

МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНА *Cito*

Еженедельная газета о здравоохранении Москвы | Понедельник, 2 марта 2020 года
Департамент здравоохранения г. Москвы | mosgorzdrav.ru | voprosministru@mos.ru

№ 8 (110)
www.niioz.ru

ЛЕКАРСТВА И ГЕНЫ

О персонифицированной
фармакотерапии расска-
зывает лауреат премии
Правительства Москвы
молодым ученым за
2019 год, психиатр-нар-
колог МНПЦ наркологии
ДЗМ, доцент кафедры
наркологии РМАНПО,
к. м. н. Михаил
Застрожин.

>> читайте стр. 3

*Редакция «Московская медицина»
поздравляет министра
Правительства Москвы, руководителя
Департамента здравоохранения
Москвы Алексея Хрипуна с днем
рождения! От всей души желаем
процветания, успехов и новых побед!*

ЗАСЛУЖЕННЫЙ ВРАЧ РФ

Указом Президента России Владимира Путина за личные заслуги в области здравоохранения и многолетнюю добросовестную работу почетного звания «Заслуженный врач Российской Федерации» удостоена главный врач Морозовской ДГКБ ДЗМ, главный внештатный специалист детский эндокринолог ДЗМ, профессор, д. м. н. Елена Петрайкина.

ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСА

Мэр Москвы Сергей Собянин в личном блоге рассказал о том, какие меры по недопущению коронавирусной инфекции предпринимаются в городе. Он подчеркнул, что ни одного случая заболевания на территории столицы не выявлено.

«Однако, наблюдая тревожную ситуацию в Китае, мы совместно с федеральным правительством принимаем дополнительные меры профилактики для недопущения проникновения инфекции в Москву. Учитываем при этом специфику нашего города как крупнейшего транзитного транспортного узла», – сообщает мэр. Сергей Собянин отметил, что в аэропортах продолжают дежурить бригады медиков.

Все пассажиры, прибывшие из Китая, независимо от отсутствия симптомов заболевания проходят двухнедельный карантин по месту жительства или пребывания.

Такой же контроль проводится на вокзалах. Мониторинг прибывших из Китая ведут сотрудники метрополитена, «Мосгортранса» совместно с правоохранительными органами и медиками скорой помощи. Всего было выдано около 2,5 тысяч постановлений о двухнедельной изоляции. **MMC**

ПРИЕМ ЗАЯВОК

ДЗМ объявляет о приеме заявок на участие в эксперименте по использованию искусственного интеллекта (компьютерное зрение, ИИ/КЗ) для анализа медицинских изображений.

К участию приглашаются разработчики программного обеспечения на основе технологий ИИ/КЗ. Технология будет применяться в отделениях лучевой диагностики.

Заявку на участие вместе с прилагаемыми документами нужно подать в ДЗМ по адресу: Оружейный переулок, д. 43, стр. 1, 1-й этаж, окно приема корреспонденции. Дополнительная информация на сайте mosmed.ai. **MMC**

Фото: пресс-служба МНПЦ наркологии ДЗМ

СЕГОДНЯ В НОМЕРЕ



ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА
Орфанные болезни: вычислить сбой – стр. 4



ЮБИЛЕЙ
66 лет на службе – стр. 7

ВАШЕ МНЕНИЕ ВАЖНО ДЛЯ НАС

Просканируйте QR-код
и ответьте на несколь-
ко вопросов о газете.
Будем рады вашим
комментариям!



СЕРТИФИКАТ КАЧЕСТВА

Международный сертификат качества от немецкого центра DQS CFS получил лабораторный комплекс ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова ДЗМ.

Такое подтверждение работы по высоким стандартам в системе столичного здравоохранения получено впервые. Международные эксперты оценивали действия специалистов лаборатории на всех этапах: от подготовки пациентов к проведению исследований до сообщения результатов.

«Наш уникальный комплекс входит в тройку лучших лабораторных служб Москвы. Он включает в себя централизованную клиническую лабораторию и первую в России автоматизированную лабораторию микробиологии. В сутки здесь можно проводить более 70 тысяч исследований, а в прошлом году на базе лабо-



Фото: mos.ru

ратории было выполнено более 18,7 млн исследований», – сообщает главный врач больницы № 67 имени Л. А. Ворохобова ДЗМ Андрей Шкода.

Международный холдинг DQS CFS проверяет работу медицинских учреждений на соответствие требованиям более 200 стандартов и спецификаций. **ММС**

УНИВЕРСИТЕТСКАЯ КЛИНИКА В РОДДОМЕ

Университетская клиника перинатального акушерства и гинекологии открыта на базе роддома ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ.



Фото: пресс-служба ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ

Работа ведется совместно с кафедрой акушерства и гинекологии № 1 Института клинической медицины Первого МГМУ им. И. М. Сеченова. Благодаря появлению университетской клиники врачи получили возможность внедрять передовые достижения медицинской науки в практику. Руководит учреждением врач – акушер-гинеколог роддома ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Петр Самчук. На него также

возложена координация совместной работы подразделений вуза и больницы. «Создание университетской клиники выведет роддом на новый уровень», – уверен главный врач ГКБ им. В. В. Вересаева ДЗМ Игорь Парфенов. К работе будет привлечен профессорско-преподавательский состав кафедры акушерства и гинекологии № 1 Института клинической медицины Сеченовского университета. **ММС**

WI-FI В БОЛЬНИЦЕ

В ГКБ им. С. И. Спасокукоцкого ДЗМ заработал бесплатный Wi-Fi. Таким образом, больница стала первой участницей масштабного проекта по инфраструктурному переоснащению стационаров столиц. Запланировано, что до конца года бесплатная сеть будет доступна во всех многопро-

фильных больницах города. «Стабильный доступ в Интернет очень важен для пациентов – они могут общаться с близкими, а также следить за ходом лечения в своей электронной медицинской карте, куда будут автоматически подгружаться результаты исследований, анализов и заклю-

чения врачей», – рассказала заместитель Мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова. В больнице им. С. И. Спасокукоцкого действует около 300 точек доступа к сети Wi-Fi. Пользоваться бесплатным интернетом можно на всей территории учреждения. **ММС**

ТРУДЫ «СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ»

Издан сборник трудов по итогам форума с международным участием «Социология здоровья: на пути к пациентоориентированности». В нем представлены избранные статьи и тезисы докладов по материалам форума, который состоялся 12 ноября 2019 года и был организован НИИОЗММ ДЗМ при поддержке Департамента здравоохранения Москвы.

Первый раздел сборника содержит тезисы докладов пленарного заседания, на котором обсуждались социальные аспекты здоровья, особенности отношения к здоровью современного человека и общества, вопросы функционирования системы здравоохранения как части социальной сферы

общества, медицины как социального института и ее пациентоориентированности. Во втором разделе представлены презентационные доклады, содержащие результаты социологических исследований в области социологии здоровья. Материал предназначен ученым, специалистам, аспирантам

и студентам, интересующимся актуальными социологическими проблемами современной медицины.

В 2020 году планируется второй форум «Социология здоровья», дата и место проведения будут объявлены на сайте niioz.ru. **ММС**



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗММ ДЗМ

МНЕНИЕ

ГИПЕРТОНИЯ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ



Леонид Стрижаков, главный внештатный специалист – профпатолог Департамента здравоохранения Москвы

Сегодня уже доказано, что артериальная гипертензия – это производственно-обусловленное заболевание, ее распространенность на некоторых производствах может превышать популяционную в полтора-два раза. Причины те же, что и в целом для сердечно-сосудистых заболеваний: вредные физические, химические и психоэмоциональные факторы. Среди последних наибольшее значение имеет производственный стресс. Гипертония может проявлять себя по-разному, но наибольший интерес с медицинской и экспертной точек зрения представляет изолированная, маскированная гипертензия. Ее еще называют «офисной гипертензией» или «гипертензией на рабочем месте». Она характеризуется кратковременными подъемами артериального давления, вызываемыми эмоциональными перегрузками.

Риск развития сердечно-сосудистых осложнений при «гипертензии на рабочем месте» сопоставим с таковым при стабильной гипертензии. Так, уровень артериального давления на работе более тесно связан с поражением органов-мишеней, чем амбулаторно измеряемые и ночные показатели артериального давления. А между тем повышение давления – один из значимых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Например, в Москве на январь 2020 года зарегистрировано почти три миллиона сердечно-сосудистых заболеваний.

Особенно напряженная ситуация с работающим населением. По данным региональной программы «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями», за период 2014-2018 гг. отмечается рост смертности от болезней системы кровообращения среди трудоспособного населения Москвы.

Как у мужчин (на 15 %), так и у женщин (на 13 %). Это данные по столице, но они отражают в целом ситуацию с сердечно-сосудистыми заболеваниями по всей стране.

Среди психосоциальных факторов, способствующих развитию «гипертонии на рабочем месте», особое внимание уделяется подавляемой склонности к раздражению, связанному с сильной профессиональной нагрузкой, неуверенностью в сохранении рабочего места, ограниченными шансами для продвижения, неудовлетворительным карьерным возможностям, высоким профессиональным требованиям при низком уровне свободы в принятии решений.

Диагностировать гипертензию на рабочем месте возможно только методом суточного мониторирования АД (СМАД). Целесообразно проводить СМАД дважды – в рабочий и выходной дни. **ММС**

Фото: сайт ДЗМ

МИХАИЛ ЗАСТРОЖИН: «ФАРМАКОТЕРАПИЯ СТАНОВИТСЯ ВСЕ БОЛЕЕ ПРИЦЕЛЬНОЙ»



Накануне Дня российской науки молодым ученым вручили премии Правительства Москвы. Победителем в номинации «Медицинские науки» за разработку фармакогенетической системы поддержки принятия решений для оптимизации режима дозирования терапии у пациентов с аффективными и тревожными расстройствами, коморбидными с алкогольной зависимостью, стал психиатр-нарколог МНПЦ наркологии ДЗМ, доцент кафедры наркологии РМАНПО, к. м. н. Михаил Застрожин. О том, что такое фармакогенетика и как эти исследования используют в практической медицине, – в нашей беседе.

реакций. Для подбора адекватной терапии и корректировки лекарственных дозировок как раз и используются фармакогенетические тесты.

– Когда вы начали заниматься этой темой?

– Мне всегда нравилась научная работа, но всерьез увлекся фармакогенетикой, когда поступил в аспирантуру. Один из моих научных руководителей, Дмитрий Алексеевич Сычев, предложил мне написать диссертацию. Я выбрал тему по фармакогенетике галоперидола и в 2016 году защитил ее досрочно. Параллельно начал работать в МНПЦ наркологии и приступил к написанию докторской. Существуют всевозможные гайды, рекомендации по лечению алкогольной зависимости. Однако алкоголизм часто сочетается с другими психическими расстройствами, и лечение таких пациентов – сложная терапевтическая задача. Доля резистентных случаев лечения в данной группе составляет 30-70 %. В связи с этим остается актуальным поиск новых, более эффективных и безопасных подходов к подбору лекарств и их дозы у таких пациентов. Я решил прицельно заняться этой темой и разработать персонализированные подходы к назначению фактически всех лекарств, которые применяются в нашей стране для лечения пациентов с алкогольной зависимостью и аффективными расстройствами, в том числе с использованием фармакогеномных и фармакометаболических биомаркеров. Это была одновременно научная и прикладная задача, подобные исследования в нашей стране не проводились.

– По сути, был создан мобильный инструмент в помощь врачу при назначении лекарственной терапии?

– Это и было основной задачей исследования. Но любая идея так и останется идеей, если не будет возможности ее реализовать. В Москве такие инициативы молодых ученых всячески поддерживаются, и многое делается для того, чтобы эти идеи и разработки стали основой для развития городских инноваций, в том числе в сфере здравоохранения. Все это позволило мне принять участие в конкурсе и стать лауреатом премии Правительства Москвы. Под руководством президента МНПЦ наркологии ДЗМ Евгения Алексеевича Брюна и ректора РМАНПО Дмитрия Алексеевича Сычева я совместно с лабораторией генетики центра разработал так называемую систему поддержки принятия решений. Это программное обеспечение, которое позволяет врачам получать рекоменда-

ции при назначении лекарств, корректировать дозировки персонализированно на основе индивидуальных особенностей каждого пациента. Испытания системы показали, что применение этих рекомендаций в клинической практике повысило эффективность и безопасность терапии, увеличило приверженность пациентов к лечению. Дополнительная сложность была в том, чтобы заинтересовать врачей этим подходом к лечению. Но мы справились и с этой задачей.

– Расскажите, как это происходит на практике?

– В лабораторию из отделений мы получаем биоматериал – слюну, кровь или волосы пациента, выделяем из него ДНК и генотируем ее с помощью различных методик, например полимеразной цепной реакции. Таким образом, мы можем «читать» гены. Сейчас мы рассматриваем порядка 15-20 точечных мутаций – наиболее часто встречающихся изменений в генах. Затем данные этих генотипов мы вносим в программное обеспечение. В нем содержится база, в которую интегрированы все актуальные рекомендации, гайды специализированных фармакогенетических сообществ. После автоматической обработки информации программа формирует рекомендации для врачей по лечению пациента. В них прописано, какое лекарство можно назначать, какое не рекомендуется, для какого требуется повышение или понижение дозы. Мы отдаем рекомендации врачу, тот корректирует лечение. Что важно, не требуется повторного проведения тестирования, ведь генетические данные не меняются. А вот что касается лекарств, обновления рекомендаций по их применению происходят практически каждый год. И если через какое-то время пациенту потребуется лечение, можно взять его генетические дан-

ные и заново прогнать их через программу с использованием новых алгоритмов.

– Вы продолжаете эти исследования? Чем еще занимается лаборатория генетики?

– Созданная программа может послужить определенной матрицей для персонализации лекарственной терапии в других отраслях медицины. Образно говоря, это озеро, из которого мы только лишь зачерпнули немного воды. Мы также планируем расширять нашу базу и включать в нее дополнительные данные о взаимосвязи действия лекарств и генетических маркеров, взаимодействии между лекарствами (полипрагмазии), а также об иных сопутствующих факторах, например курении. Ведь известно, что никотин также может индуцировать некоторые ферменты и влиять на действие некоторых лекарств.

Второе направление исследований, которое мы развиваем в лаборатории, – оценка генетического риска развития болезней зависимости. С помощью специальных тестов можно определить эти риски, а также выделить нейротрансмиттерные структуры мозга, которые затронуты этими генными поломками. На основании полученной информации врач сможет назначить пациенту именно тот препарат, который действует на определенный нейромедиатор, например дофамин или серотонин. То есть терапия может стать еще более прицельной. Для таких исследований необходимо новое современное оборудование, и в этом плане Департамент здравоохранения оказывает нам большую поддержку. Вскоре в лаборатории появится секвенатор, что позволит просмотреть уже до 30 миллионов точек, так называемый экзом, и расширить наш научный поиск. **МММС**

Ирина Степанова



ОРФАННЫЕ БОЛЕЗНИ: ВЫЧИСЛИТЬ СБОЙ



Для выстраивания грамотной тактики лечения редкого заболевания необходимо понять природу его возникновения. Клинической диагностикой и определением тактики обследования и занимается ведущий научный сотрудник, врач-генетик генетической группы научного отдела НИЦ специализированной медицинской помощи детям им. В. Ф. Войно-Ясенецкого, к. м. н. Светлана Жилина.

Об орфанных заболеваниях

Орфанными заболеваниями называются те, которые затрагивают незначительную часть популяции – с частотой 1:10000 новорожденных. К орфанным заболеваниям относится болезнь Фабри, которой болеют только мальчики, болезнь Помпе с мышечной слабостью, кардиомиопатией, ранними нарушениями дыхания и с понижением концентрации глюкозы, болезнь Гоше. Еще мукополисахаридозы – лизосомные болезни, когда продукты неполного транспорта или метаболизма накапливаются в различных тканях и влекут за собой деформации скелета, увеличение печени, селезенки, снижение остроты зрения или слуха, задержку психического развития. Эти заболевания манифестируют в раннем детском возрасте. Но есть и такие орфанные болезни, которые могут возникнуть еще при внутриутробном развитии. Например, тирозинемия с неонатальной гепатокарциномой. Мы занимаемся диагностикой наследственной синдромальной патологии при ранней детской и неонатальной онкологической патологии. В Москве успешно работает селективный скрининг на наследственные болезни обмена, который выполняется за счет бюджета города.

О генетической лаборатории

Если у нас есть малейшее подозрение на орфанное заболевание, мы направляем биологический материал пациентов в Центр орфанных заболеваний у детей и подростков, который действует на базе Морозовской больницы. Сотрудники нашей лаборатории выполняют генетические анализы по направлениям: онкология, эпилептология, наследственные и врожденные заболевания, участвуют в исследованиях и внедрении новых генетических тестов. Лаборатория имеет самое современное оборудование, позволяющее исследовать точечные мутации и полиморфизмы, секвенировать фрагменты генов, проводить высокопроизводительное секвенирование, анализировать экспрессию генов, экспрессию микроРНК, а также проводить анализ кариотипа. В составе лаборатории работают шесть квалифицированных специалистов в области молекулярной генетики, цитогенетики и биоинформатики.

О возможностях диагностики

Избыточное направление на диагностику орфанных заболеваний только приветствуется. Лучше перестраховаться, чем пропустить тревожные звоночки. Если в семье выявляется один пациент, мы проводим каскадное обследование всех доступных членов родословной. Это позволяет выявить пациентов на ранней стадии заболевания. Кроме того, семья может поставить перед нами вопрос решения своих репродуктивных планов. Есть несколько вариантов развития событий. Если уже наступила естественная беременность и мы знаем, какие наследственные заболевания есть в семье, то предлагается инвазивная пренатальная диагностика. Проводится ретроспективное консультирование. Если выясняется, что плод развивается с патологией, мы информируем семью, и она принимает решение – пролонгировать беременность или прервать по медицинским показаниям. Определить орфанное заболевание у плода можно на сроке гестации 9–12 недель. Если семья решает пролонгировать беременность, то мы знаем, что родится больной ребенок. Не дожидаясь проявления этой болезни, назначается фермент-заместительная терапия, ребенку прописывают диету и образ жизни. Так он может вырасти здоровым, полноценным членом общества. Есть методы репродуктивной технологии с доимплантационной диагностикой, когда проводится имплантация

только здорового эмбриона. Такие методики практикуют специалисты НИИ акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В. И. Кулакова Минздрава РФ, с которым мы сотрудничаем.

При молекулярно-генетическом методе исследований из клеток выделяется ДНК, которая расшифровывается в секвенаторе. Это оборудование предназначено для исследования отдельных генов. Мы реализуем потребности нашего центра – исследуем ген SCN1A, который в 90–95 % ассоциирован с тяжелой эпилепсией у новорожденных. Мы проводим секвенирование последующего поколения по современной методике, где анализируем до 25 тысяч генов, кодирующих белки и ферменты. Одно исследование занимает от двух недель до 90 рабочих дней, в зависимости от объема и сложности. Много времени отнимает интерпретация, потому что доброкачественные полиморфизмы сверяются по базам данных вручную. При цитогенетическом исследовании изучается число и структура хромосом. Основной контингент такого исследования – младенцы из отделения патологии новорожденных и недоношенных детей, а также реанимации. Хромосомная патология выявляется у 5 % детей с пороками развития: с синдромом Дауна, Патау, Эдвардса. Если мы находим хромосомную патологию, то сразу исследуем и родителей, чтобы понять, откуда пришла болезнь. Это может быть не наследственная, а вновь образованная мутация.

О пациентоориентированности

Мы проводим информированное консультирование пациентов, впервые поступивших в наш центр. Наша цель – установить правильный диагноз, от которого зависит дальнейшее лечение. Мы консультируем ежегодно около тысячи больных. Ежедневно отрабатываем около 10 заявок, приходя к пациентам в палаты. Мы осматриваем ребенка, чтобы по внешним признакам (особенности строения лица, волос, ногтей и так далее) понять, с каким заболеванием имеем дело. Оцениваются результаты биохимических и клинических анализов, которые проводятся в общей клинической лаборатории. Более 80 % проконсультированных больных необходимы те или иные генетические тесты. Конечно же, мы отвечаем на все вопросы, которые возникают у родителей пациента. Чаще всего они спрашивают, наследственное ли у ребенка заболевание или нет, как оно наследуется и почему такое заболевание возникло, если оба родителя здоровы.

Об образовании

Генетик должен непрерывно повышать свою квалификацию, поскольку появляются новые данные о мутациях, ассоциированных с уже давно известными заболеваниями. Когда я начинала работать, мы мало знали о наследственной природе эпилепсии. Считалось, что это не наследственное заболевание, а мультифакториальное – многофакторной природы. То же самое говорили о природе сердечных аритмий. Теперь эти заболевания лучше изучены. Мы не всегда можем определить наследственную природу заболевания. Но каждый год в профессиональной литературе появляется информация о найденных и расшифрованных новых мутациях в генах. Если поступает запрос от родителей или лечащего врача, мы проводим повторный биоинформатический анализ материала пациента. Иногда переанализ инициируем сами, если у нас есть академический интерес. О результатах мы информируем родителей пациента.

О научной работе

Мы работаем на стыке науки и практики, исследуя генетические подходы, которые в перспективе позволят эффективнее лечить. В частности, такая работа связана с онкологическими заболеваниями, при которых так или иначе в клетках нарушаются генетические механизмы. Это приводит к тому, что клетки перестают выполнять свои функции и начинают патологически размножаться. Исследуем генетические маркеры в плазме крови. Есть спектр разных частиц, в которых содержится ДНК, РНК, микроРНК, и по их последовательностям можно спрогнозировать эффективность терапии. Параллельно исследуются генетические маркеры, которые связаны с развитием атерогенных нарушений. Зачастую это общий порочный круг, который поддерживает онкологическое заболевание в агрессивной форме и провоцирует рецидивы, если удалось заглушить очаг. У нас в распоряжении около 120 образцов от пациентов с онкологическими заболеваниями, и наша задача – выявить основные корреляции, то есть те самые маркеры, которые играют главенствующую роль в развитии заболевания. Мы уже обнаружили микроРНК, ассоциированную с развитием атерогенных нарушений. Второй этап работы будет заключаться в сравнении динамики лечения онкологических больных на разных стадиях с разными заболеваниями и поиске корреляции у них.

Цель – выбор оптимальных терапевтических стратегий. Если мы сделаем такую систему и сможем отслеживать эффективность и неэффективность терапии, то поможем врачам рекомендациями по поиску новых подходов лечения. Такие разработки также могут быть нацелены на развитие ранних подходов в диагностике онкологических заболеваний. **ММС**

Евгения Воробьева



ЗУБОСОДЕРЖАЩАЯ КИСТА

Фолликулярная или зубосодержащая киста среди всех видов эпителиальных кист челюстных костей встречается не так часто – в 20 % случаев. Именно с такой патологией в НИКИО им. Л. И. Свержевского ДЗМ обратился 50-летний пациент.



Больной жаловался на затруднение носового дыхания, выделения из носа слизистого характера, периодический дискомфорт в верхней челюсти слева. Все это беспокоило пациента с детства. Также пациент рассказал, что в полости носа у него диагностировали новообразование размером 3 на 1 см.

В анамнезе у пациента – врожденное недоразвитие верхней челюсти и верхней губы, так называемые волчья пасть и заячья губа, по поводу которых в детском возрасте проводилась операция ринохейлоуранопластики.

Врачи больницы начали тщательное обследование пациента. Результаты компьютерной томографии показали, что у него вокруг ретинированного зуба 2.8 образовалась зубосодержащая киста. Кроме того, врачи обнаружили искривление носовой перегородки и рубцовую деформацию крыльчатого хряща носа. В полости носа пациента было новообразование – папиллома. Диагноз подтвердился результатами биопсии. Такие патологии встречаются довольно часто, но они ведут к разным последствиям.

Зубы мудрости редко растут правильно и являются, как правило, самыми проблемными. Иногда они не в состоянии прорезаться должным образом, потому что полностью или частично закрыты тканью десны, а иногда и костью. Причины

нарушения прорезывания различные, но наиболее частые из них – это ранняя потеря молочных зубов и неправильное расположение коронки зуба. В таком случае зубы мудрости пытаются прорезаться под углом или горизонтально по отношению к остальному зубному ряду. Это приводит к давлению на соседние зубы и провоцирует их разрушение. Адекватное обследование, 3D-томография и рентгенография позволяют точно определить положение ретинированного зуба. Это определяющий фактор успеха лечения, благодаря которому можно выбрать оптимальную хирургическую методику. Оперативное вмешательство создает условия для проведения ортодонтического перемещения зубов в правильное положение. Но в некоторых случаях зуб приходится удалять. Например, если у пациента развился перикоронит – заражение мягких тканей вокруг зуба; остеомиелит – воспаление челюсти или отдельных ее частей в районе ретенции; кариес на зубе; киста на непрорезавшемся зубе; гнойный абсцесс. Также зуб удаляется, если он расположен в фолликулярной кисте, как было в случае с 50-летним пациентом. Такая киста представляет собой полость, имеющую оболочку, состоящую из наружного соединительнотканного слоя и внутреннего, выстланного преимущественно многослойным плоским эпителием. Полость

кисты обычно наполнена жидкостью желтого цвета, опалесцирующей вследствие присутствия в ней кристаллов холестерина. При кератокисте пустоты заполняются творожистой массой серо-грязно-белого цвета. Рост кисты приводит к атрофии окружающей костной ткани и пролиферации эпителия.

Кисты встречаются у лиц разного возраста, образуются на верхней челюсти в 3 раза чаще, чем на нижней. Клинически данные кисты могут не проявлять себя длительное время до момента достижения ими больших размеров или инфицирования содержимого кисты.

Врачами НИКИО им. Л. И. Свержевского была проведена операция, которая имела сразу несколько целей – удаление кисты и ретинированного зуба, удаление новообразования полости носа, септопластика (устранение искривления перегородки носа) для восстановления носового дыхания. Кисту удалили вместе с ретинированным зубом. Образование имело плотные костные стенки размером 1,5 см в диаметре. Костная полость была объединена с полостью верхнечелюстной пазухи.

Подобные операции требуют междисциплинарного подхода с участием специалистов нескольких областей. В этом случае работали ЛОР-врач и челюстно-лицевой хирург. Особенность операции заключалась в выраженных рубцовых изменениях, включая рубцовую деформацию крыльчатого хряща носа, которые возникли из-за проведенной ранее ринохейлоуранопластики. Все это значительно затрудняло работу хирургов.

Благодаря наличию в штате НИКИО им. Л. И. Свержевского высококвалифицированных специалистов и высокому уровню технического оснащения операцию удалось выполнить максимально быстро и в полном объеме за один этап.

Период восстановления у пациента прошел без особенностей. На 7-е сутки швы были сняты, пациента выписали домой. **ММС**

Анна Рыкова

КОММЕНТАРИИ ВРАЧА



Олег ГРИШКИН,
челюстно-лицевой хирург НИКИО
им. Л. И. Свержевского ДЗМ

“Зубосодержащая или фолликулярная киста развивается из эмалевого органа непрорезавшегося зуба, преимущественно третьего большого коренного на нижней челюсти, клыка и третьего большого коренного зуба на верхней челюсти. Является одним из самых частых доброкачественных новообразований челюстных костей. Клинические симптомы зубосодержащей кисты сходны с проявлениями других кист челюстей, однако при осмотре зубов характерно отсутствие одного из них в области локализации кисты, за исключением случая образования ее от сверхкомплектного зуба. Отмечена возможность развития амелобластомы из зубосодержащей кисты. Рентгенологически определяют разрежение костной ткани с четкими ровными границами по типу монокистозного очага и наличие ретинированного сформированного зуба, коронка которого либо обращена в полость кисты, либо прилегает к ее стенке. Лечение заключается в цистэктомии с удалением ретинированного зуба.

Все пациенты с перенесенными ранее операциями по поводу расщелин верхней губы и твердого неба нуждаются в лечении в специализированных стационарах (ЛОР и челюстно-лицевая хирургия) из-за высокого риска развития осложнений в виде перфорации дна полости носа и формирования ороантрального сообщения».



ЗАГАДОЧНАЯ ЦЕЛИАКИЯ

Один из каждых 100–200 человек страдает этим заболеванием. Но далеко не каждый из них понимает, что происходит и как устранить проблему. О загадочной целиакии рассказывает заместитель директора по научной работе МНKC им. А. С. Логинова ДЗМ, д. м. н. Елена Сабельникова.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЦЕЛИАКИИ

Это генетически детерминированное заболевание, и носителями генов «предрасположенности к целиакии» является около 40 % европейского населения, но при этом заболевает 1 %. Поэтому генетическое исследование не является основополагающим для постановки диагноза. Оно необходимо как раз для его исключения. Проявления целиакии очень разнообразны, потому что она может поражать любые органы и системы.

Преимущественно целиакия проявляется проблемами с пищеварением. При этом заболевании всегда поражается слизистая оболочка тонкой кишки. Антитела, белковые молекулы, которые являются агрессорами против собственного организма, вырабатываются иммунной системой и могут поражать самые разные органы и системы. Поэтому есть ряд заболеваний, в том числе аутоиммунных: аутоиммунный тиреоидит, аутоиммунный гепатит и гастрит, которые часто сочетаются с целиакией. Часто целиакия наблюдается у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа.



ЧТО ПРОИСХОДИТ ПРИ ЦЕЛИАКИИ?

Под воздействием белка, содержащегося в злаках, происходит атрофия ворсин слизистой оболочки тонкой кишки и выработка антител к тканям собственного организма. Атрофия ворсин приводит к тому, что перестает выполнять свою функцию тонкая кишка. Она перестает все всасывать: сначала железо (развивается железодефицитная анемия), затем – электролиты (калий, кальций, натрий). То есть все, что мы употребляем в пищу, идет «не впрок» – белки, жиры, углеводы, витамины и прочее... Это все не всасывается. А если не всасывается, начинается диарея. Причем характерно, что в тяжелых случаях диарея беспокоит больного даже ночью, без всякой связи с приемом пищи. Развивается так называемый синдром нарушенного всасывания: дефицит железа, кальция (судороги в ногах и остеопороз), витаминов – ломкость ногтей, выпадение волос (вплоть до тотального), сухость кожи, шелушение и т. п. А если это уже длительно текущее состояние, сопровождающееся выраженным синдромом нарушенного всасывания, то появляются безбелковые отеки, начинающиеся у больных целиакией, как правило, с нижних конечностей. У 5 % больных развивается рефрактерная форма. Это очень тяжелая форма с неблагоприятным прогнозом преимущественно.

Целиакия чаще развивается в детстве, но мы и в 80 лет впервые диагностировали целиакию, и в 75. Почему у одних клинические проявления появляются в детстве,

а у других впервые во взрослом возрасте, сегодня неизвестно. Соотношение мальчиков и девочек примерно одинаковое, 50 на 50. А во взрослом возрасте пик заболеваемости – 30-40 лет, и заболевших среди женщин, по нашим данным, больше, соотношение примерно 70 на 30. Но большинство больных, к сожалению, до сих пор не знают, что у них есть это заболевание... Заподозрить болезнь можно и самостоятельно. Это когда снижены какие-либо показатели: железо, гемоглобин, белок, калий, кальций. Когда у пациента врач видит подобные отклонения, необходимо уточнить некоторые вопросы: как давно у пациента в анамнезе железодефицитная анемия, геморрагический синдром, переломы, у женщин обязательно нужно уточнить, в каком возрасте началась менструация. По нашим данным, если это врожденное заболевание, такие дети, как правило, отстают в физическом развитии, для женщин характерно позднее начало менструального цикла, бесплодие, невынашивание беременности. Практическому врачу в поликлинике, если он не очень хорошо знаком с этим заболеванием, и в голову не придет связать сниженные показатели гемоглобина или железа с целиакией...

Например, в Азии, Африке нет такого высокого распространения целиакии. Может быть, длительное проживание на территории России многих национальностей обуславливает наш «особенный» генетический отпечаток. Однако в традиционно «макаронной» Италии, например, очень распространена целиакия. И, кстати, безглютеновые продукты в основном там и производятся. Поэтому можно предполагать, что у нас распространенность целиакии близка к европейской.



НАБОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР ДЛЯ ВРАЧА

Первый этап – серологическая диагностика: те самые аутоантитела. Причем замечено, что наиболее специфичными для целиакии являются антитела к эндомизию (это соединительнотканная оболочка гладкомышечных волокон), и у детей, и у взрослых. Чувствительность и специфичность метода определения этих антител достигает 100 %. Также важно определить антитела к тканевой транслугтаминазе. Этот фермент присутствует во многих тканях организма. Поэтому и целиакия может проявляться так по-разному. У этого теста чуть ниже специфичность, но если говорить о цене, он существенно дешевле, чем исследование антител к эндомизию. И если бы внедрили в поликлиниках обследование на тканевую транслугтаминазу как скрининг, то мы уже могли бы очень рано диагностировать это заболевание. Причем нужно проверять сразу два класса антител: в классе IgA и IgG. Потому что больные целиакией иногда имеют дефицит иммуноглобулина А, и тогда антитела в этом классе будут исходно ниже нормы. По ОМС, к сожалению, пока еще не делают эти анализы в поликлинике, но они включены в ОМС в стационарах.

Если антитела повышены, следующий этап диагностики – биопсия из залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки, она выполняется при рутинной гастродуоденоскопии. Задача – правильно подготовить препарат для исследования, чтобы морфолог мог как следует изучить ворсинки. Если у человека классические проявления целиакии, то можно одновременно провести исследование антител и эндоскопическое исследование. В группах риска сначала смотрят антитела. А генетический анализ назначают, если возникают сложности и сомнения в диагностике. Ведь незначительная атрофия ворсин может быть связана с разными причинами: хеликобактер, лямблиоз, любая кишечная инфекция, некоторые лекарственные препараты, включая НПВП, химиотерапию и т. д. Поэтому оценивать биопсию должен опытный патоморфолог, знакомый с этим заболеванием.



ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ЛЕЧЕНИЕ

Лечение самое простое – безглютеновая диета. Остальное – устранение имеющихся симптомов: диарея – назначаем соответствующее лечение, остеопороз – выписываем препараты кальция и витамин D3, железодефицитная анемия или авитаминоз – восполняем дефицит. И если у пациента были тяжелые клинические проявления, годами не могли поставить верный диагноз, человек на ваших глазах расцветает. Примечательно, что здоровые люди на безглютеновой диете худеют, а больные целиакией – прибавляют (прибавляют в весе). Потому что ворсинки регенерируют, всасываемость налаживается. У взрослых полное исчезновение атрофии происходит за 3-5 лет, у детей – быстрее. Однако бывает, что в детстве диагноз поставили, на диете ребенок вырос, а потом стал «подъедать» запрещенные продукты – и выраженного ухудшения состояния мы не наблюдаем, потому что ворсинки уже полностью восстановились. Но постепенно состояние ухудшается. Капля точит камень. У наших пациентов, в отличие от людей с аллергией на глютен, с непереносимостью глютена, нет «расплаты»: съел – и сразу плохо. Но ворсинки все хуже выполняют свои функции, уровень антител повышается, постепенно возрастает аутоагрессия, а это – риск онкологических заболеваний. Среди больных целиакией в разы выше онкологическая заболеваемость по сравнению с общей популяцией, в первую очередь колоректальным раком и опухолями тонкой кишки. Поэтому крайне важно соблюдать безглютеновую диету в течение всей жизни.



КАК РАЗГРАНИЧИТЬ ЦЕЛИАКИЮ И НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ

Клинические проявления будут сходными, но при непереносимости анализы не покажут высокий уровень антител. Бывает, что люди с порога говорят: вот как только я съедаю хлеб – мне плохо, не ем – все хорошо, значит, у меня целиакия. Но это может быть как раз непереносимость углеводов или непереносимость глютена. Это состояние может быть связано как с недостатком ферментов, так и с нарушением каких-то иммунных механизмов, и биопсия из тонкой кишки будет соответствовать норме. Непереносимость, как правило, дозозависимое состояние, когда «чуть-чуть» можно, а много – нельзя. Тогда как при целиакии нельзя совсем.



ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ ЦЕЛИАКИИ

Пока только ведется поиск препаратов, потому что соблюдать всю жизнь диету довольно трудно. Ищут средства, которые расщепляли бы глютен или препятствовали его всасыванию. Сейчас уже есть пищевые добавки, которые якобы расщепляют глютен, но пока ни одна из них не прошла всех клинических испытаний, которые должен пройти лекарственный препарат. В перспективе, вероятно, мы сможем управлять этим заболеванием на уровне генов. В настоящее время тонкая кишка хуже всего изучена из всех органов пищеварения. Вырастить ее in vitro, чтобы она полностью выполняла свои функции, довольно сложно: требуется моделировать не только всасывание полезных веществ, но и сохранить много других функций. Ведь большое количество кишечных ферментов, располагающихся на щеточной кайме энтероцитов, – отдельная «лаборатория». Но я убеждена, что если мы так далеко сейчас шагнули в области генетических и биологических исследований, то в скором времени найдем и как помочь пациентам с целиакией. **ММС**

66 ЛЕТ НА СЛУЖБЕ

В феврале 90-летний юбилей отметил Заслуженный врач России Михаил Рубашев, который 66 лет отдал работе в психиатрической помощи, стал одним из ее организаторов и до сих пор помогает пациентам ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ. Коллектив больницы по поводу дня рождения почетного сотрудника устроил праздник. На нем юбиляр рассказал о том, как менялось эвакуационное отделение психиатрической помощи в Москве и нашей стране.



Михаилу Самуиловичу посчастливилось учиться у академика Василия Гиляровского. Рубашев закончил учебу во 2-м Московском государственном медицинском институте в 1953 году, после чего получил распределение в Таллин. Спустя три года вернулся в Москву и продолжил практику в Психиатрической больнице № 7.

«Именно здесь долгое время находился психоприемник для иногородних, поэтому с делом эвакуации я был тесно знаком с 1956 года», – рассказывает юбиляр.

Историю появления в Москве отделения эвакуации Михаил Самуилович узнал от старожилов и охотно ей делится. Все началось с того, что в 1935 году в психиатрической больнице оказалась иногородняя больная, которая ничего не говорила о себе. Через 23 дня женщина умерла, однако у нее нашлись родственники, которые подали на врачей в суд.

«Суд в свою очередь вынес решение о том, что больные, которые не являются жителями города Москвы и не прикреплены к диспансерам, нуждаются в отдельном учреждении. Именно тогда, в декабре 1935 года, был открыт Центральный психоприемник с отделением эвакуации. При этом психоприемнике был кабинет неотложной психиатрической помощи, где дежурил один врач, а второй приходил на ночь. Отдельной скорой помощи еще не существовало, а

наплыв больных был огромным...», – говорит Михаил Рубашев.

Пика наплыв больных достиг к окончанию Великой Отечественной войны. Юбиляр, конечно, не застал это время, но ему посчастливилось позже работать с докторами, которые об этом рассказывали. Многие больные тогда бежали с оккупированных фашистами территорий, возвращались домой часто через Москву – большой транспортный узел. И у многих из них случались обострения. Попадали такие люди в приемник. «Тогда это был стокоечный барак – самый настоящий «холерный барак», который находился позади Института туберкулеза.

В 1952 году эту больницу реконструировали и присвоили ей номер 7. Кабинет дежурного психиатра превратился в скорую психиатрическую помощь, которая обзавелась отдельным штатом – одна машина на 300 тысяч населения. Отделение эвакуации отделилось, но работа «эвакуаторов» – сотрудников приемника – оставалась тяжелой и спустя многие годы после войны», – продолжает юбиляр.

В отделение попадали люди, у которых даже не было регистрации, – беженцы, мигранты, бродяги, люди, заболевшие в дороге, или больные, приехавшие в Москву по бредовым идеям. Именно эта непростая работа стала призванием для Михаила Рубашева. «Сначала мы во-

зили больных только до Томска, – вспоминает он. – А если пациента надо было отправить дальше, на Дальний Восток, тут уже подключалась Томская психиатрическая больница. Позже стали возить по всему Советскому Союзу. То есть от Бреста до Камчатки и от Мурманска до юга – везде».

Благодаря стараниям Михаила Рубашева, ставшего в 1969 году главным врачом Психиатрической больницы № 7, штат эвакуационного отдела удалось расширить. Но сотрудников все равно не хватало. Психиатрические больницы были переполнены, ведь в то время их в Москве было мало: Кащенко (ныне – ПКБ № 1 им. А. Н. Алексеева ДЗМ), четвертая и третья (ныне – ПКБ № 4 им. П. Б. Ганнушкина ДЗМ). А остальные располагались за городом. «В 1967 году у нас было до пяти тысяч больных. И вот тогда были построены три больших интерната – 13-я, 14-я и 15-я психиатрические больницы», – вспоминает доктор.

Будучи главврачом, он принимал активное участие в деятельности организационно-методического отдела. Сначала Главного управления, затем Комитета, а в дальнейшем – Департамента здравоохранения города Москвы. В период его руководства – а это 33 года честной и самоотверженной работы – удалось расширить и штат эвакуационного отдела больницы. После ликвидации учреждения в 2010 году Михаил Рубашев не бросил свое призвание. Несмотря на все сложности и капризы судьбы, он до сих пор продолжает работать с иногородними пациентами, возглавляя отделение эвакуации больницы им. П. Б. Ганнушкина. Руководство и коллектив учреждения поздравили юбиляра с 90-летием, пожелав ему оставаться таким же бодрым духом, внимательным и отзывчивым, каким его знают сотрудники и пациенты! **ММГ**

Евгения Воробьева

Михаил Самуилович до сих пор продолжает работать с иногородними пациентами, возглавляя отделение эвакуации больницы им. П. Б. Ганнушкина.



МАСЛЕНИЦА БЕЗ ПОСЛЕДСТВИЙ

В 2020 году Масленица прошла с 24 февраля по 1 марта. Для тех, кто не успел как следует полакомиться блинами, врач-диетолог НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ Анна Брумберг рассказывает, как приготовить лакомство с минимумом калорий.



«Если у нас до сих пор и нет научных работ относительно блинов, то это объясняется просто тем, что есть блины гораздо легче, чем ломать мозги над ними». (А. П. Чехов)

период с конца февраля до начала марта. Масленицу повсюду ожидали с большим нетерпением, ведь целую неделю шли гуляния, а в каждом доме обязательно готовили настоящие русские блины. Из чего их готовили? Из пшеничной муки на дрожжах. Но наряду с традиционными рецептами широко бытовали способы выпечки тонких блинов и оладий. Теперь же, как и у всякого подлинно народного блюда, у блинов существует множество различных вариантов приготовления: на опаре, на молоке или молочной сыворотке, на кефире. Кроме того, в блинное тесто помимо пшеничной муки часто добавляют другие виды и сорта. Например, гречневую, овсяную, полбяную и даже гороховую.

Безусловно, блины достаточно калорийное блюдо и не подходят для ежедневного потребления в пищу. Так, в 100 г блинов содержится примерно 230 ккал, 6 г белков, 10 г жиров и 30 г углеводов.

Как в любом другом сложносоставном блюде, пищевая и энергетическая ценность блинов зависит от входящих в них ингредиентов.

Существует множество хитростей, как сделать это блюдо менее калорийным, но не менее вкусным. Например, можно использовать молоко или кефир пониженной жирности. Для снижения калорийности подойдет молочная сыворотка. Еще можно уменьшить количество яичных желтков в рецептуре, а часть муки высшего сорта заменить на цельнозерновую: пшеничную, гречневую или полбяную. В качестве припека к блинам хорошо подойдут пюре из различных ягод и фруктов, приготовленные без добавления сахара. Вкусными получатся блинчики с начинкой из свежей зелени в сочетании с творогом пониженной жирности. Попробуйте в качестве начинки грибы, свежую или квашеную капусту. **ММС**

У многих народов мира время перехода зимы к весне отмечено особыми празднествами-карнавалами. На это же время

приходится и русская Масленица, которая справляется за семь недель до православной Пасхи. Обычно она приходится на



РЕЦЕПТ

Для тех, кто следит за питанием, подойдет такой рецепт тонких «кружевных» блинчиков на яичных белках с добавлением полбяной муки и растительного масла. Ингредиенты рассчитаны на 5-6 порций блинов. Из такого количества продуктов можно испечь 15-17 блинчиков. Потребуется:

- 500 мл молочной сыворотки или минеральной столовой воды с газом;
- 5 яичных белков + 1 яйцо;
- 200 г пшеничной муки;
- 100 г полбяной муки;
- 50 г растительного масла;
- Щепотка соли (около 3-4 г);
- 2 чайные ложки сахара (около 10г).

Молочную сыворотку или столовую минеральную воду взбить с белками в легкую пену, добавить желток, потом постепенно ввести муку, в последнюю очередь – растительное масло. Тесто хорошо перемешать и дать постоять перед выпечкой 10-15 минут. Сковороду слегка смазать растительным маслом перед тем, как вылить на нее первую порцию теста, а остальные блины выпекать без смазывания сковороды. В 100 г блинчиков, приготовленных по этому рецепту, содержится 196 ккал, 8 г белков, 6 г жиров, 27 г углеводов.

Приятного аппетита!
Анна Брумберг



Фото: Екатерина Козлова / НИИОЗМ ДЗМ, shutterstock

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Председатель

Леонид Михайлович Печатников

Редакционный совет

Т. В. Амплеева, Е. Е. Андреева, М. Б. Анциферов,
Г. П. Арутюнов, Д. С. Бордин, Е. М. Богородская, Е. А. Брюн,

Е. Ю. Васильева, В. Э. Дубров, Е. В. Жилев,
В. А. Зеленский, Т. И. Курносова, А. И. Крюков,
А. И. Мазус, Н. Е. Мантурова, И. А. Назарова, Е. Л. Никонов,
А. С. Оленев, З. Г. Орджоникидзе, О. В. Зайратьянц,
А. Н. Плутницкий, А. В. Погонин, Н. Н. Потекаев,
Д. Ю. Пушкар, М. В. Сеницын, С. В. Сметанина,

И. Е. Хатьков, Л. А. Ходырева,
М. Ш. Хубутия, А. В. Шабунин, Н. А. Шамалов

Главный редактор

Алексей Иванович Хрипун

Шеф-редактор

Оксана Анатольевна Плисенкова

Регистрационное свидетельство ПИ № ФС 77 – 71880 от 13 декабря 2017 года. Выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор). Учредитель: ГБУ г. Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы». Адрес редакции и издателя: 115088, г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, 9. Контакты: +7 (495) 530-12-89, niiozmm@zdrav.mos.ru.

Представителем авторов публикаций в газете «Московская медицина» является издатель. Перепечатка только с согласия авторов (издателя). Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Над выпуском работали: управление коммуникаций НИИОЗМ ДЗМ. Авторы: Ирина Степанова, Евгения Воробьева, Алина Хараз. Корректор: Олеся Левченко. Дизайнер-верстальщик: Рената Хайрудинова.

Время подписания в печать: по графику – 15:00, фактическое – 15:00.

Тираж: 75 000 экз. Распространяется бесплатно.

Выпуск газеты осуществляется в рамках учебно-производственной работы студентов ГБПОУ «ММТ им. Л. Б. Красина».

Адрес типографии: г. Москва, ул. Кировоградская, д. 23.

НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента ДЗМ в соцсетях:

