К примеру, гусеничный вездеход ГАЗ-3351 «Лось», состоящий из двух частей. Первая – это тягач, а вторая – прицеп, на который могут устанавливаться различные модули, в том числе и медицинский.

«Этот вездеход создан для перевозки людей, грузов и различ-

ного технологического оборудования в особо тяжёлых дорожных и климатических условиях. Оборудован отопителем. Производится силами ГАЗ. Гусеницы у него асфальтоходные. Хотя лучшие его качества проявляются именно на бездорожье», – говорится в сообщении.

Медицинский модуль оборудован лежащими местами, фель-

дшерскими медицинскими сумками, носилками двух типов – спинальными и мягкими. Установлены медицинские приборы и специальные вакуумные матрасы для больных и пострадавших. В кабине снегоболотохода в распоряжении спасателей есть две радиостанции УКВ и КВ, метеостанция.

«Сегодня мы запускаем в режим полной готовности высокопрохо-

димую технику на базе снегоболотохода, которая по соглашению с МЧС будет использоваться для оказания медицинской помощи в экстремальных климатических условиях, что очень часто у нас бывает. Я дал поручение Министерству здравоохранения области проработать вопросы приобретения новых вездеходов с медицинскими модулями и размещения пунктов экстренного вызова в посёлках Колымы, где будет базироваться этот транспорт», – сказал В.Печёный.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ»,

Магадан.

– Ян Владимирович, расскажите, пожалуйста, о роли пациентского движения в России. Каковы основные задачи организации, которую вы возглавляете?

– Первые пациентские организации начали создаваться ещё во времена Советского Союза. Наша организация была одной из первых, которая возникла в период новой России, недавно мы отпраздновали 15-летие. Сегодня это одно из самых крупных пациентских объединений, которое представлено в 75 регионах РФ. На современном этапе мы видим свою основную задачу в создании адекватного правового, информационного и регуляторного «климата» для того, чтобы люди с РС получали качественную медицинскую, реабилитационную и социальную помощь в соответствии с существующими стандартами.

Несколько лет назад наша организация совместно с другими крупными и авторитетными пациентскими объединениями выступила инициатором создания Всероссийского союза пациентов (ВСП). Формально союз представляет интересы входящих в него пациентских организаций, однако на практике изменение законодательства, взаимодействие государственных органов и социальных партнёров, иницируемых этой организацией, затрагивают интересы самого широкого общества. 12 ноября мы будем проводить уже шестой ежегодный конгресс ВСП, на котором будут подведены итоги работы Минздрава России, других ведомств и нашей организации во благо пациентов.

– Какие проблемы ваша организация помогает решить рядовому пациенту?

– Наше становление пришлось на непростые времена. Мы все прекрасно помним «лихие девяностые», когда не работали государственные механизмы, трудно, а порой и невозможно было получить хоть какую-то лекарственную помощь. На тот момент в мире уже появились лекарственные препараты, которые позволяли добиться ремиссии РС, но они не были доступны российским пациентам, прежде всего, из-за высокой цены: годовой курс лечения составлял около 15-20 тыс. долл. Кроме того, они не были зарегистрированы на территории РФ, и те немногочисленные пациенты, которые могли себе позволить приобрести эти препараты, были вынуждены ввозить их из-за рубежа, можно сказать, контрабандой.

На I съезде ООИ-БРС, состоявшемся в 2001 г. в Самаре, было принято принципиальное решение добиться от властей бесплатного обеспечения пациентов с РС лекарственными препаратами. Спустя 4 года, в 2005 г. началась реализация программы так называемого «Дополнительного лекарственного обеспечения», в которую наряду с другими заболеваниями вошёл и РС. Ещё через несколько лет, в 2007 г. после сложных переговоров и острой дискуссии с депутатами Госдумы и представителями Минздрава России, для пациентов, на лекарственное обеспечение которых приходилась основная часть затрат, была организована отдельная система финансирования. Это и стало основой формирования программы «7 нозологий». Но по сути, это не совсем программа в её классическом виде. Правительством было принято волевое решение о финансировании отдельных групп пациентов, но оно не было оформлено в качестве документа, акта или закона. Понимая, что эта «строка в бюджете» ничем не защищена, мы усилили свою активность, чтобы перевести её из разряда «политических инициатив» в законодательное русло.

В итоге в 2011 г. программа «Семь нозологий» получила государственный статус и была вклю-



дефицита лекарств, разработан алгоритм их выписки и получения. То есть качество работы самой системы – хорошее, но вот что касается качества её компонентов, то здесь не всё так гладко.

– Это вы о чём?

– О качестве лекарственных препаратов. В непростой политической и экономической обстановке, государство даёт дополнительные преференции отечественным фармкомпаниям, развивая программу импортозамещения, и мы только приветствуем эту инициативу. Действительно, нам нужны качественные, безопасные и эффективные лекарственные препараты, произведённые в России. Но есть опасения, что за торопливостью вывода на

Тем не менее, специфика заболелания такова, что пациент не может всю жизнь лечиться только одним препаратом. Неизбежно наступает момент, когда лекарство становится неэффективным, и ему требуется замена. Существует условное деление препаратов на первую, вторую, и даже третью линию терапии. Основные препараты первой линии (интерфероны β, глатирамера ацетат) применяются в клинической практике уже 20-30 лет. Преимущественно это инъекционные ЛС, которые надо применять ежедневно или через день.

Частые инъекции – достаточно травмирующая для пациентов процедура, и нередко они устраивают так называемые «лекарственные каникулы». Как следствие, теряется эффект терапии,

сегодня их почти в 5 раз больше – 25 тыс. человек. В среднем годовой курс лечения одного больного РС составляет 450 тыс. руб. Можно произвести простой подсчёт, и станет очевидным, что для бюджета это существенная финансовая нагрузка.

Ещё один барьер, я уже обозначил – рост вероятности вывода на рынок препаратов с сомнительным качеством. Конечно, Минздрав не выдаст регистрационного удостоверения на лекарственный препарат без формального, я подчёркиваю, формального доказательства его эффективности, устойчивости и безопасности. Но вопрос в том – насколько формально это доказательство? Поэтому мы, как пациентская организация, стараемся принимать участие во всех мероприятиях, которые свя-

Авторитетное мнение

Вечный двигатель

Пациентские организации – востребованный ресурс в борьбе с рассеянным склерозом

В октябре с интервалом в неделю в Барселоне состоялись два важнейших события международного движения в области рассеянного склероза (РС) – заседание Международной федерации рассеянного склероза и 31-й конгресс Европейского комитета по лечению и исследованию рассеянного склероза (ECTRIMS). Впервые отдельная сессия была посвящена деятельности российского отделения этой авторитетной международной организации. Российские специалисты поделились с зарубежными коллегами своим опытом решения ключевых проблем диагностики и лечения РС.

Рассеянный склероз неслучайно называют «болезнью тысячи масок». Несмотря на то, что это заболевание впервые было описано ещё 150 лет назад, оно до сих пор остаётся неразгаданным и не до конца изученным. В настоящее время в России насчитывается около 120 тыс. больных РС, ежегодный прирост заболеваемости составляет около 3-5%. А ещё РС называют «болезнью молодых», его дебют возникает в возрасте 20-25 лет. И если это заболевание не лечить, то оно очень

быстро приводит к инвалидизации и преждевременной смерти.

За последние годы в нашей стране была создана одна из лучших в Европе и наиболее функциональных систем оказания медико-социальной помощи больным РС. И не последняя роль в этом принадлежит пациентской организации – Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом (ООИ-БРС), которая настойчиво и последовательно отстаивает права этой группы пациентов. Её президент, сопредседатель Всероссийского союза пациентов, член общественного совета Минздрава России, профессор кафедры неврологии и нейрохирургии Самарского государственного медицинского университета Ян Власов был одним из участников российской делегации на мероприятиях в Барселоне. О том, какие приоритетные задачи стоят перед пациентским движением, чего удалось достичь, и на что сегодня направлены основные усилия общественности и медицинского сообщества в плане повышения качества и доступности лечения больных РС, он поделился с читателями «МГ».

цена в качестве отдельной статьи в Федеральный закон № 323-ФЗ.

И это чисто «российская история». Американские и европейские пациентские сообщества в законотворчестве не участвуют. Там руководствуются принципом: «суров закон, но закон». Но если закона нет, или он не позволяет людям быть защищёнными в своей стране и получать соответствующее лечение? Одни люди пишут законы, но другие могут их менять – в лучшую сторону. Сегодня законодательная деятельность пациентских организаций сводится к участию в переговорных площадках, работе с текстами ведомственных приказов, проектов постановлений правительства и законов. Мы создали систему общественных советов по контролю в сфере здравоохранения при Росздравнадзоре и региональных органах управления здравоохранением, у нас есть представители в совете по делам инвалидов при Президенте РФ. В общем, активно работаем.

– Вернёмся к проблеме рассеянного склероза. Как вы оцениваете качество оказания медицинской помощи больным РС?

– Формально, защищённость больных по этому заболеванию сегодня является оптимальной. Пациенты с РС получают лечение в полном объёме, как на федеральном, так и региональном уровнях. В стране сформировалась система оказания медицинской помощи больным с РС. Созданы специализированные центры, они оснащены качественной диагностической аппаратурой, в них работают прошедшие специальную подготовку специалисты. Сформированы регистры больных РС. Нет

рынок некоторых отечественных ЛС, может потерять их качество. Считается, что если лекарственный препарат произведён на территории РФ, то это априори является его пропуском на рынок. Но, к сожалению, нам известны случаи, когда ЛС, произведённые отечественными компаниями, имеют сомнительное качество, что дискредитирует отечественную фарминдустрию и те реформы, которые проводит правительство. Мы отмечаем рост числа обострений и рецидивов заболевания среди больных с РС, что, несомненно, отражается на качестве их жизни.

Я говорю, прежде всего, о биоаналогах. По сути, изначально их приравнивали к дженерикам. Пациентским организациям пришлось приложить немало усилий для того, чтобы ввести понятие «биоаналоговый препарат» в виде поправок в Федеральный закон № 61-ФЗ. В последние два года биоаналоговые препараты проходят через весь цикл клинических исследований также как и оригинальные ЛС. И только после этого получают пропуск на рынок. В 2014 г. были введены дополнительные санкции по неисполнению этого закона (статья 235 УК РФ). Производство ЛС, не соответствующих существующим стандартам качества, с недостаточной эффективностью – отныне уголовно наказуемое деяние. И такие товарищи, как «брынцаловы», сегодня сидели бы в тюрьме.

– Что вы можете сказать об уровне лекарственного обеспечения пациентов в РФ?

– На сегодняшний день покрытие лекарственной помощью больных РС в России составляет около 70%, и этот показатель выше, чем во многих развитых странах мира.

сам препарат дискредитируется, и бюджетные средства, что называется, «пускаются на ветер». Кроме того, большая часть побочных эффектов на эти препараты обусловлена именно неправильным их введением. По мере сил мы пытались решить эту проблему, в частности инициировали создание патронажной службы медсестёр. В результате, по данным исследования, проведённого нашей организацией, приверженность к терапии пациентов выросла с 54 до 96%.

Сегодня на рынке появились новые, более эффективные ЛС, как инъекционные, но с большим периодом введения, так и таблетированные лекарственные формы (моноклональные антитела, иммуномодуляторы). И многие из этих препаратов уже доступны российским пациентам. Так, совсем недавно было принято решение, что натализумаб, один из самых эффективных препаратов второй линии, будет закупаться по программе «Семь нозологий». Что касается препаратов первой линии, то пока всё остаётся без изменений. Но есть надежда, что в течение ближайших лет на смену старым, архаичным препаратам придут новые ЛС, и мы только приветствуем усилия зарубежных и отечественных компаний, которые тратят много усилий, чтобы эти препараты «пришли» на рынок.

– Какие вы видите перспективы и основные барьеры широкого применения современных эффективных препаратов?

– Главный сдерживающий фактор на пути внедрения современных ЛС в клиническую практику – их высокая цена. Когда мы только начинали вести регистр больных РС, в нём было 5,5 тыс. человек,

заны с проведением клинических исследований, экспертизой.

Что касается перспектив, то первым пунктом я бы обозначил работу с ценообразованием на ЛС. Ведь что получается? После всех заявлений о том, что отечественные препараты дешевле, чем импортные, разница при регистрации цен на них порой составляет 2-3%. Но при этом на отечественных препаратах и обострений больше у пациентов, и побочных эффектов, а значит и косвенных расходов тоже больше. И нет тут никакой выгоды для государства, но формально она есть. Поэтому вопрос ценообразования должен быть отрегулирован. Если ты выходишь на уже подготовленное место с отечественным препаратом – сделай минус 40-50% в цене. Вот это и будет финансовая эффективность.

– В фазе регистрации сейчас находятся несколько инновационных препаратов для лечения РС. Что вы думаете о возможности их внедрения на российский рынок?

– В настоящее время около 10 новых лекарственных препаратов находятся на разных стадиях клинических исследований, 5 препаратов уже проходят процедуру регистрации. Речь идёт о принципиально новых ЛС, которые пришли к нам от западных партнёров. Мы видим огромные перспективы их применения в отечественной клинической практике и, конечно, наша пациентская организация будет прилагать все усилия, чтобы российские пациенты получили возможность лечиться ими как можно быстрее.

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Юрия ПУШКОВА.

Туберкулёз-минус: уверенные шаги

От победы в конкурсе – к победе над палочкой Коха!

Туберкулёз в нашей стране – одна из наиболее проблемных социально значимых инфекционных патологий. По сей день это древнее заболевание, сопровождающее человечество с самых его истоков, продолжает наносить серьёзный урон. В сознании многих обывателей и даже врачей, в том числе фтизиатров, оно неискоренимо, ведь возраст образцов ДНК возбудителя туберкулёза насчитывает чуть ли не 10 тыс. лет!

Однако мировой опыт свидетельствует – не всё так уж безнадежно. Несмотря на то, что туберкулёз «объединяется» против человека с ВИЧ-инфекцией, мутирует, фиксируются многочисленные вспышки туберкулёза с множественной и широкой лекарственной устойчивостью возбудителя, в большинстве европейских стран болезнь находится под надёжным контролем и уже не несёт смерть тысячам и миллионам, как в прежние времена.

Значит, с нею можно не только эффективно бороться, но и сводить заболеваемость и смертность от туберкулёза «в минус», а в перспективе – к нулю. Задача не столь уж нереальная, удалось же человечеству одолеть такие фатальные напасти, как холера, тиф, полиомиелит и другие. Соглашаясь с амбициозными целями, которые ставит сегодня мировое сообщество, Минздрав России и фтизиатрическая служба страны поддерживают общее стремление к элиминации туберкулёза.

Осуществлять столь грандиозные планы предстоит молодым. Не случайно для поддержки талантливой молодёжи, работающей во фтизиатрической службе страны, Ассоциацией фтизиатров России при

поддержке МЗ РФ, ВОЗ, «Медицинской газеты» и Партнёрства Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ организован конкурс, вдохновителем которого был директор Центрального НИИ туберкулёза, член-корреспондент РАН Владислав Ерохин. Цель проведения смотра научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» – направить усилия и потенциал молодёжи на то, чтобы туберкулёз стал наконец-то болезнью прошлого.

Конечно, это перспектива не одного года и десятилетия. Тем не менее все мы рассчитываем на прогресс, прорыв в обуздании смертоносной инфекции. И как знать, вполне воз-



Татьяна Умпелева (Уральский НИИ фтизиопульмонологии) проводит лабораторные исследования

можно, что с появлением новых молекул, более совершенных методов лечения, оптимальных схем терапии при междисциплинарном подходе ситуация с туберкулёзом удастся переломить. Немалую роль в этом могут играть дерзкие, амбициозные начинания молодых. Все они, уже посвятившие себя фтизиатрии, и те, кто пока сидит на студенческой ска-

мье, но уже мечтает вписать новую страницу в историю отечественной фтизиатрии и медицины (в том числе мировой), находятся в начале большого и очень интересного пути. Предлагаем нашим читателям познакомиться с достижениями, возможно ещё скромными, сегодняшних исследователей – победителей конкурса «Туберкулёз-минус» – 2015.

Напутствие

Время молодых

Разрешите высказать огромную благодарность молодым учёным, молодым практикам и ещё студентам, которые посвятили себя научно-исследовательским, прикладным и организационным проектам в области туберкулёза. К огромному сожалению, туберкулёз не побеждён и победа над ним в ваших руках! Желаю вам успехов!



С искренним уважением
доктор Леонид РОШАЛЬ,
президент
Национальной
медицинской палаты.

Дословно

Научно-практические конференции, регулярно проводимые фтизиатрическим сообществом, служат не только площадкой для общения коллег. Это ещё и возможность скорректировать стратегическое направление и тактические шаги по обузданию туберкулёза в стране. Сегодня в Москве стартует научно-практическая конференция «Фтизиатрия сегодня: от фундаментальной науки к клинической практике», посвящённая памяти академика РАМН М.И.Перельмана. О её идее, целях, формате – предлагаемая беседа с главным фтизиатром Минздрава России, экспертом ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президентом Ассоциации фтизиатров России, доктором медицинских наук, профессором Ириной ВАСИЛЬЕВОЙ.

– Ирина Анатольевна, познать, как всегда, с тенденциями, которые характеризуют фтизиатрическую службу на современном этапе.

– Говоря о тенденциях, следует подчеркнуть, что в стране отмечается положительная динамика по основным эпидпоказателям, прежде всего, заболеваемости и смертности. Позитивные тенденции, бесспорно, налицо, однако перед нами стоят новые грозные вызовы – туберкулёз с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (МЛУ/ШЛУ-ТБ) и туберкулёз, сочетанный с ВИЧ-инфекцией. Несмотря на общее улучшение показателей, эти угрозы могут затормозить наше успешное движение вперёд. Потому следует скорректировать нашу программу и наши подходы. Минздрав России выстраивает свою стратегию с акцентом на решение этих важных проблем. Много уже сделано, но многое предстоит.

Акцент я бы сделала на туберкулёзе, сочетанном с ВИЧ-инфекцией. Это острейшая проблема, поэтому не случайно на недавнем заседании Правительства РФ ей было уделено пристальное внимание. В этом мы должны стремиться к междисциплинарному взаимодействию. А вот в отношении МЛУ-ТБ нами сделано очень много. Используемые в стране подходы к лечению больных туберкулёзом (и особенно с МЛУ/ШЛУ-ТБ)

Новые векторы фтизиатрической науки

Специалистам необходимо объединение при проведении исследований



лежат в русле мировых трендов, они новаторские, прогрессивные, получили одобрение Европейского бюро ВОЗ.

Вместе с тем, лечение туберкулёза с МЛУ/ШЛУ – длительное, с применением большого количества препаратов, зачастую вызывающих побочные реакции. В связи с этим, перед учёными стоят задачи по поиску путей сокращения сроков лечения и его упрощения, а это значит, нужны новые препараты. За последние годы в практике фтизиатра появились новые лекарства, однако, для разработки более коротких и эффективных схем лечения нужны новые клинические исследования, и этим предстоит заняться учёным-клиницистам.

В стране создана достаточно эффективная сеть противотуберкулёзных учреждений, имеется 5 федеральных институтов, основные функции которых – научная деятельность, оказание высококвалифицированной медицинской помощи пациентам и организационно-методической помощи противотуберкулёзным службам в регионах.

В амбициозных целях, поставленных ВОЗ по элиминации туберкулёза, определены 3 основных столпа, на которых должна основываться стратегия борьбы с туберкулёзом в мире. Одним из таких столпов является интенсификация научных исследований в области борьбы с туберкулёзом. В конференции примут участие руководители всех 5 НИИ туберкулёза и фтизиопульмонологии. Мы сделаем глобальный обзор – проанализируем всё новое, что появилось за 15 лет XXI века, а мы продвинулись далеко вперёд по сравнению с 90-ми годами. К сожалению, наработки наших учёных редко выходят на мировой уровень. В этом минус нашего научного сообщества.

– Каков формат конференции?

– По установившейся традиции начнём конференцию с образования фтизиатров. В первый день начнут свою работу образовательные школы, рекомендованные как врачам, так и студентам, ординаторам, интернам. Одна из них посвящена диагностическим методам, современным методикам лучевой диагностики, профилактике туберкулёза среди детского населения. Будет, конечно, и школа, которая посвящена принципам лечения туберкулёза, МЛУ/ШЛУ-ТБ, современным режимам химиотерапии и подходам к правильному подбору препаратов в каждом конкретном случае. Кроме этого, внимание будет уделено и планированию потребности в препаратах для лечебной организации, а это очень важно дабы не допустить пропусков в лечении или в приёме того или иного нужного препарата, ведь перерывы стимулируют развитие резистентности возбудителя – микобактерии туберкулёза.

Торжественное открытие пройдёт во второй день форума. На него мы пригласили представителей

Минздрава России, президента Национальной медицинской палаты Л.Рошаль, депутата Государственной думы РФ. Приедет представитель штаб-квартиры ВОЗ Виеслав Яковяк, который работает сегодня в программе по туберкулёзу, а в своё время активно работал в Московском офисе ВОЗ.

Представитель Европейского общества по клинической микробиологии, профессор Делогу затронет актуальную проблему антибиотикорезистентной терапии. Не обойдём стороной и практическую часть, так же весьма важно. Профессор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Р.Ягудина осветит аспекты современных фармакоэкономических подходов.

Также пройдут ряд симпозиумов, посвящённых использованию современных технологий в диагностике и лечении, проблеме дифференциальной диагностики при туберкулёзе и других заболеваниях лёгких. На «круглом столе» пройдёт обсуждение проблем контроля трансграничного распространения туберкулёза, в котором помимо наших специалистов примут участие представители штаб-квартиры ВОЗ, Международной организации миграции, а также руководители национальных программ стран СНГ – Казахстана, Киргизстана, Таджикистана и Узбекистана.

Обсудим и подходы к научным исследованиям. Ожидаем выступление заведующего кафедрой эпидемиологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, главного эпидемиолога Минздрава России, академика РАН Николая Брико, который сделает доклад по доказательной медицине, её месте в современной медицинской науке и практике.

– В ходе конференции пройдёт

церемония награждения лауреатов конкурса молодых учёных, практиков и студентов. Насколько это важно?

– ВОЗ и все мы понимаем, что без молодого поколения, без привлечения молодых кадров как в клиническую деятельность, так и в науку, у нас не будет развития. Наш конкурс как раз призван эти таланты найти, поддержать, помочь им развиваться дальше, чтобы велась интенсивная работа, а молодые учёные «горели» своими идеями по улучшению ситуации во фтизиатрии.

– Конференцию часто называют «перельмановской». Какие мероприятия связаны с его именем?

– Нашу конференцию в конце года мы посвящаем памяти академика М.Перельмана, поскольку в декабре отмечается день его рождения, торжественного хирурга, который довольно длительное время был главным фтизиатром Минздрава России. Вопросы хирургии мы никак не можем обойти и предоставим слово его ученику и соратнику профессору В.Паршину, который широко осветит хирургические возможности лечения различных заболеваний лёгких.

Пройдёт вручение премии имени М.И.Перельмана лучшим практичным врачам. Так будут отмечены наиболее преданные фтизиатрии специалисты, которые хорошо проявили себя в работе.

В рамках конференции будут проходить симпозиумы, на которых фтизиатры и учёные поделятся опытом внедрения инновационных продуктов в практику, покажут их роль в диагностике и лечении туберкулёза, и нам есть что показать. Как всегда, остро стоят и вопросы дифференциальной диагностики туберкулёза и других заболеваний лёгких. Этому будет посвящено отдельное симпозиальное заседание, на котором свои доклады представят пульмонологи, фтизиатры, морфологи.

Сегодня мы говорим о поиске новых инструментов в борьбе с туберкулёзом. Во фтизиатрии есть много нерешённых вопросов, и один из них – латентная туберкулёзная инфекция. В этом вопросе мы возлагаем надежды на исследования иммунологов. На конференции будет представлено слово ведущим иммунологом страны, работающим по проблеме иммунопатогенеза туберкулёза.

Члены экспертного совета, проводившие смотр юных талантов, изначально договорились, что первое место получит номинант, работа которого имеет абсолютную новизну.

Целиком и полностью этому требованию соответствовали два проекта. Во-первых, работа «Использование метода MIRU-VNTR для проведения молекулярно-эпидемиологических исследований туберкулёза» аспиранта кафедры фтизиопульмонологии Северного государственного медицинского университета Елены Антушевой, выполненная в соавторстве с Ириной Тарасовой и Павлом Елисеевым (научный руководитель член-корреспондент РАН Андрей Марьяндышев). Во-вторых, проект «Молекулярно-генетическая характеристика изолятов *Mycobacterium tuberculosis*, выделенных от больных туберкулёзом в Уральском федеральном округе РФ» старшего научного сотрудника лаборатории экспериментальных и диагностических методов исследования Уральского НИИ фтизиопульмонологии, кандидата биологических наук Татьяны Умпелевой и её соавторов Натальи Еремеевой, Марионеллы Кравченко, Анны Вязовой (научные руководители доктора медицинских наук, профессора Сергей Скорняков и Ольга Нарвская).

ДОСЬЕ. Елена Антушева. Родилась в Архангельске, училась в гимназии с углублённым изучением иностранных языков. В 2010 г. окончила педиатрический факультет СГМУ. В 2013 г. поступила в аспирантуру по фтизиопульмонологии. Кроме научных исследований занимается журналистикой, является корреспондентом университетской

Анализ и прогнозы

Интрига сохранялась долго...

К совершенствованию молекулярно-эпидемиологического мониторинга туберкулёза

газеты «Медик Севера», несколько статей опубликовала в «Медицинской газете». Свободно владеет английским языком, по поручению клинических кафедр переводит научные статьи. Профессионально занимается музыкой.

Татьяна Умпелева. По окончании в 2006 г. биологического факультета Уральского государственного университета работала в Екатеринбургском НИИ вирусных инфекций. С 2008 г. по настоящее время – в Уральском НИИ фтизиопульмонологии. Прошла первичную переподготовку для биологов по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» в Уральской государственной медицинской академии. В 2010 г. – обучение на курсах повышения квалификации по программе «Молекулярно-генетические методы в диагностике инфекционных заболеваний» в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова.

Внедрение методов молекулярной генетики во фтизиатрии открывает широкие возможности для мониторинга и контроля над распространением туберкулёза. Поскольку молекулярно-эпидемиологические методы исследования позволяют достоверно выявить источник инфекции и скрытые контакты, возрастает их роль в изучении туберкулёзной инфекции как на популяционном уровне, так

и в индивидуальных случаях внутри очагов инфекции.

Представленные проекты как раз посвящены применению наиболее перспективного для развития современной системы молекулярно-эпидемиологического мониторинга туберкулёза метода MIRU-VNTR генотипирования возбудителя на популяционном и клиническом уровнях.

Характеризуя клиническую работу Е.Антушевой, директор Уральского НИИ фтизиопульмонологии С.Скорняков отметил, что она посвящена результатам MIRU-VNTR генотипирования возбудителя у больных туберкулёзом лёгких с новым и повторными случаями заболевания для выявления причин гетерорезистентных тестов лекарственной чувствительности, при изучении вспышек туберкулёза в закрытых учреждениях и семейных очагах. Научное и клинико-эпидемиологическое значение проекта несомненно и определяется новыми, ранее не доступными практической фтизиатрии принципиально значимыми данными о причинах развития рецидива болезни (частоте реактивации туберкулёза и повторного инфицирования новым штаммом МБТ). Это определяет новые возможности анализа причин распространения инфекции в очагах, мероприятий по контролю



Елена Антушева

за инфекцией и оптимизации лечебно-профилактических мероприятий в отношении больных.

В своём фундаментальном исследовании Т.Умпелева впервые изучила особенности генетической структуры популяции *M. tuberculosis* на Урале, выявила основные эпидемиологически значимые региональные генотипы, ассоциированные с распространением множественной лекарственной устойчивости МБТ. Одним из главных достижений работы

является разработка существенно более доступной для практического применения оригинальной схемы генотипирования возбудителя туберкулёза. Использование дополнительных гипервариабельных MIRU-локусов повышает дискриминирующую способность типирования и делает доступным эпидемиологический анализ путей распространения туберкулёза и эффективности противоэпидемических мероприятий. По материалам работы создана уникальная коллекция, включающая 1,5 тыс. клинических изолятов и образцов ДНК *M. tuberculosis*. Сполиго- и MIRU-VNTR профили 83 изолятов включены в международные компьютерные базы данных SITVITWEB и SITVIT 2 (Institut Pasteur de la Guadeloupe).

Поскольку обе работы очень достойные, актуальные, выполненные на современном уровне, эксперты встали перед дилеммой – кого признать бесспорным лидером. Это стало крайне сложной задачей, причём интрига сохранялась до самого конца заседания. В результате долгих дебатов первое место решено присудить команде во главе с Е.Антушевой, а команду Т.Умпелевой признать победителем в специальной номинации «За фундаментальность исследования».

Исследования

Доставка — адресная

Наночастицы помогают добиваться повышения терапевтической эффективности



ДОСЬЕ. Жихан Магхраби. Родилась в городе Алеппо. До 6 класса училась в Сирии. В 1993 г. вместе с родителями переехала в Москву. В 2006 г. окончила фармацевтический факультет Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, в 2011 г. – аспирантуру на кафедре клинической фармакологии. Тема диссертации: «Разработка и фармакологическое изучение наносомальных форм некоторых антибактериальных препаратов, применяемых при туберкулёзе», которую выполняла на базе НИИ фтизиопульмонологии.

Работа посвящена экспериментальному обоснованию одного из приоритетных направлений создания новых лекарственных препаратов для лечения туберкулёза. Известно, что важнейшей характеристикой препаратов для лечения туберкулёза является их способность проникать в клетки поражённых органов в концентрациях,

Немалый интерес представляет разработка новой формы известных лекарственных средств, выполненная лаборантом-исследователем лаборатории микробиологии отдела лабораторно-диагностических методов исследования во фтизиатрии НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Жихан Магхраби. Тема её проекта – «Противотуберкулёзная активность наносомальных форм рифампицина и гатифлоксацина на основе сополимеров молочной и гликолевых кислот» (научный руководитель – заведующая отделом НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук Галина Можожкина).

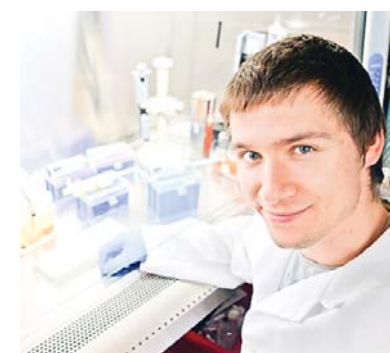
обеспечивающих длительный бактерицидный эффект. Адресная доставка лекарственного вещества в макрофаги в эффективных концентрациях без увеличения вводимой дозы является перспективным способом повышения эффективности лечения больных. Наночастицы за счёт стимуляции фагоцитоза могут стать эффективным средством доставки лекарственных соединений в макрофаги. Наночастицы способны проникать и накапливаться в очагах патологии, для которых характерны повышенная проницаемость капилляров и нарушение лимфооттока. Эти свойства наночастиц, наиболее выраженные при внутривенном введении, и легли в основу концепции о возможном повышении терапевтической эффективности, что доказано при лечении экспериментальных инфекций. Важным свойством наносомальных форм является их способность повышать биодоступность лекарств и при пероральном введении, что очень важно для длительного лечения, характерного для химиотерапии туберкулёза.

Экспериментальная работа выполнена на хорошем методологическом уровне, имеет прикладное

значение. Впервые показано, что применение наночастиц из сополимера молочной и гликолевой кислот позволяет целенаправленно изменить распределение гатифлоксацина при его внутривенном введении по сравнению с использованием субстанции гатифлоксацина при внутривенном и особенно внутривенном способе введения. Установлено, что при внутривенном введении наносомальной формы рифампицина обеспечиваются более высокие показатели противотуберкулёзной активности в крови и лёгких, чем при применении стандартного рифампицина для инъекций. Автором разработана эффективная технология получения наносомальной формы рифампицина и гатифлоксацина на основе сополимера молочной и гликолевой кислот с размером наночастиц 300-500 нм и высокой степени сорбции. Изучено влияние различных технологических параметров на свойства наночастиц и их стабильность в экспериментальных лекарственных формах, подтверждена их более высокая противотуберкулёзная активность, что обосновывает перспективы их дальнейшего изучения.

Проекты

Ещё одно второе место присуждено младшему научному сотруднику Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Сергею Пустыльникову за исследование на тему: «Влияние декстранов на рецептор-опосредованный эндоцитоз ВИЧ и продукцию цитокинов in vitro и in vivo» (научный руководитель – старший научный сотрудник, доктор медицинских наук Яков Шварц).



Новые возможности декстранов

Что показывают хорошо известные соединения

ДОСЬЕ. Сергей Пустыльников. В 2008 г. с отличием окончил Новосибирский государственный университет, специалист-биолог. В 2011 г. – аспирантуру по клеточной биологии. В 2014 г. был приглашённым исследователем отдела микробиологии и иммунологии лаборатории Пуджи Джейн, Дрексельский университет (США). Член Европейской академии алергологии и клинической иммунологии, Европейского респираторного общества, Американского общества микробиологии. С отличием прошёл курсы повышения квалификации по вирусологии и эпидемиологии (онлайн курс Стэнфордского университета «Написание научных текстов»).

В ряду основных нерешённых проблем медицины остаётся разработка эффективных средств профилактики и терапии ВИЧ-инфекции и туберкулёза. Обе инфекции за счёт высокого уровня заболеваемости, тяжести течения и сложности лечения причиняют серьёзный медико-социальный и

экономический ущерб. Особенно опасно их сочетание. Разработка ингибиторов взаимодействия патогенов с рецепторами для терапевтических целей является актуальной задачей при борьбе с туберкулёзом и ВИЧ-инфекцией. Автор исследования, являются ли давно известные медицине декстраны ингибиторами входа ВИЧ и могут ли они быть полезны в качестве модуляторов иммунного ответа при туберкулёзе. В работе использовано достаточное количество современных исследовательских методик, применены адекватные статистические методы. Это – фундаментальное исследование, выполненное на хорошем методологическом уровне и имеющее важное практическое значение, поскольку свидетельствует о возможности использовать декстран в качестве иммуномодулятора и адъюванта при профилактике и лечении туберкулёза и ВИЧ-инфекции.

По теме работы автором опубликовано 12 научных работ, в том числе 3 статьи. Результаты исследования озвучены на 8 международных конференциях.

Новые подходы

Рациональный алгоритм

Способствуя повышению качества диагностики и оптимизации тактики лечения



В прошлом году номинанты Александр Дятлов (кстати, самый молодой участник конкурса) и Юлия Цыбульская не смогли выйти в победители. Тем не менее тот робкий, не вполне успешный старт не отбил у них стремления продолжать исследования. В течение года они разрабатывали свои темы, не останавливаясь на достигнутом, и рискнули подать заявки вторично. Думается, это вполне логичный шаг. Такими и должны быть молодые пытливые учёные, которые несмотря ни на какие преграды идут к намеченной цели. И вот в 2015 г. они расположились на третьей ступени пьедестала.

Аспирант кафедры лучевой диагностики Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Юлия Цыбульская в соавторстве с Ириной Шутихиной и Романом Ставицким представила работу «Персонализированная диагностика пациентов с туберкулёзом позвоночника» (научные руководители – член-корреспондент

РАН Леонид Коков и доктор медицинских наук профессор Сергей Смердин).

ДОСЬЕ. Юлия Цыбульская. В 2009 г. с отличием окончила Московскую государственную медицинскую академию им. И.М.Сеченова. Ординатуру прошла в отделении лучевой диагностики и рентгенохирургических методов лечения Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. По теме диссертации опубликовала 16 печатных работ, из них 3 статьи в центральных рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК, соавтор 1 монографии. Предложила способ проведения томосинтеза поясничного отдела в боковой проекции у пациентов с воспалительными заболеваниями позвоночника на предоперационном этапе. На данный способ в Государственном реестре изобретений РФ получен патент на изобретение (2014).

Туберкулёз позвоночника – наиболее часто встречаемая форма костно-суставного туберкулёза. В последние годы отмечается рост случаев туберкулёзной инфекции и увеличение внелёгочных её проявлений, которые связывают с эпидемией СПИДа и проблемой мультилекарственной резистентности *Mycobacterium tuberculosis*. При диагностике туберкулёзного спондилита кроме визуального осмотра, при котором оценивают степень деформации позвоночника, выраженность неврологической симптоматики, применяются лучевые, бактериологические, цитологические и/или гистологические исследования. Тем не менее даже при наличии высокотехнологичных методов диагностики туберкулёзный спондилит до сих пор выявляют в 40% случаев на поздних стадиях, а распространённые и осложнённые формы встречаются у 70% взрослых пациентов.

Как правило, туберкулёзные изменения в позвоночнике выявляют с помощью традиционной рентгенографии, компьютерной томографии. С дальнейшим развитием технической базы появилась возможность проводить цифровую многосрезовую линейную рентгеновскую томографию (томосинтез).

Исследователи предложили дополнительный метод в диагностике и оценке лечения туберкулёзного поражения позвоночника – автоматизированную классифицирующую систему экспериментального научного объединения по физике, информатике и технике (АКС ЭНОФИТ). Это дополнительный скрининговый неинвазивный метод диагностики пациентов с лёгочными и внелёгочными формами, в том числе туберкулёзом позвоночника. Полученные при комплексном исследовании данные о наличии костных изменений при спондилите на любой (в том числе ранней) стадии заболевания позволяют вовремя направлять пациентов на дообследование и предупредить развитие необратимых осложнений.

На основании выявленных специфичных лучевых признаков туберкулёзного поражения позвоночника были сформулированы методические рекомендации обследования больных с туберкулёзным поражением позвоночника. Данный рациональный алгоритм предполагает внедрение на первичном этапе диагностики таких диагностических методик, как томосинтез позвоночника и оценка состояния опорно-двигательного аппарата с помощью АКС ЭНОФИТ. Это позволяет своевременно начать целенаправленные терапевтические мероприятия у данной группы пациентов, что, в свою очередь, значительно сокращает период предоперационного обследования пациентов и улучшает прогноз заболевания.

В клиниках и лабораториях

Свою работу «Исследование роли В-лимфоцитов в иммунном ответе и патологии при туберкулёзной инфекции у мышей» аспирант Центрального НИИ туберкулёза Александр Дятлов выполнил в соавторстве со своим научным руководителем, старшим научным сотрудником ЦНИИТ Ириной Линге.

Исследователи показали, что при аэрозольном заражении *M.tuberculosis* H37RV у мышей линии СВА/N-xid в лёгкие мигрирует вдвое меньше В-лимфоцитов по сравнению с конгенной линией СВА. Это приводит к более позднему и менее выраженному формированию В-фолликулов. У мышей СВА/N сильнее выражен

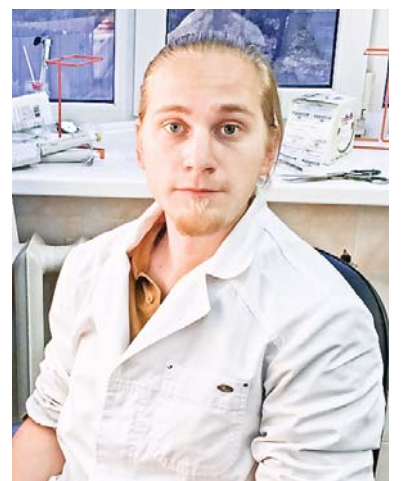
Серьёзный эксперимент

Представлены ранее не изученные аспекты защиты иммунной системы хозяина от инфекции

Это исследование стало солидной экспериментальной работой, в которой освещены ранее не изученные аспекты защиты иммунной системы хозяина от туберкулёзной инфекции.

ДОСЬЕ. Александр Дятлов. По окончании в 2014 г. Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова работает в Центральном НИИ туберкулёза.

Изучение механизмов патогенеза туберкулёза крайне актуально. Макрофаги и Т-клетки играют основную роль в борьбе с туберкулёзной инфекцией. Макрофаги фагоцитируют и уничтожают бактерии, а также стимулируют Т-лимфоциты к продукции цитокина IFN-γ, что, в свою очередь, активирует макрофаги. Макрофаги приобретают различные фенотипы в зависимости от полученного извне сигнала. Цитокины 1 типа (IFN-γ, TNF-α и др.) запускают развитие макрофагов по пути M1. Этот путь активации сопровождается продукцией множества воспалительных факторов и фермента, индуцируемой NO-синтазы (iNOS), необходимого для синтеза активных форм азота и уничтожения внутриклеточных микобактерий. Развитие по пути M2 запускается цитокинами типа 2 (IL-4, IL-10, IL-13) и сопровождается выработкой фермента аргиназы-1 (ARG1), приводящей к блоку синтеза NO.



приток нейтрофилов в лёгочную ткань и повышено содержание активированных лимфоцитов CD4+ на ранних сроках после заражения. Судя по образованию активных форм азота и экспрессии гена *inos*, лёгочные макрофаги мышей линий СВА и СВА/N-xid поляризируются преимущественно по пути M1, но присутствие большего числа В-лимфоцитов у мышей линии СВА приводит к частичной поляризации макрофагов по пути M2 (повышенная экспрессия *il10* и *tgfβ*), что может отражать попытку иммунной системы противостоять воспалительному процессу, вызванному инфекцией.

Ориентиры

Также 3-го места удостоена работа кандидата медицинских наук, доцента Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко Анны Лушниковой «Влияние пациентоориентированного подхода в противотуберкулёзной службе на эпидемиологическую ситуацию по туберкулёзу в Воронежской области», выполненная ею с соавторами Р.Никитиным, Г.Эфрон, О.Чупис, В.Леликовой, М.Першиной, Г.Плешковой (научные руководители – кандидат медицинских наук Сергей Корниенко и доктор медицинских наук Ольга Великая).

Это единственный проект, посвящённый проблеме повышения приверженности противотуберкулёзному лечению среди сложного контингента пациентов. Представлены результаты 4-летней работы с вовлечением медицинских и немедицинских специалистов. Автор наглядно демонстрирует необходимость комплексного медицинского и социально-психологического подходов в решении проблем пациентов, не способных самостоятельно придерживаться предписанного режима лечения.

ДОСЬЕ. Анна Лушниковая. В 2004 г. с красным дипломом окончила Воронежскую государственную медицинскую ака-

Содружество во имя здоровья

Фтизиатры Воронежской области комплексно снижают бремя туберкулёза



демию им. Н.Н.Бурденко, где обучалась в клинической ординатуре по фтизиатрии на кафедре туберкулёза. С 2006 г. работает в медицинском вузе (ныне – ВГМУ им. Н.Н.Бурденко). В 2010 г. в Центральном НИИ туберкулёза под руководством доктора медицинских наук, профессора Н.Стоговой защити-

ла кандидатскую диссертацию. В 2007 г. получен патент на изобретение «Способ лечения туберкулёзного плеврита» (авторы Н.Стогова, А.Лушниковая). Опубликовано 46 научных работ, из них 10 – в журналах, рецензируемых ВАК.

Раннее выявление МЛУ-ТБ, повышение мотивации пациентов к лечению, оказание им социальной, медицинской и психологической помощи, то есть пациентоориентированный подход в лечении больных туберкулёзом является актуальным направлением в повышении эффективности терапии.

Исследование состояло из реализации 2 проектов:

– «АВРАЛ» (Активно Выявить больных МЛУ-ТБ, Разделить потоки пациентов для уменьшения риска контакта с лекарственно-устойчивыми штаммами и назначить Адекватное Лечение), который реализуется в регионе с 2012 г. при участии международной организации «Партнёры во имя здоровья» и поддержке Партнёрства Lilly по борьбе с МЛУ-ТБ;

– «Сопровождение», который реализуется с 2011 г. для оказания помощи больным туберкулёзом из групп риска (наркоманы, алкоголики, социально дезадаптированные лица и т.д.). Цель проекта – мотивировать к лечению пациентов с низкой приверженностью, независимо от результатов и сроков предыдущего лечения.

Согласно программе, сотрудниками противотуберкулёзной службы обеспечивается приём пациентами противотуберкулёзных препаратов под наблюдением медицинского персонала на амбулаторном этапе лечения (на дому). Под руководством координатора в проекте участвуют врач, медсестра, водитель, которые обеспечивают контролируемый приём противотуберкулёзных препаратов в удобном для больного месте и в удобное время. За приём лекарств пациенты получают продуктовый набор. Для решения социальных и медицинских вопросов по сочетанной патологии, привлечён дополнительный персонал – социальный работник и нарколог.

В результате реализации этих проектов в Воронежской области

произошло снижение заболеваемости туберкулёзом с 45,2 на 100 тыс. населения (2012) до 33 (2014). Смертность от туберкулёза, соответственно, снизилась с 7,9 до 5,2. Абацциллирование контингента больных увеличилось с 44,9% (2012) до 53,1% (2014). Наблюдается снижение распространённости МЛУ-туберкулёза с 24,7 до 18,8.

Активное выявление больных МЛУ-ТБ, разделение потоков пациентов позволяет своевременно назначать адекватный режим химиотерапии, предупредить развитие вторичной лекарственной устойчивости. Пациентоориентированный подход в наблюдении пациентов из групп социального риска позволяет снизить процент «отрывов» до 3%, повысить эффективность лечения до 91%. Активное выявление больных МЛУ-ТБ, своевременное назначение препаратов второго ряда, организация контролируемого лечения пациентов на стационарном и амбулаторном этапах способствуют улучшению эпидемиологической ситуации по туберкулёзу в Воронежской области.

При подведении итогов конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века» 5 номинантов отмечены специальной номинацией «За актуальность исследования».

В частности, члены экспертного совета конкурса высоко оценили работу старшего научного сотрудника лаборатории консервативных и хирургических технологий и лечения туберкулёза, кандидата медицинских наук Александра Баженова (научный руководитель – доктор медицинских наук Игорь Мотус).

ДОСЬЕ. Александр Баженов в 2007 г. окончил Уральскую государственную медицинскую академию по специальности «лечебное дело». Стаж работы в учреждениях здравоохранения составляет 6 лет. Имеет патент на промышленный



Александр Баженов

образец «Схема алгоритма хирургической тактики при ограниченных формах туберкулёза лёгких» (соавторы – И. Мотус, С. Скорняков, И. Медвинский, А. Мальцева, А. Неретин).

Несмотря на то что в настоящее время эпидемиологическая ситуация по туберкулёзу в России в целом стабилизировалась, основные показатели, характеризующие её, пока ещё далеки от благоприятного уровня. Эффективность лечения впервые выявленных больных остаётся недостаточно высокой. Вследствие недостаточной эффективности полихимиотерапии, излечение туберкулёза без применения хирургических методов малоперспективно.

В нашей стране примерно 60-70% оперативных вмешательств при туберкулёзе лёгочных форм локализации выполняются по поводу ограниченных форм туберкулёза лёгких (ОФТЛ). Хирургическое лечение их наиболее благоприятно и перспективно в медико-социальном плане.

Проведённое автором исследование имеет научно-практическую значимость. Во-первых, разработана методика выбора варианта миниинвазивного хирургического вмешательства у больных с ОФТЛ, что позволяет на дооперационном этапе, основываясь на рентгенологических характеристиках туберкулёзного процесса, осуществлять отбор пациентов для выполнения им необходимого варианта оперативного вмешательства. Во-вторых, обоснована оптимальная расстановка торакопортов для выполнения сублобарных резекций лёгких по поводу ОФТЛ верхнедолевой локализации, что уменьшает количество конверсий в торакотомный доступ. В-третьих, сформулирован алгоритм хирургической тактики у больных с ОФТЛ, следуя которому удаётся достичь низкой частоты послеоперационных осложнений и адекватного (с фтизиохирurgicalческой точки зрения) выполнения оперативного вмешательства.

Впервые на конкурс поступила серьёзная работа от сотрудника,

Инициатива

Смелость стать лучшими

Фундаментальные и клинические научные проекты молодых исследователей уже сегодня служат фтизиатрии и пациентам

работающего во фтизиатрической службе системы исполнения наказаний РФ. Торакальный хирург туберкулёзного лёгочно-хирургического отделения филиала туберкулёзной больницы № 1 Медико-санитарной части № 24 ФСИН России Александр Яновский представил работу на тему: «Хирургическое лечение туберкулёза лёгких у ВИЧ-инфицированных больных в условиях пенитенциарной системы: особенности пред- и послеоперационного ведения» (научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Наталия Корецкая).

Несмотря на снижение основных эпидемиологических показателей по туберкулёзу в России, ситуация по-прежнему остаётся напряжённой. В значительной мере это связано с высоким удельным весом больных с лекарственной устойчивостью возбудителя (прежде всего множественной), а также с ростом доли ВИЧ-инфицированных среди населения. Особо значимы эти проблемы в условиях пенитенциарной системы.



Александр Яновский

ДОСЬЕ. Александр Яновский, выпускник Красноярской государственной медицинской академии, врач высшей категории по торакальной хирургии, трудится в филиале туберкулёзной больницы № 1 с 2004 г. Интернатуру по хирургии проходил на базе Городской клинической больницы № 20 Красноярск. Повышал квалификацию по фтизиатрии в Новосибирском государственном университете, где обучался методике локорегиональной терапии в лечении туберкулёза органов дыхания. В 2014 г. по предложению профессора Н. Корецкой при его участии в работу отделения внедрён метод хирургического лечения туберкулёза лёгких у ВИЧ-инфицированных. По степени сложности, качеству проводимых операций А. Яновский является одним из лучших молодых торакальных хирургов в регионе.

Важный резерв повышения эффективности лечения больных туберкулёзом лёгких – хирургические методы, возросшее значение которых в условиях роста лекарственной устойчивости микобактерий

туберкулёза, в том числе множественной, не вызывает сомнения.

Оригинальность разработанной автором методики пред- и послеоперационного ведения больных в применении наряду с традиционными способами введения противотуберкулёзных препаратов регионарной лимфотропной химиотерапии одним-двумя препаратами, дополненной физиотерапевтическими процедурами (внутриканальной электрофорез и магнито-лазерная терапия) в сочетании с коллапсотерапией (пневмоперитонеум) на весь период лечения. Научно-практическая значимость исследования в том, что доказана возможность проведения в условиях пенитенциарной системы хирургического лечения больных туберкулёзом лёгких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, независимо от стадии последней. Разработанная методика пред- и послеоперационного ведения больных проста в выполнении, лишена побочных эффектов и позволяет предотвратить осложнения в послеоперационном периоде, в связи с чем может быть применена в практической деятельности других противотуберкулёзных учреждений.

Серьёзное исследование провела Марина Лукьянова на тему: «Нутритивная поддержка при хирургическом лечении тяжёлых форм туберкулёза лёгких» (научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Денис Краснов). Работа отличается актуальностью, имеет научно-практическое значение. Автор поставила задачу помочь пациентам, терапевтические возможности лечения которых уже исчерпаны. Большинство этих больных теряет вес, что является одной из причин низкой эффективности хирургических методов лечения. Автор впервые во фтизиатрической практике предлагает использовать метод непрямой калориметрии для расчёта индивидуальной потребности каждого такого пациента в дополнительном изокалорийном энтеральном питании методом сипинга и убедительно доказывает, что назначение нутритивной поддержки к 10 суткам в послеоперационном периоде способствует более быстрой нормализации клинико-биохимических показателей висцерального пула белка и приводит к нормализации метаболизма у 82% больных ФКТ лёгких. Эта работа имеет важное практическое значение, позволяет успешно применять хирургические методы лечения даже у длительно болеющих пациентов с хроническими формами туберкулёза лёгких (которым хирурги часто отказывают в операциях), что приведёт к уменьшению бактериального ядра в обществе и к существенному снижению заболеваемости туберкулёзом.

ДОСЬЕ. Марина Лукьянова родилась в Новосибирске. По окончании в 2006 г. педиатрического факультета Новосибирского государственного медицинского института прошла обучение в клинической ординатуре по специальности «Анестезиология-реаниматология». С июня 2008 г. работает анестезиологом-реаниматологом в Новосибирском НИИ туберкулёза.



Марина Лукьянова

Грамотный, квалифицированный специалист, владеющий современными анестезиологическими методами диагностики и лечения. Интересуется новейшими достижениями в медицине. Практическую работу совмещает с научно-исследовательской деятельностью. В настоящее время выполняет работу на соискание учёной степени кандидата медицинских наук. Автор 3 печатных работ по теме диссертации в журналах, рекомендованных ВАК.

Авторитетным жюри отмечена ещё одна работа новосибирцев. Речь идёт о клинической работе Яны Петровой «Клапанная бронхоблокация в комплексном лечении больных деструктивным туберкулёзом лёгких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» (научный руководитель – доктор медицинских наук, профессор Денис Краснов).

Актуальность и высокая практическая значимость проекта определяется продолжающимся распространением туберкулёза, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, сложностью и низкой эффективностью лечения этой категории пациентов и их высокой эпидемиологической опасностью. Автором разработана новая методика повышения эффективности комбинированного лечения больных впервые выявленным деструктивным туберкулёзом лёгких, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, на основе высокотехнологичного метода клапанной бронхоблокации в сочетании с интенсивной проти-



Яна Петрова

вотуберкулёзной и антиретровирусной терапией, что определяет существенное медико-социальное значение этого исследования для практической фтизиатрии.

ДОСЬЕ. Яна Петрова окончила Новосибирский государственный медицинский университет по специальности «Лечебное дело», ординатуру и аспирантуру по специальности «Фтизиатрия». С 2010 г. работает фтизиатром лёгочно-хирургического отделения Новосибирского НИИ туберкулёза. Занимается научной работой, состоит в Обществе молодых учёных института, проводит научно-просветительскую работу среди населения.

Один из самых молодых участников конкурса Руслан Асанов вынес на суд экспертного совета конкурсную работу «Рентгеноморфологическое и бактериологическое обоснование активной хирургической тактики при абациллярной туберкулёме лёгкого», которая также получила достойное признание.

До сих пор продолжаются споры о показанности оперативного лечения при абациллярной туберкулёме – форме туберкулёза, объединяющей по генезу инкапсулированные казеозные фокусы величиной более 1 см в диаметре. Автор изучил и обосновал активную хирургическую тактику при этом диагнозе.

ДОСЬЕ. Руслан Асанов родился в Ульяновске в семье врачей. По окончании в 2014 г. медицинского факультета Ульяновского государственного университета прошёл интернатуру по специальности «Рентгенология». Имеет диплом о втором высшем образовании по специальности «Юриспруденция». В период интернатуры прошёл обучение-стажировку на рабочем месте в отделении лучевой



Руслан Асанов

диагностики Центрального НИИ туберкулёза. С 2015 г. – рентгенолог рентгенофлюорографического отделения Областного клинического противотуберкулёзного диспансера (Ульяновск). В настоящее время работает в кабинете компьютерной томографии стационара № 3. Научной работой занимается с первого курса обучения в университете.

Научно-практическая значимость работы обуславливается необходимостью уменьшения резервуара туберкулёзной инфекции в обществе. Исследование показывает значительный риск заражения от больного с «абациллярной» туберкулёмой, возможностью реактивации процесса с прогрессированием, что может в конечном итоге поставить под угрозу и жизнь пациента. В спорных моментах, делает вывод исследователь, более целесообразно придерживаться активной хирургической тактики.

Все проекты интересны, перспективны, равно как и молодые их разработчики, которые, вне сомнения, находятся в начале большого пути. Пожелаем им успехов!

Материалы спецвыпуска подготовил Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Скорости, с которой эволюционирует современная офтальмология, может позавидовать любой раздел медицины. Если ещё каких-то 30 лет назад пределом возможностей было затормозить процесс утраты зрения, чтобы человек мог видеть вокруг себя хотя бы что-то, то сегодня благодаря технологиям офтальмохирургии он может видеть мир в деталях.

Об очередных результатах научных исследований и их применении в клинической практике шла речь на 16-й научно-практической конференции с международным участием «Современные технологии катарактальной и рефракционной хирургии». Этот традиционный форум, организуемый МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, можно назвать смотрами достижений российских офтальмологов и их зарубежных коллег.

Эпоха сочетанной патологии

Одной из особенностей современной офтальмохирургии является то, что врачам всё чаще приходится иметь дело с пациентами, страдающими сочетанной патологией органа зрения. «В нашей специальности всё очень переплетено: с одной стороны, есть тенденция к более узкой специализации, с другой – хороший специалист не может быть только «катарактологом» или «глаукоматологом», у него должны быть хорошие знания о смежных дисциплинах», – говорит заместитель генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Борис Малюгин.

– Так, примерно у 20% пациентов, которые обращаются к врачу по поводу хирургического лечения катаракты, изначально имеются аномалии внутриглазного давления. Это может быть либо глаукома, либо офтальмогипертензия. В такой ситуации хирургу важно не только правильно поставить диагноз, но и чётко определить тактику лечения. Мы знаем, что сочетание катаракты и глаукомы встречается и при иных обстоятельствах: после операции по поводу глаукомы в течение последующих 5 лет у пациента, как правило, возникает катаракта. До недавнего времени это считалось практически неизбежным, а сегодня степень вероятности данного осложнения обусловлена выбором антиглаукомной операции. Если хирург использует традиционные технологии – трабекулэктомию, синустрабекулэктомию, то катаракта развивается практически в 100% случаев. Если используются новые технологии, например, непроникающая хирургия глаукомы, то риск развития катаракты существенно снижается, – подчёркивает профессор Малюгин. – Непроникающая технология хирургии глаукомы – это отечественная разработка школы академика С.Н.Фёдорова, которая получила распространение во всём мире.

В своём докладе Б.Малюгин сделал акцент на технологических особенностях и результатах микроинвазивной сочетанной хирургии катаракты и глаукомы, отметив, что в настоящее время разработан ряд безопасных и удобных в применении методов комбинированной хирургии. К их основным достоинствам относят малый риск травмы деликатных структур глаза и сопутствующих осложнений.

– Пациенты с глаукомой вынуждены постоянно пользоваться антиглаукомными препаратами, чтобы поддерживать в норме внутриглазное давление. Именно для них сочетанное хирургическое вмешательство, включающее микроинвазивную экстракцию катаракты с имплантацией интраокулярной линзы и микроинвазивное лечение глаукомы, смысл которого заключается в создании дополнительных путей для оттока жидкости из передней камеры глаза в Шлеммов канал или в супрахориоидальное пространство, является наиболее оптимальным вариантом решения проблемы, – резюмировал Б.Малюгин.

Комплаенс имеет значение

Говорить о профилактике глаукомы пока не приходится. Науке до конца не известны все патогенетические механизмы развития заболевания, существует лишь масса теорий: сосудистая, генетическая, обменная, воспалительная, иммунная. Есть впечатление, что к глаукоме приводит сочетание раз-

Ориентиры

Десять лет – за счастье видеть

Дальнейшее развитие офтальмологии предопределено высокими потребностями общества



Новейшая лазерная система для коррекции аномалий рефракции

ных факторов, причём, у каждого человека эти «кубики» складываются своим образом. По большому счёту, офтальмологи лечат не саму глаукому, а её симптомы, однако и это архиважно, учитывая, что в течение 10 лет наблюдения 26% пациентов слепнут.

– Почему люди продолжают слепнуть от глаукомы? – с таким вопросом обратился к аудитории профессор офтальмологии из Университета Сан-Паулу (Бразилия) Ремо Сусанна.

Причин несколько. Первая – несмотря на все достижения офтальмологии, появление нового оборудования, постоянное расширение наших знаний о данном заболевании, среднее время от начала болезни до постановки диагноза «глаукома» составляет 12 лет. У многих пациентов к этому времени уже наблюдается серьёзная потеря зрения. Идентификация глаукомы объективно сложна. До того, как появятся ранние изменения в поле зрения, происходит значительная потеря слоя нервных волокон. В идеале глаукоме нужно выявлять ещё до того, как появятся дефекты в поле зрения, но в реальности диагноз не может быть установлен до тех пор, пока не потеряно 38% нервных элементов.

Вторая причина – недостаточность назначенного лечения. Это происходит в тех случаях, когда врач недооценивает тяжесть состояния. Профессор Сусанна подчёркивает, что очень важным прогностическим показателем является не просто внутриглазное давление, а его пиковый уровень. Именно поэтому так важно измерять и оценивать не только результаты однократных измерений, но и суточные колебания и скачки внутриглазного давления.

– К примеру, у пациента целевое давление в пределах 14 мм рт.ст, а во время теста с водной нагрузкой вы определяете пик давления, равный 25 мм рт.ст. Это может указать на необходимость более агрессивного лечения тех пациентов, которые казались нам до этого вполне хорошо компенсированными. Вот так нас «дурачит» глаукома, – обратил внимание ведущий специалист по лечению глаукомы из Бразилии.

Ещё одна причина того, что многие слепнут – неправильная оценка скорости прогресси-

рования глаукомных изменений в глазу. В реальной клинической практике это делается при проведении компьютерного анализа полей зрения с оценкой светочувствительности центральной зоны сетчатки. Нередко врачи считают, что прогрессирование заболевания имеет простой и линейный характер, поэтому думают, что по ранним изменениям можно чётко предсказать скорость течения заболевания в будущем. Однако

интраокулярной линзы с учётом прогнозируемого роста глаза и соответствия рефракции парного глаза, на котором нет катаракты. При полной врождённой катаракте имеет значение время проведения хирургического лечения: чем раньше, тем лучше. Оптимально, когда операция выполняется в течение первых 3 месяцев после рождения, чтобы обеспечить правильное развитие зрительной системы.

В то же время, подчёркивает

специалисты нашей страны, представители самых разных учреждений.

На этом фоне особенно актуальным было сообщение специалистов МНТК «Микрохирургия глаза» об их достижениях в лечении роговичной патологии.

В докладе, обосновывающем тканесберегающий подход к кератопластике, профессор Малюгин дал оценку результатам использования одной донорской роговицы для

двух пациентов. При этом большим с патологией стромы роговицы пересаживали переднюю часть донорской роговицы, а пациентам с повреждёнными эндотелиальными клетками – её задние слои. При всех организационных и технических сложностях такой задачи была реально сэкономлена 1/5 часть донорского материала, а это значит, на 20% удалось увеличить число пролеченных пациентов.

Ещё одним достижением специалистов МНТК «Микрохирургия глаза» стало то, что на основе многолетних исследований они сформировали комплексную систему лечения больных с кератоконусом и другими кератозкразиями различного генеза. При этом удалось отсрочить, а порой и вовсе устранить необходимость в пересадке роговицы. Алгоритм, предложенный специалистами МНТК, уже получил признание в мире. Вот что рассказала об этом заведующая отделом трансплантационной и оптико-реконструктивной хирургии переднего отдела глазного яблока доктор медицинских наук Светлана Измайлова:

– За последние 10 лет кардинально изменились подходы к лечению патологии роговицы, в частности, кератоконуса. Если раньше у врачей была лишь выжидательная тактика, которая заключалась в подборе пациенту контактных линз или очков, а на заключительной стадии заболевания выполнялась трансплантация донорской роговицы, то сейчас мы ставим приоритетом раннее выявление и лечение данной категории пациентов. А современные хирургические технологии позволяют излечивать таких больных в большинстве случаев без использования кератопластики.

До сих пор в сообществе специалистов идёт дискуссия о том, с чего начинать лечение, в каких ситуациях, и в какой последовательности применять те или иные методы, чтобы достичь максимального и наиболее стойкого результата. В МНТК стандартизировали алгоритмы лечения, и впервые создали стройную и логически обоснованную классификацию, ориентирующую хирурга на применение наиболее адекватного метода лечения конкретного пациента, чтобы при минимальной инвазивности вмешательства обеспечить его максимальную эффективность.

Среди других причин, вызывающих врождённую катаракту у детей, он назвал инфекции, которыми переболела женщина во время беременности, а также воздействие радиации и наркоманию будущей мамы. Данные факторы необходимо учитывать как акушерам-гинекологам, так и детским врачам, чтобы после рождения малыша обеспечить осмотр его квалифицированным офтальмологом.

Действуй по алгоритму

«К большому нашему сожалению, у нас нет возможности оказать хирургическую помощь всем пациентам, которые нуждаются в пересадке роговицы. Все российские клиники, которые занимаются пересадкой роговицы, сталкиваются с недостатком донорского материала», – так характеризуют ситуацию с кератопластикой веду-

практика призывает, что существуют нелинейные взаимоотношения между потерей нервных волокон и прогрессированием глаукомы, и полагаются исключительно на скорость изменений светочувствительности сетчатки не всегда правильно.

Четвёртая причина – позднее начало лечения. По словам Ремо Сусанны, ошибочно думать, что пациенты с глаукомой не надо лечить, потому что лишь немногие из них в итоге ослепнут: «Кем-то из профессионалов было высказано мнение, что раннее начало лечения важно только для пациентов с сочетанием нескольких факторов риска: высокое внутриглазное давление, псевдоэкзофтальмия и молодой возраст. Если все эти факторы присутствуют, то риск прогрессирования глаукомы и слепоты есть. У остальных же он не так велик, поэтому не обязательно начинать раннее лечение таких пациентов. Это в корне не верно, и согласиться с таким подходом я не могу».

И, наконец, пациенты тоже отчасти виноваты в том, что слепнут, считает специалист. Они недостаточно хорошо соблюдают режим лечения, к примеру, в Америке 30% больных через 3 месяца самостоятельно прекращают закапывание антиглаукомных препаратов. «Может быть, им недостаточно хорошо объяснили? Комплаенс, как строгое следование пациента рекомендациям врача, имеет очень большое значение», – считает Ремо Сусанна.

Недетские болезни детского возраста

Отдельная секция форума была посвящена детской катаракте, и это подчёркивает актуальность проблемы несмотря на то, что врождённая катаракта у детей встречается относительно редко – 3 случая на 20 тыс. новорождённых. Заведующий отделом микрохирургии и функциональной реабилитации глаза у детей МНТК «Микрохирургия глаза», доктор медицинских наук, профессор Павел Володин подчёркивает, что хирургическое лечение в детском возрасте имеет свою специфику, обусловленную анатомо-топографическими особенностями глаза ребёнка раннего возраста:

– Одной из сложностей является правильными расчёт оптической силы имплантируемой

* * *

О том, что все усилия офтальмологов имеют огромное значение, говорит следующий факт. Согласно данным социологического исследования, которое проводилось в Европе, чтобы иметь возможность видеть, люди готовы пожертвовать 10 лет из уже прожитых и по одному году из каждых последующих. Такую цену человеку не жалко заплатить за то, чтобы сохранить зрение, поскольку эта способность придаёт жизни осмысленность.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

История болезни: акт 1

В феврале 2015 г. в столичную ГКБ № 57 по «03» поступил 71-летний мужчина с жалобами на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, возникающими при малейшей физической нагрузке, а также кашель и одышку. Из анамнеза известно, что ранее больной не обращался за медицинской помощью, а данное ухудшение самочувствия отмечается у него в течение месяца. При осмотре врачом приёмного отделения у пациента отмечалось тахипноэ до 22 в минуту, сатурация кислорода 88%, а также аускультативно определялись сухие хрипы в обоих лёгких. В общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз. На основании анамнеза, жалоб и данных осмотра пациенту был выставлен диагноз «Обострение ХОБЛ. Правосторонняя пневмония? Плеврит? Дорсопатия» и назначена кислородотерапия наряду с антибактериальными препаратами, глюкокортикостероидами и диуретиками, а также нестероидными противовоспалительными средствами.

Отвечая на вопрос председателя конференции, а на основании чего, собственно говоря, был выставлен такой диагноз, заместитель главного врача ГКБ № 57 по лечебной работе Татьяна Чилина сказала: «На основании клинической картины и анамнеза». Примечательно, что больному не было проведено рентгенологическое исследование органов грудной клетки, без чего, как известно, диагноз «Пневмония» неправилен, даже под вопросом. Кроме того, ссылаясь на поставленный диагноз, можно с уверенностью говорить, что для назначения диуретиков не было ни малейшего основания. Мочегонные препараты в данном случае скорее противопоказаны. То же самое можно сказать и о гормональной терапии, принимая во внимание, что бронхообструктивный синдром купировался, одышка не беспокоила. Сатурация выросла до 93%. Диагноз пневмонии был исключён, причём – снова без рентгенологического исследования – на основании отсутствия лихорадки. Больного беспокоили лишь боли в спине при малейшей физической нагрузке. В плане диагностического поиска на второй день пребывания в стационаре пациенту был сделан рентгеновский снимок позвоночника, по результатам которого нельзя было исключить перелом первого поясничного позвонка (L1).

На следующий день пациенту была запланирована компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки, однако вечером произошло непредвиденное: мужчина упал в палате, в результате чего, на основании всё того же рентгенологического исследования, ему был выставлен диагноз «Перелом левой плечевой кости», в связи с чем он был переведён по «скорой» в отделение травматологии ГКБ № 15 за неимением отделения такого профиля в ГКБ № 57.

История болезни: акт 2

По прибытии в другой стационар больной предъявлял жалобы на боли в области левого плеча и поясницы. Дежурный травматолог выставил диагноз «Закрытый винтообразный перелом левой плечевой кости в средней трети». Пациенту была проведена репозиция, а также иммобилизация левой руки гипсовой лангетной повязкой. На контрольных снимках – ось конечности восстановлена, положение кости удовлетворительное. В течение 4 дней больной на-

Клинический разбор

По замкнутому кругу

Или в тщетном поиске верного решения



Уровень профессиональной подготовки российских докторов – притча во языцех. Чего только не делается для исправления этого, ключевого со всех сторон, момента в неэффективности тех или иных отраслевых преобразований: национальные и международные конгрессы, посвящённые той или иной актуальной проблематике, образовательные сессии, мастер-классы, лекции экспертов в режиме онлайн и т.д. Казалось бы, проблема должна исчезнуть сама собой, однако вышеперечисленные меры оказались, мягко говоря, недостаточно эффективными в достижении поставленной цели.

В течение нынешнего года московское здравоохранение прибегло к отнюдь не новой, однако весьма эффективной, ссылаясь на опыт прежних лет, образовательной мере: клинко-анатомическая конференция. Веду-

щим преимуществом данного метода повышения квалификации специалистов практического звена является междисциплинарный подход в обсуждении того или иного летального исхода. Эффективно это или нет – покажет время. Пока же – об очередном таком мероприятии, собравшем руководителей столичных медучреждений наряду с главными внештатными городскими специалистами в той или иной области клинической медицины и прошедшем, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по социальным вопросам, эксперта в области внутренней медицины, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА.

ходил в травматологическом отделении. Пациент был осмотрен терапевтом и неврологом. Схема терапии 57-й ГКБ была продолжена. Со стороны органов дыхания ухудшения состояния не наблюдалось. В общем анализе крови – небольшой лейкоцитоз и миелоциты, в биохимическом – незначительное повышение СРБ.

Несмотря на данные лабораторных методов исследования, а также рентгеновского снимка в предыдущем стационаре пациент не был обследован в полной мере. Это объяснили тем, что в 15-й ГКБ больной находился исключительно на предмет перелома левой руки, а общее состояние его не требовало экстренной помощи. В этой связи пациент изъявил желание лечиться в другом стационаре и выбрал столичную ГКБ им. С.П.Боткина, куда и был переведён в отделение пульмонологии.

История болезни: акт 3

Поступив в пульмонологическое отделение «Боткинской» больницы, пациент снова предъявлял жалобы на одышку и кашель, а также на боли в области поясницы. Ему вновь выставили диагноз – обострение ХОБЛ (наряду с диагнозом ГКБ № 15) и назначили антибактериальную терапию в прежних дозах. Главной жалобой пациента оставались боли в нижних отделах спины, а также в грудной клетке при глубоком дыхании. В общем и биохимическом анализе крови грубых изменений выявлено не было. При очередном рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у пациента были обнаружены переломы 6, 7 и 9 правых рёбер.

Пациент неоднократно осматривался неврологом, который выставил ему диагноз «Остеохондроз. Спондилоартроз». В виду того, что больному за время короткого пребывания в ГКБ № 57 проводилось рентгенологическое исследование поясничного отдела позвоночника, повторно данная манипуляция не выполнялась.

На фоне проводимого лечения состояние здоровья пациента по основному заболеванию улучшилось. Одышка исчезла. На 12-й день лечения пациент был вы-

писан на дом в удовлетворительном состоянии с последующей консультацией травматолога в амбулаторных условиях.

История болезни: финал

3 дня спустя в критическом состоянии этот же пациент по «03» был доставлен в столичный Госпиталь для ветеранов войн № 1. Сознание больного расценивалось как сопор. В этой связи никаких жалоб он не предъявлял. В контакт не вступал. Периодически стонал. По тяжести общего состояния мужчина был госпитализирован в отделение реанимации.

При аускультации лёгких – дыхание жёсткое, сухие рассеянные хрипы, ЧД – 28-30, тоны сердца глухие, ЧСС – 110, АД 130/70, живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края правой рёберной дуги. Менингеальных знаков нет, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

За 2 дня пребывания в стационаре, учитывая тяжесть состояния, больному был выполнен полный объём необходимых исследований. В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз, повышенная СОЭ, анемический синдром. Биохимический анализ крови демонстрировал печёночную и почечную недостаточность. Сатурация кислорода на воздухе составляла 65%, что свидетельствовало о тяжелейшей дыхательной недостаточности, в связи с чем больной был подключён к аппарату искусственной вентиляции лёгких.

Все онкомаркеры значительно превышали нормальные показатели. На ЭКГ – синусовая тахикардия. Фибрилляция предсердий. На рентгенограмме грудной клетки – усиление лёгочного рисунка, переломы вышеуказанных рёбер. При исследовании левого плеча – неполное сращение отломков плечевой кости.

Пациенту была проведена КТ головного мозга – данных за нарушение мозгового кровообращения не отмечалось. На КТ грудного и поясничного отдела позвоночника – множественные участки деструкции костной ткани в телах позвонков, а также в остистых и поперечных отростках. На уровне 3-4 грудных позвонков – образование с округлыми

контурами, стенозирующее на половину спинномозгового канала. В области головок 3, 5, 6 и 7 рёбер – мягкотканые образования с деструкцией костной ткани. Аналогичные образования – в телах и отростках позвонков. В области L1 – линия перелома.

При УЗИ органов брюшной полости – множественные гипэхогенные образования с неровными контурами размерами от 10 до 30 мм в печени. При УЗИ органов малого таза – гиперплазия предстательной железы.

Полученная информация давала докторам веские основания на предположение о наличии у пациента онкопроцесса IV стадии, раковой интоксикации и полиорганной недостаточности.

Несмотря на проводимую терапию и реанимационные мероприятия у больного сохранялась отрицательная динамика. К концу второго дня пребывания в клинике, у пациента произошла остановка сердца. Реанимационные мероприятия в течение получаса ни к чему не привели, в связи с чем была констатирована биологическая смерть мужчины.

Посмертный диагноз: «Опухоль печени? Множественные метастазы в грудном и поясничном отделах позвоночника, вторичное сужение спинномозгового канала, перелом 3, 5, 7 рёбер слева, 10 ребра справа. Раковая интоксикация. Полиорганная недостаточность. Отёк головного мозга».

Родственники умершего пациента отказались от вскрытия, в связи с чем патологоанатомическое исследование трупа не проводилось.

Заключение экспертов

Андрей БЕЛЕВСКИЙ, главный пульмонолог Департамента здравоохранения Москвы:

– С точки зрения пульмонологии, я не вижу грубых нарушений за исключением того, что врач приёмного отделения ГКБ № 57 не назначил больному рентгенографию органов грудной клетки. Тем не менее, антибактериальную терапию я оцениваю как вполне приемлемую, как и терапию глюкокортикостероидами. Как мы только что слышали, состояние больного со стороны органов дыхания значительно улучшилось.

Позитивная динамика – налицо. В целом, пульмонологическое ведение данного пациента вполне удовлетворительно.

Вадим ДУБРОВ, главный травматолог-ортопед Департамента здравоохранения Москвы:

– То, что больному при транспортировке из первого стационара во второй не была должным образом иммобилизована конечность – грубая ошибка. Речь идёт о диафизарном переломе. Кроме того, необходимо было вызвать дежурную по городу бригаду травматологов, прежде чем переводить пациента в другой стационар. Этого сделано не было. Также, с моей точки зрения, ошибкой является и то, что КТ грудной клетки не было сделано в «Боткинской» больнице. Наряду с этим я констатирую запоздалую лучевую диагностику переломов рёбер.

Алла ГЕХТ, главный невролог Департамента здравоохранения Москвы:

– Наличие болевого синдрома не насторожило. В третьем стационаре явно страдает качество неврологического осмотра. Если в начале больной активно жаловался на боли при движении, то непредъявление таких жалоб за время пребывания в «Боткинской» больнице – тревожный сигнал. В данном случае это не положительная, а отрицательная динамика. Тяжесть состояния пациента была недооценена.

Игорь ХАТЬКОВ, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы:

– Очень сложно сказать, был у больного рак или нет. Вскрытия же не было. Несмотря на это, я хочу заметить, что всем нам нужно активизироваться в сторону тщательного онкопоиска. Ведь качественные новообразования, как известно, поддаются эффективному лечению исключительно на ранних стадиях. На сегодняшний день смертность вследствие онкологических заболеваний в нашей стране занимает II место после сердечно-сосудистых катастроф, и есть прогнозы, что эти группы болезней поменяются позициями в скором времени.

Резюме председателя

– Данная история болезни неприятна своей тривиальностью. В ней нет ничего необычного. Больного недооценили ни в одном из трёх стационаров, где стоит современное оборудование мирового уровня. Ситуация с лучевыми методами диагностики у нас нехорошая. Пациенту с болевым синдромом необходимо делать КТ. Да, судя по всему, обсуждаемому пациенту помочь было нереально, однако это никак не оправдывает наших специалистов. По всей видимости, у больного всё-таки был рак. Только онкологический первоисточник вряд ли был в печени. Наиболее активное метастатическое поражение дают предстательная железа, почки и лёгкие. Полагаю, что именно в одном из этих органов и был первоначально запущен малигнизирующий процесс.

Нас регулярно упрекают в том, что мы накопили дорожное оборудование, потратили огромное количество как бюджетных средств, так и денег налогоплательщиков – мол, а нужно ли было это делать? Дескать, квалификация наших врачей никуда не годится, вследствие этого техника простаивает без дела. Выходит, мы напрасно готовим специалистов и покупаем дорогостоящее оборудование, раз на нём некому работать? До тех пор, пока у нас не будет создана дисциплинарная вертикаль, и главные специалисты будут пребывать в неведении того, что происходит в городе, мы не сдвинемся с мёртвой точки – так я полагаю, – резюмировал Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

Перспективы

Спасти царевича

Невинно убиенный цесаревич Алексей погиб бы и без большевиков. Погиб бы в силу генетического дефекта, который в ДНК, выделенной из его кости, Е.Рогаев определил как замену одной «буквы» ген-кода (точечная мутация), из-за чего кровь перестала нормально сворачиваться. Ген «кроволюбия»-гемофилии передала Алексею со своей хромосомой его прабабка королева Виктория, у которой в 30-летнем возрасте погиб сын принц Леопольд. Сегодня жертв гемофилии спасают с помощью переливания плазменных продуктов, но это дорого, неудобно и опасно с точки зрения заражения возбудителей разных инфекций.

Именно поэтому учёные и биоинженеры ищут разные пути решения проблемы всякого рода кровотечений. Канадские специалисты из Университета Британской Колумбии в Ванкувере предложили «самодвижущиеся» (self-propelled) частицы, которые доставляют вещества для свёртывания крови – коагулянты – к месту кровотечений, являющихся «убийцей № 1» для молодёжи и причиной гибели 2% рожениц. Сейчас в распоряжении врачей сотни различных коагулянтов. Новые частицы «нагружаются» всем известным карбонатом кальция, выделяющим углекислый газ (CO₂), что способствует продвижению микрочастиц по кровеносному руслу (частицы применяются в виде порошка). При испытаниях на животных порошок эффективно останавливал кровотечение из пробитой пулей бедренной артерии. Статья канадских биоинженеров появилась в приложении журнала Science. В ней они пишут, что частицы с карбонатом кальция и транексамовой кислотой (tranexamic acid) двигаются в жидкости со скоростью 1,5 см/сек, доставляя терапевтический агент к месту кровотечения. Нагруженные тромбином, они выполняют функцию активного гемостатика, останавливая кровотечение при травмах животных и в ходе оперативных вмешательств.

Со сходной задачей воздействия на кровь и кровеносные сосуды сталкиваются и онкологи. Приложение Nature опублико-

вало статью большого научного коллектива из представителей Европы, Канады и США под руководством сотрудников Института раковых исследований в Лондоне, которые провели геномные исследования 5637 пациентов с различными формами мозговых опухолей (глиом и глиобластом) и сравнили их с данными чтения геномов 9158 здоровых людей. В ходе работы были выявлены замены «букв» ген-кода (отличающиеся одиночные варианты), связанные с повышенным риском развития опухолей мозга. Особенно информативными оказались варианты в длинных плечах 10-12-й хромосом, а также 15-й, так один из вариантов повышал риск возникновения глиобластомы на 23%, в 10-й хромосоме локализуется ген VTI, белок которого регулирует транспорт пузырьков-везикул с различными веществами по клеточным отросткам. Ген играет важную роль в эмбриональном развитии мозга, а во взрослой жизни в клеточном ответе на инсулин (этот белок, регулирующий сахарный и следовательно энергетический обмен давно связывают с развитием рака).

К сожалению, диагноз глиома и уж тем более глиобластома означает довольно короткий период «выживания» (survival time). Вот почему большое внимание привлекло сообщение, пришедшее из Израиля, где биотехнологическая компания, расположенная в восточном пригороде Тель-Авива, производит противоопухоле-

вое средство VB, названное по буквам её названия. Препарат действует против опухолевых ангиогенинов, стимулирующих рост «ангионов», то есть сосудов за счёт активности клеток эндотелия, выстилающих артерии изнутри (подобного рода лекарства называют ангиостатинами). VB поначалу предлагался для борьбы с опухолями яичников у женщин, однако не оправдал возлагавшихся на него надежд, и вот вроде бы успех с мозговыми опухолями.

Действие VB было опробовано на 62 пациентах с глиобластомами специалистами Техасского университета в городе Сан-Антонио. Люди получали лекарство в виде 1-8 доз раз в два месяца, содержащих 10 триллионов ген-модифицированных частей аденовируса, обычный вариант которого вызывает простуду. Выбор вируса был обусловлен тем, что он инфицирует клетки центральной нервной системы. Внутри вирусных частиц находится фрагмент ДНК, регулирующий и включающий активность гена апоптоза, что приводило к гибели эндотелиальных клеток и следовательно сосудов, питающих опухоль. Применение лекарства в ходе II фазы клинических испытаний (в первой приняло участие 28 пациентов 26-74 лет) продлило период отсутствия прогресса опухоли до 87 дней (против 55). Средняя продолжительность жизни больных после установления диагноза увеличилась с 8 до 15 месяцев, что конечно же немного, но тем не менее представляет собой пусть и небольшой, но клинически значимый прогресс, что позволяет расшифровать буквы VB как «ва-скулярный блок». Остается ждать новых сообщений.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Communications.

Технологии

Модернизация ломится в дверь

Пока западная медицина переживает технологическую революцию, российским врачам предстоит бороться за доступность передовых лекарств и снижение бюрократического давления, за достойное финансирование отрасли. Тем не менее, будущее медицинской практики, каким бы удивительным оно ни казалось, довольно быстро становится настоящим практическим повсеместно – даже в самых отдалённых районах планеты. Для этого всего лишь нужны Интернет и... желание жить.

Краудсорсинговая медицина

Американский предприниматель Джаред Хаймен, чьей сестре 3 года лучшие врачи не могли поставить диагноз, основал проект CrowdMed.com: он решил, что у каждого пациента должна быть возможность получить консультацию сразу «толпы» специалистов, а не одного врача. На сайт краудсорсинговой медицины приходят больные с самыми разными ситуациями, а по поводу их диагноза строят свои предположения и врачи, и люди, не имеющие отношения

к медицине, но желающие поиграть в доктора Хауса. Успешным «медицинским детективом» пациенты иногда платят.

Свой собственный подобный сайт уже 3 года назад создал итальянский художник Сальваторе Иаконези, у которого обнаружили злокачественную опухоль мозга. Конечно, он получил набор стандартных советов – например, предложение поехать в Аргентину, потому что там «всё пройдёт»; но помимо этого ему предоставили подробные консультации о способах лечения. Сальваторе через сайт собрал команду врачей и волонтеров, которые помогают ему в лечении, и теперь активно рекламирует этот сервис.

Гаджеты по рецептам

Фитнес-трекеры, которые определяют только уровень физической активности и качество сна, стремительно устаревают. Контактные линзы, одежда, зубные щётки, зеркала, а также вживлённые чипы и цифровые татуировки в ближайшем будущем смогут определять сотни показателей работы организма и помогать вести здоровый образ жизни.

Чтобы контролировать свой рацион, сейчас человек должен вручную вносить всю информацию о том, что и когда он ел, в специальное приложение. Футтрекеры (один из них, например, надевается на ухо) будут делать всё это автоматически. А совсем скоро на основе полученной информации гаджеты начнут давать медицинские советы. Но к этому времени им придётся проходить такую же сложную регистрацию, как и лекарствам (на рынке уже имеется немало лженаучных и неэффективных приложений, например, для похудения).

– Доктор обязан уметь грамотно использовать ту информацию, которую выдали ваши гаджеты, – считает медицинский футуролог Берталан Меско. – Причём понятно, что там могут быть погрешности, но врач должен понимать, как работают различные устройства, чтобы минимизировать риск неправильной интерпретации. Врачи также должны помогать своим пациентам выбирать медицинские устройства и приложения.

Игорь ГОРСКИЙ.

По материалам
The Independent.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ✓ ортодонт
- ✓ неонатолог
- ✓ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
- ✓ кардиолог
- ✓ врач скорой медицинской помощи
- ✓ врач по спортивной медицине
- ✓ психиатр-нарколог
- ✓ физиотерапевт
- ✓ акушер-гинеколог (стационар)
- ✓ уролог
- ✓ анестезиолог-реаниматолог
- ✓ эндокринолог детский
- ✓ инфекционист
- ✓ оториноларинголог
- ✓ психиатр

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок **8 (34675) 3-41-20.**

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу **8 (34675) 3-15-73**, e-mail: sovhospital@sovbolnica.ru или по адресу: **628240 ХМАО – Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62а.**

Исследования

«Фоткайся» в меру!



Все мы время от времени это делаем – вытаскиваем смартфон, чтобы сфотографировать особенно живописный закат, или «щёлкаем» впечатляюще выглядящее блюдо в ресторане. Очевидно, что таким образом мы пытаемся документировать свою жизнь, чтобы впечатления от событий прошлого со временем не стёрлись из памяти.

Если посмотреть на результаты недавнего исследования, проведённого психологом Линдой Хенкель из Фэрфилдского университета в США, можно прийти к выводу, что нынешнее повсеместное увлечение фотографией действительно переходит грани разумного. Хенкель утверждает, что постоянное фотографирование может ухудшить нашу способность припоминать подробности прошедших событий.

Хенкель поставила эксперимент: студентов младших курсов университета повели на экскурсию в Фэрфилдский музей искусств и попросили сфотографировать одни произведения искусства, а другие лишь рассмотреть. Когда на следующий день воспоминания участников об экскурсии проверили, выяснилось, что они помнят те произведения, которые сфотографировали, в меньших подробностях. Хенкель называет этот феномен «эффектом нарушения памяти, связанным с фотографированием».

«По всей видимости, мы воспринимаем фотоаппарат как своего рода внешнее запоминающее устройство, – говорит она. – Мы рассчитываем на то, что камера запомнит объект фотографирования за нас, поэтому больше не тратим усилия на обработку информации и попытки запомнить происходящее».

С другой стороны, отмечает Хенкель, даже если при фотографировании кратковременная память перестаёт работать должным образом, сами снимки помогают в дальнейшем припомнить то или иное событие.

Интересно, что эффект нарушения памяти проявлялся не так явно в тех случаях, когда студентов про-

сили сфотографировать не объект целиком, а отдельный его фрагмент. По-видимому, необходимая для этого концентрация внимания помогает нам лучше запомнить происходящее.

Ещё одно возможное объяснение – мы более склонны к «экстернализации» воспоминаний, когда снимаем общие планы. «Это объяснение звучит логично, поскольку исследования раз за разом доказывают, что распределённое внимание ухудшает способность к запоминанию информации», – говорит Хенкель.

Профессор Евангелос Нифоратос, исследователь из швейцарского Университета Лугано, также изучает влияние новых технологий на нашу способность к запоминанию. Кроме того, последние 3 года он активно занимается лайфлоггингом. (Лайфлоггер – человек, документирующий свою повседневную жизнь с помощью носимых цифровых устройств – прим. Ю.А.) Хотя исследование Нифоратоса показало, что использование «пассивных» камер может существенно улучшить качество жизни людей, страдающих тяжёлыми формами нарушений памяти, учёный отмечает, что самая большая проблема лайфлоггинга для обычных пользователей связана с тем, как именно использовать огромный массив накапливаемых данных.

«Впрочем, мы надеемся, что сможем максимально приблизить существующую технологию к реальному механизму человеческой памяти, создав нечто наподобие внешнего запоминающего устройства, которое предоставляло бы пользователю подсказки, необходимые для припоминания определённых событий», – отмечает он.

Нифоратос с коллегами сейчас работают над системой, которая будет состоять из кардиомонитора и автоматической фотокамеры. Они надеются, что при запуске процесса фотографирования при изменениях в частоте пульса владельца системы снимки могут оказаться более удачными.

Юрий АДАМОВ.

По материалам The Lancet.

В ночь с субботы на воскресенье, с 24 на 25 октября, страны ЕС перешли на зимнее время: в 3 часа ночи стрелки переводят на час назад. Зачем?

Результаты социологических опросов совершенно однозначны: более 70% европейцев считают переход на зимнее и летнее время бессмысленной процедурой и выступают за то, чтобы отменить этот полугодовой ритуал. Собственно говоря, речь идёт о так называемом летнем времени, потому что зимнее – это «нормальное» время, по которому Европа жила до 1980 г. Но сегодня уже всё перепуталось. Впрочем, спустя 35 лет после того, как начали переходить на летнее и зимнее время, ясно, что экономические выгоды от этого существенно меньше, чем считалось когда-то. Не говоря уже о том, как влияют переходы на состояние здоровья людей.

Диктат «социальных» часов

«Мужчине нужно шесть часов сна, женщине – семь, а дураку – восемь», – сказал однажды Наполеон. Время сна император считал потерянным временем, и сам вполне обходился шестью часами, как, например, и знаменитый изобретатель Эдисон. Зато Эйнштейну требовалось не меньше десяти, а он, как известно, вовсе не был дураком. Потребность во сне, также как и время, когда человек засыпает и просыпается, – очень индивидуальные вещи, и в значительной мере они предопределены генетически. Это показывает, в частности, в своей книге «Wie wir ticken» (что переводится по смыслу «Как идут наши внутренние часы») ведущий немецкий хронобиолог Тилль Рённеберг.

Часы голову не заменят

«Кто рано встаёт, тому бог даёт», «У ранней пташки золото в клюве», «Кто раньше встаёт, все грибы соберёт, а сонливый и ленивый идут после за крапивой», – такие поговорки есть почти у каждого народа. Смысл их очевиден: люди, спящие больше и дольше, считаются лентяями. Рённеберг, который проводил исследования

Хронобиология

Стрелки преткновения

Переход на зимнее и летнее время – опасная бессмыслица?

в Германии, Испании, США, Индии, Бразилии и проанализировал детальную информацию о 80 тыс. жителей трёх континентов, считает подобные «народные мудрости» безнадежно устаревшими. Они соответствовали действительности в те времена, когда большинство населения планеты занималось сельским хозяйством, но сейчас это не так. Около 60% европейцев относятся к так называемым «совам», то есть предпочитают поздно ложиться и поздно вставать.

Увы, это далеко не всегда удаётся. «Внутренним», биологическим часам приходится подлаживаться под «социальные», так что «совы», как правило, должны раньше, чем им хотелось бы, вставать на работу, в институт или в школу. К чему это приводит, хорошо известно многим: трудно сконцентрироваться, человек становится раздражительным, быстро устаёт, хуже переносит физические, умственные и эмоциональные нагрузки... Сон в этом случае идёт вразнобой с генетически заданным биоритмом, подчёркивает эксперт.

«Жаворонки» или «совы»?

Кроме того, правильный режим сна (и, естественно, бодрствования) зависит от гораздо большего числа факторов, чем одна лишь принадлежность к «жаворонкам» или «совам». Степень усталости, возраст, пол, стиль жизни, время года, – всё это играет важную роль. Так, например, маленькие дети, как правило, относятся (к ужасу их родителей) к ранним хронотипам, но позже режим сна сдвигается на более позднее время. Абсолютными «совами» являются подростки и молодёжь, начиная с переходного возраста и лет до 20. Они могут чуть ли не до утра сидеть перед телевизором, гулять с друзьями или

танцевать на дискотеке, зато утром их не добудешься. Поэтому немецкий учёный страстно выступает за то, чтобы перенести начало занятий в школах и вузах на более позднее время. Ведь первый урок, а то и два пропадают впустую. «Дело тут не в дисциплине, а в биологии», – подчёркивает Тилль Рённеберг.

Потребность во сне – вещь индивидуальная

У мужчин и женщин, например, суточный ритм не просто меняется с возрастом, но меняется по-разному и совпадает нечасто. Немецкий эксперт полушутя-полусерьёзно замечает, что, наверное, именно этим можно объяснить, почему зрелые

мужчины часто женятся на молодых: в возрасте 40-45 лет у мужчин и в 30-35 лет у женщин внутренние часы с большой долей вероятности идут примерно одинаково.

Любое нарушение естественного, природного ритма, регулирующего режим сна, нарушает стабильность внутренних часов, а значит и всего организма. Таким недопустимым вмешательством в природный ритм хронобиолог считает переход на «сезонное» время. На основе многочисленных экспериментов Рённеберг доказывает, что это отрицательно сказывается не только на самочувствии людей, но и на их продуктивности. То есть является неэффективным и с экономической точки зрения.

Несинхронно

Как подчёркивает учёный, обычно проходит не меньше 3-4 недель после перехода на летнее, а осенью – обратно на «нормальное» время, пока наши внутренние часы не синхронизируются с часами «социальными». Если же погода не соответствует сезону (то есть весна запаздывает или лето задержалось), требуется даже больше. Ещё опаснее, кстати, посменная работа, когда день превращается в ночь, а ночь в день. Но это хотя бы диктуется производственной необходимостью, а перевод стрелок раз в полгода – полная бессмыслица, подчёркивает эксперт.

Кстати

Верное решение в неверном направлении

В 2011 г. президент Дмитрий Медведев решил, что Россия откажется от регулярного чередования летнего и зимнего времени. Решение Медведева в принципе абсолютно верное, комментировала тогда немецкая Die Welt. «Но не в том направлении».

Уже давно стало ясно, что надежды сэкономить таким образом энергию не оправдываются. Нельзя забывать также и об административно-хозяйственных и технических расходах, связанных с переводом дважды в год стрелок часов. Да и негативное влияние на хронобиологические процессы у многих людей, установленное врачами, также не стоит недооценивать. Так что произвольное вмешательство в ход времени себя не оправдывает – ни с экологической, ни с финансовой точки зрения.

Однако, несмотря на то, что по сути своей распоряжение Медведева правильно, этим решением он оказал России медвежью услугу. Ведь, оставшись в летнем времени, Россия стала для Европы неким примером чудачества, островом, ход времени на котором не совпадает с европейским.

Вместо того чтобы воспользоваться возможностью

предложить Европе больше не переводить стрелки часов и, возможно, спустя несколько лет вместе отказать от этой нелепости, Медведев предпочёл действовать в одиночку.

Решение Медведева, в остальном страстного модернизатора и европейца, отдалило Россию от Европы «во времени». Таким образом, изменение времени в этом направлении не имеет смысла. К тому же у Медведева теоретически была возможность в октябре 2011 г. ещё раз перейти на зимнее время, и лишь с весны 2012 г. больше не участвовать в этом европейском абсурде с переводом стрелок часов.

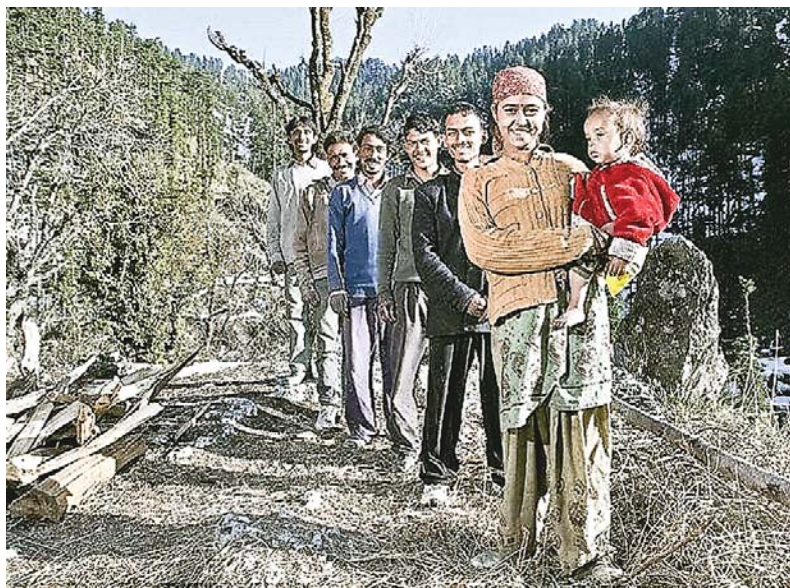
Тогда в летний период Россия на один час приближалась бы к Европе, что заметно упростило бы жизнь «между Россией и Европой». И это было бы не только удобно и практично, но и чисто символически стало бы положительным сигналом для российско-европейского партнёрства.

Впрочем, всё это происходило до санкций...

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Сторп-кадр

«Мать-героиня»



21-летняя Раджо Верма живёт в деревне неподалёку от города Дехрадун, север Индии. Комнату она делит с пятью своими мужьями, которые приходятся друг другу братьями. Спит она с ними в порядке строгой очерёдности, так что женщина понятия не имеет, кто именно является отцом её 18-месячного сына. В тех краях это считается нормальной практикой.

Раджо и её первый муж Гудду сыграли свадьбу с соблюдением всех индуистских ритуалов 4 года

назад. С тех пор она вышла замуж за 32-летнего Байджу, 28-летнего Санта Рама, 26-летнего Гопала и 19-летнего Динеша – последнего брата, который женился на ней, как только ему исполнилось 18 лет.

«Мы все занимаемся с ней сексом, но я не ревную. Мы одна большая счастливая семья», – сказал Гудду, который остаётся единственным официальным супругом Раджо.

Юрий БОРИСОВ.

По материалам Reuters.

Скандалы

Всех излечит, всех исцелит

Конференция по альтернативной медицине, проходившая накануне в немецком городке Хандело, находящегося в 40 км от Гамбурга, чуть не закончилась трагедией. Группа участников мероприятия из 29 человек приняла психоделический препарат синтетического происхождения и начала галлюцинировать прямо посреди заседания. Сообщается, что пострадавшие, которые относили себя к «практикующим целителям» и гомеопатам, приняли битьё в экстазе, нести околесицу и сотрясаться в судорогах.

В результате для оказания помощи пострадавшим, среди которых оказались мужчины и женщины возрастом от 24 до 56 лет, понадобилось мобилизовать усилия 160 человек медперсонала и полиции. По словам представителя властей Торстена Пасси, члена экспертной комиссии по наркотическим веществам, это была передозировка в классическом её варианте. В настоящее время устанавливается, приняли ли жертвы наркотик сознательно или это произошло вследствие чьего-то неудачного розыгрыша.

Тесты выявили в крови всех пострадавших наличие 2С-Е, синтетического фенэтиламина,

который относится к запрещённым веществам, оборот которых законодательно ограничен на территории многих стран, в том числе США и России. В Германии этот наркотик был запрещён только в нынешнем году.

Впервые 2С-Е был синтезирован американским химиком-фармакологом, разработчиком многих психоактивных веществ и символом психоделической революции 1970-х годов. По дей-

ствию данное вещество схоже с LSD. Принимающие 2С-Е помимо галлюцинаций часто испытывают характерные для этой группы веществ неприятные побочные эффекты, включающие в себя мышечные спазмы, слабость, рвоту и острую паранойю.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению
Business Insider,
Deutsche Welle.



Министерство культуры Греции, курирующее помимо всего и археологию, объявило о завершении раскопок акрополя, что на вершине одного из холмов высотой 750 м востока Коринфа на границе материковой части страны и Пелопонесса. Помимо фундаментов больших помещений археологи раскопали святилище лечебного храма (healing temple), который в Элладе называли «Асклепион» по имени бога врачевания Асклепия (в Риме Эскулапа).

На полу внутри асклепиона учёные нашли два каменных постаментов с именами самого бога и его дочери Гигеи. Сохранилось и имя афинского скульптора Аталлоса, который изваял бога в три раза выше обычного человеческого роста. Обычно Асклепия ваятели изображали стоящим, в Коринфе он сидит на катедре/кафедре, то есть стуле с прямой спинкой. Гигея стояла рядом с отцом, и их взоры обращены в сторону красочного мозаичного пола. К северу от главного храмового зала находился подиум, перед которым стоял мраморный стол для жертвоприношений. Периметр двора окружал колонный перистиль, стены которого были оштукатурены и окрашены в разные цвета, а водостоки украшали львиные головы. Храм в конце IV века до н.э. начался с небольшого святилища, главное же строительство началось двумя веками позже. Именно тогда в главном зале воздвигли обе упомянутые статуи. Археологи считают, что новооткрытый асклепион был разрушен мощным землетрясением в начале новой эры. Его восстановили и реконструировали уже римляне, переориентировавшие его в место поклонения императорам-цезарям.

Асклепий почитался как сын всемогущего Аполлона, проводителя девяти муз. Имя бога врачевания спорящие стороны производят от хеттского asula, корень которого переводится как «благо», «здоровье» и известен в названии тетрагамматона с тем же значением. Противники первых полагают, что в начале стоит известное греческое отрицание «а-» и корень «склеп», то есть «раскрытый», как намёк на рождение Асклепия кесаревым сечением (от него же прозви-

ще Гая Юлия «цезарь-кесарь». Учителем будущего врачевателя был кентавр Хирон («Рукодей», сравни: хирург, хиромантия, хиропрактика), учивший и предводителя аргонатов «Ясона». Тот же именной корень видим и в имени Ясы (Iaso), дочери врачевателя, которая выводила пациентов отца из болезни к здоровью, проводя их реабилитацию. О других дочерях «чистоплотной» Гигеи

лечения до логического конца (сравни: тело-меры – концевые участки хромосом, десмофоры – носители десм-тесёмок-повязок). Умение накладывать повязки-десмофоры высоко ценилось в условиях постоянных войн и передвижения на лошадях, когда ещё не были изобретены седла. Не так давно высказывалось мнение, что юный сын-«анхс» божественных Тота-Тута и Амона повредил ногу

«мала-ариа», или зловредного воздуха, болотных испарений-миазмов, реальный возбудитель которых плазмодий был открыт лишь в конце XIX века.

Недавно сотрудники Университетского колледжа в Лондоне опубликовали целый корпус из 30 медицинских папирусов, найденных в Оксиринхе-«Узкорыле». Так по названию рыбы эллинистические жители назвали свой

(сравни: ноктиорн, никтомеральные животные, ведущие ночной образ жизни), весьма выразительны. Первая из них КЛОТО пряла нить жизни каждого человека, вторая Лахезис (от ЛАГХАНО – «раздавать») измеряла её длину, а третья АТРОПОС обрезала её тупыми ножницами, что символизировало возможную агонию в конце жизненного пути. Латиняне переименовали Клото в Дециму (Decima) в полном соответствии с децимацией, или обычаем казни каждого из десяти легионеров, бежавших с поля битвы. От имени «безжалостной» немолимой Атропос произошло название атропина, получаемого из Atropa belladonna. В Риме «гречанку» переделали в Morta, что не требует перевода.

Остаётся в связи с Асклепионом упомянуть переведённый недавно египетский пергамент с различными заговорами и ритуальными заклинаниями, одно из которых касается изгнания из одержимых зловредных духов (IBT). Церковь подобный ритуал называет латинским словом Exorcism (о нём в своё время был весьма шумевший фильм, рассказывавший, что в конце акта погибает проводивший изгнание дьявола из девочки священник). Пергаментная книга, написанная на коптском языке (языке египетских христиан) и которой более 1300 лет, была приобретена одним из университетов у дилера, торговавшего антикварными редкостями. Один из разворотов 20 страниц «руководства» представлен слева рукописным текстом, некоторые слова которого понятны и нам (например, АГГЕЛОС – «ангел», Гавриил – имя архангела Гавриила, ФИЛАКТ – «любящий», сравни: ФИЛАДЕЛЬФ – «братолюбивый», гемофилия). На правой странице помещён рисунок женщины (одержимой демонами?), воздевшей руки вверх, на «подоле» которой разборчиво слово ΚΡΙΦΙΑ, являющееся частью «апокрифа», то есть чего-то сокровенного и недозволенного. Есть также ЛОТΕΤΕΣΙΑ, сравнимое с «хиродесией» (рукоположением в сан) и АСФАЛТОН – не «асфальт» конечно, а покрытие, защита (так в современном греческом называют страховку – авто, имущества и жизни).

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Live Science.

Тайны

Новый Асклепион

О чём рассказывают древние папирусы



Мраморная голова, найденная в коринфском асклепионе

при езде на боевой колеснице. Недавнее изучение костей, найденных в одном из захоронений, показало наличие анкилоза, или окостенение повреждённого в битве коленного сустава, что вызвало хромоту у Филиппа II, убитого отца Александра Македонского, известную по нескольким древним источникам. В могиле оказались и косточки новорождённого ребёнка, которого родила царю его юная жена Клеопатра. У подножия афинского Акрополя врачеванием занималась каста жрецов. Скорее всего к ним не относился как-то связанный с лошадьми Гиппократ (сравни: гиппокамп – извилины морского конька, ипподром, Гиппокрена, гиппарх – командующий конницей). Считается, что

город на берегу большого озера, что примерно в 150 км к югу от Каира. В папирусах давались рецепты от самых разных недугов, начиная от язв в ротовой полости и кончая геморроем. Один из переводов касается облегчения головной боли, мучившей античных любителей пива – им предлагалось обвязывать шею гирляндой, свитой из травянистой александрийской хамедафны (Chamedaphna calyculata) из семейства вересковых, которую называют ещё и кассандрой – в память о Кассандре, дочери троянского Приама, предупреждавшей горожан «Бойтесь данайцев, дары приносящих» («дары» есть перевод слова «данайцы», никакого отношения к какому-нибудь народу отношения не имеющих).

Гиппократ трезво осознавал ограниченность своих возможностей. Легенда донесла до нас его слова о том, что «жизнь кратка, учение же длительно, накопленный опыт подводит, а суждение о природе болезни затруднительно». В свете этого несколько в ином свете видится и змея как «маркёр» Асклепия, которая была исчадием Гада-Аида-Ада, то есть подземного мира с его тенями душ умерших. Античность облекла также его слова в миф о трёх мойрах («морок», mors, morbidity & mortality), или богинях, определяющих судьбы людей. Считалось, что они проводили первые три дня у колыбели новорождённого, решая, сохранить ли ему или ей жизнь. Имена богинь, рождённых от «тёмного» Эреба и сумеречной Ноксы

и избавляющей от всех болей Панакии знают все, но у девушек были братья, в частности ещё один «рукодей» Махаон (сравни: махать (руками), тавромахия – бой быков, камнеметательная «машина»-машина и т.д.

Несмотря на своё имя, Махаон почитался как травник, врачующий травами, вручёнными ему Хироном. Гигею сопровождал её брат Телесфор, носивший за нею то, что необходимо для грамотного доведения

большую часть своей жизни он практиковал в асклепионе на острове Кос, три уровня которого можно посетить и сегодня. Гиппократ отталкивался от симптомов, появление которых связывал с нарушением баланса четырёх стихий-«юмор» (ХУМОР) – крови-гемы и слизи-флегмы, желчи (жёлтой и чёрной «меланхолии») и лимфы, то есть сукровицы, а также среды «в лице» нездоровых воздуха, воды и гиблых мест. Веяние отголосков античных воззрений мы видим в названии

Медицина и религия

Русская православная церковь готовит к запуску специальную IT-систему, которая объединит её реабилитационные структуры в единую церковную сеть помощи наркозависимым на территории России.

Новая система позволит церковным специалистам в режиме реального времени получать полную информацию об актуальном состоянии реабилитационного процесса в церковных организациях, занимающихся восстановлением пострадавших от наркомании.

«Например, в Церковь обратился за помощью наркозависимый. Благодаря единой сети помощи мы подбираем подходящий именно ему реабилитационный центр, организуем пост-реабилитационную помощь, а теперь сможем иметь и полную статистику в онлайн-режиме о состоянии каждого звена помощи и всей сети в целом», – говорит руководитель Координационного центра по противодействию наркомании Синодального отдела по благотворительности и социальному служению епископ Каменский и Алапаевский Мефодий.

Новая IT-система представляет собой специальное web-приложение для корпоративного портала сети помощи наркоза-

Чтобы человеку стало легче

РПЦ создаёт единую сеть сопровождения наркозависимых

висимым РПЦ. Система создана на базе Microsoft Dynamics CRM специалистами фирмы «Норбит».

Такое техническое решение позволит сделать более эффективным взаимодействие церковных реабилитационных структур и поможет улучшить качество церковной помощи, отмечают в Синодальном отделе. Эксперты свидетельствуют, что наиболее успешно реабилитация проходит в том случае, если человек избавляется от зависимости вдали от своего дома и прежних социальных связей. Человек может обратиться за помощью, например, в Норильске, основной период реабилитации пройти в Ивановской области, а пост-реабилитационную программу, к примеру, в Нижнем Новгороде. Единая сеть церковной реабилитации позволит пациенту последовательно пройти все этапы реабилитационного процесса: первичную консультацию, детоксикацию, мотивационное интервью, основной этап реабили-

тации, ресоциализацию по месту первоначального жительства или в ином месте, постреабилитационное сопровождение.

К системе будут постепенно подключаться церковные реабилитационные центры, кабинеты первичного приёма, адаптационные квартиры и другие элементы церковной системы реабилитации. Это позволит не только подбирать реабилитационные центры, но и бронировать в них места.

Механизм новой IT-системы был представлен на заседании рабочей группы РПЦ и Государственно-антинаркотического комитета. В тестовом режиме новая IT-система начнёт работать в ближайшее время. Она будет закрытой, доступ к ней будут иметь только сотрудники церковной системы реабилитации.

Согласно официальным данным, в России до 8,5 млн человек употребляют те или иные наркотические вещества в немедицинских целях. В стране работают 70

церковных реабилитационных центров, а также десятки кабинетов первичного приёма, адаптационных квартир и других структур системы реабилитации.

В Госдуме прошёл, кстати, организованный Либеральной платформой «Единой России» «круглый стол» на тему «Замена лишения свободы на реабилитацию для лиц, страдающих наркотической зависимостью». Речь шла о том, чтобы разрешить наркоманам, совершившим нетяжкие преступления, сделать выбор – получить тюремный срок или пройти альтернативное лечение с реабилитацией.

Как отметил координатор проекта «Комфортная правовая среда» «Единой России», сокоординатор Либеральной платформы Рафаэль Марданшин, в Уголовный кодекс РФ нужно внести поправки, которые позволят наркозависимым, впервые совершившим нетяжкие преступления, пройти альтернативное лечение с последующей

реабилитацией взамен реального тюремного заключения.

Координатор Либеральной платформы Владимир Плигин предложил рассмотреть возможность создания особой рабочей группы по вопросам улучшения законодательства в сфере реабилитации наркозависимых граждан, совершивших преступления. Оценив статистику, высказанную участниками «круглого стола» в части применения первой и второй части 228 статьи УК РФ, депутат отметил, что возможно, стоит внести соответствующие изменения в эти статьи в части тяжести наказания.

На заседании прозвучали предложения учитывать реабилитацию от наркозависимости как смягчающее обстоятельство, и на время прохождения её давать обязательную отсрочку исполнения наказания в виде лишения свободы.

Константин ЩЕГЛОВ.

МИА Сити!

На литературный конкурс

Евгений ТАРАСОВ

Странная история с синей птицей

Куроедов считал себя человеком честным. Поэтому, работая слесарем-наладчиком на птицефабрике, старался ничего там не брать для дома, для семьи. Да и разве могла идти в какое-то сравнение эта вот их фабричная синяя курица с его домашней?!

И вот однажды для тружеников птицефабрики было организовано культурное мероприятие, и всех желающих повезли большим автобусом в город, где в местном театре драмы и комедии им показали не совсем понятный спектакль «Синяя птица» какого-то там Матер..., простите, то есть Метерлинка.

В общем, как поняли труженики, это была вроде бы сказка.

И вскоре после этого культурного мероприятия Куроедову вдруг пришло на ум, что если люди так стремились к этой самой птице, пусть даже и синей, то, выходит, что-то такое в ней всё же есть, а потому хотелось бы и ему попробовать её.

И вообще, зачем тащить домой всякие там железки и инструменты, когда рядом, на родной фабрике, эту самую синюю недокозрелую птицу как раз и производят?

Однако Куроедов не слишком-то доверял фабричным производственным процессам. Особенно в нынешнее нелёгкое время, связанное с эпизодическими отключениями электроэнергии в целях её экономии.

А потому решил, что должен вывести эту птицу более надёжным способом. Так сказать, в домашних условиях.

И тогда Куроедов двинулся к птицефабричному инкубатору. Бегло осмотрев всё его содержимое, он обнаружил среди прочих яиц одно огромное, причём синеватого цвета.



– Вот это будет птичка! – обрадованно понял Куроедов и решительно изъясил это яйцо из недоважно заурчавшего инкубатора.

Дома супруга встретила Куроедова подозрительно, но, повертев в руках то, что вручил ей её спутник жизни, высказала предположение, что из такого вот яичка вылупится вовсе не птичка, а какой-нибудь крокодил. Однако, поворчав ещё немного, всё-таки согласилась положить его под наседку.

Меж тем утром на фабрике началась паника, и посыпались неприятности. Директор рвал и метал, метал и рвал на себе остатки волос, взывая к совести подчинённых.

Работники инкубатора ходили синие, печально опустив глаза.

Наконец, методом то ли индукции, то ли дедукции, был вычислен слесарь Куроедов. И директор вызвал его в свой кабинет.

– Ты вот, что, Федя, – просящим тоном сказал он, – ты бы того... ты бы вернул это яйцо, а? Ну зачем оно тебе?

Куроедов с чувством оскорблённого собственного достоинства хмурился и огрызался:

– А чё я? А я ничё, вот!

Но собранные улики показывали на слесаря, и директор не унимался:

– Да знаешь ли ты, Федя, чё это яйцо ты прикарманил?! – вопрошал он и тут же начинал разъяснять: – Может, это яйцо самого игуано...донта!

– Чего?! – не поверил слесарь. – Какого ещё донта? Это вы бросьте заливать, Василий Арсентьевич!

– Ну, может, и не игуано...донта, а этого, как его... в общем, ихтиозавтра!

– Какого это ещё «завтра»?!

– Древнего! Совершенно доисторического, вот какого! А яйцо это его – единственное из

обнаруженных в нашем регионе, не говоря уже о близлежащих краях и областях!

– И не говорите, – согласился Куроедов, и, покопавшись в своих скудных школьных познаниях, подозрительно поинтересовался: – Так оно, что же – вымершее, что ли?

– Ну, конечно же! – закричал директор. – Зачем они тебе эти ящеры ветхозаветные, допотопные?! Тем более что ведь хищники они!

– Ну? – не то усомнился, не то согласился слесарь-наладчик.

– И вообще, огромные же они! До 12 метров бывают! И по несколько тонн!

Последний аргумент Куроедова насторожил:

– Ничего себе! Одна птичка на несколько тонн потянет! – И тут он припомнил, сколько стоит сейчас килограмм курятины на местном районном рынке, а потому твёрдо решил держаться до последнего.

– Не брал я этих ваших ихтио... завтраков! – тоже повысил он голос. – На кой они мне?! У меня же дома десятка два кур! Или даже все три!

– Да ты что, Федюня, против науки решил идти, да?! – чуть не плача, запритчал директор. – Верни яйцо по добру, по здорову!

– А чё вы мне тут угрожаете?! Чё вернуть, когда я не брал ничего и всё тут?!

– Ну, смотри, Фёдор! – отвердевшим вдруг голосом произнёс директор. – Выведется из яйца этот самый бронтозавр, так он ведь тут же всё твоё птичье поголовье без голов оставит! Передурит он их всех к чёртовой матери! А заодно и твоего кабанчика! Ну и твою коровку само собой!

– Ну?! – не поверил своим ушам Куроедов

– Что – ну?! Что – ну?! – зарокотал директор. – Ведь этот хищник вымерший даже до 20 метров бывает! В длину! Он же весь твой курятник вместе с коттеджем разворотит! Не говоря уже о гараже с твоей «вольвочкой»!

– Ну?! – испугался Куроедов и подумал, что, пожалуй, лучше вернуть. Ну его, это яйцо, к лиху! Пускай о синей птице другие мечтают. А нам-то она на кой? Когда вон их два или даже все три десятка по двору бродят. И даже совсем не синих! Не говоря уже о стальной корове с кабанчиком. А также о «вольвочке»...

Вот так слесарь-наладчик Куроедов и не сумел заполучить в своё полное личное пользование сказочную Синюю птицу...

Впрочем, когда узнал он, что из того самого синего яйца вылупился всего лишь какой-то селекционный индюк, то вскоре и вообще позабыл обо всей этой странной истории...

Москва.

Приток Амазонки	Насос	Бокка-негра, Верди	Рамина-прил	Академия наук	СКАНВОРД										Часть подъема крана	2 точки над буквой	Этакриновая кислота	Сплошной покров	Город, Волгогр. обл.										
Сказочный карлик	Маслина			Желчегонное										Надпись в фильме			Запрет												
		Жилище, Галлия		Опять	Желна	Момент наступления	Бове	Публич. выступление	Брат Ромула								Рыба с усами		Врач										
Кидман, фильм	Опущение верх. века		Масса		Порт, Чили	Франц. мате-матик											Деревня												
		Итал. композитор		"Боярин ... Лермонтов"	Тиран Коринфа									"Лес", перс.															
Земляной миндаль	Морская сажень	Оболдина	"Железная ... Лесков"		... Купала	Спирт. напиток	Веревка										Франц. поэт												
		Остатки от пожара (стар.)		"Амелия", реж.			Вертолет																						
"На дне", перс.	Фэрроу		Середина	Щегольство		Сыктывкар																							
Автор Валерий Шаршуков		Титул, Др. Китай			Малокровие																								
										БАТОГЦ АОРУКВАВЕНТОЛИНКФИНТ РЕННИЕАЛКЕАКУШЕРТ ДНБРАТИСЛАВАТЕКОМАОКИ СОМАУВЫАНАЧТОМОЛЬКОВ АИПИКЕСКАИАГОЛЬИСА ДОРИААЛНИЖТЕНТ ЫОЯЗВАКРАСАВКА КАЦНУЛИНКАИН										Ответы на сканворд, опубликованный в № 81 от 28.10.2015.									