

Медицинская

28 февраля 2018 г.
среда
№ 8 (7824)

газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Работают мастера

Аритмия — атипичная, лечение — оригинальное

Сердце «успокоили» необычным способом



Чтобы помочь больному с редкой формой трепетания предсердий, специалистам Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина пришлось пойти на смелый эксперимент. Правильный предоперационный расчёт и точность интраоперационных действий дали ожидаемый результат.

Из-за редко встречающейся врождённой анатомической аномалии крупных сосудов у 60-летнего пациента, жителя Приморского края, была атипичная форма аритмии. Как поясняет заведующий кардиохирургическим отделением нарушений ритма сердца центра им. Е.Н.Мешалкина Виталий Шабанов, обычно при трепетании предсердий очаги патологической электрической ак-

Кардиохирурги НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина всегда готовы к нестандартным подходам в решении сложных проблем

тивности находятся в правом предсердии, а в данном случае волны возбуждения исходили из левого. Это было обусловлено особенностью анатомии вен у пациента: нижняя полая вена впадает в сердце сверху. Эта же «ошибка природы» делает невозможным проведение операции радиочастотной абляции стандартным способом через венозный доступ в паховой области.

— Единственный способ проникновения катетером в левые отделы сердца — через сосуды, которые впадают в сердце сверху. Но в научной литературе не описано подобных случаев, что объясняется высокой технической сложностью процедуры, — поясняет В.Шабанов.

Впервые в мире врачи НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина при хирургическом

лечении нарушения ритма сердца использовали доступ через яремную вену, причём, операцию выполнили с применением роботизированной системы. Как рассказали хирурги, поскольку при чрескожном способе доступ к левому предсердию затруднён, пациенту выполнили пункцию межпредсердной перегородки, что обеспечило прямой доступ к полости левого предсердия. А возможности роботизированной стереотаксической системы позволили купировать патологические очаги электрического возбуждения и избавить пациента от аритмии.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.



Александр МИТИЧКИН,
главный врач
ГКБ им. Ф.И.Иноземцева, профессор:
Развитие современной клиники невозможно без тесного сотрудничества с ведущими научными школами отечественного здравоохранения.

Стр. 5

Евгений ЖИЛЯЕВ,
главный ревматолог Департамента
здравоохранения Москвы,
профессор:

Наличие хронической боли в спине отмечает 24% взрослого населения.

Стр. 7



Жоао БРЕДА,
представитель
Европейского офиса ВОЗ:

Всемирная организация здравоохранения признаёт действия российских детских онкологов успешными.

Стр. 11

События

Усилили перинатальную службу

Торжественное открытие нового акушерского корпуса состоялось на днях в Перинатальном центре Хабаровского края. Его уникальность в том, что в нём могут родить женщины с респираторными заболеваниями, открытой формой туберкулёза, различными гепатитами, оспой и другими инфекциями. С этим долгожданным событием коллектив медучреждения и пациентов поздравил губернатор Вячеслав Шпорт.

Глава региона осмотрел операционные, родовой блок, а также пообщался с роженицами и персоналом центра. В новом корпусе создано отделение патологии беременных на 40 коек, акушерское наблюдательное отделение на 25 коек, установлен магнитно-резонансный томограф. Кроме того, тут есть немало оборудования, аналогов которому нет на Дальнем Востоке. В их числе — мельцеровский бокс для родоразрешения женщин с особо опасными инфекциями, блок интенсивной терапии для новорождённых и многое другое. Реконструкция нового корпуса шла несколько лет.

На эти цели было направлено более 1,2 млрд руб. из федерального и краевого бюджетов. Мощность нового корпуса 1,5 тыс. родов в год, он рассчитан на 200 операций.

Напомним, перинатальный центр в Хабаровске был создан одним из первых в России в 2001 г. Всего в развитие этого медучреждения было вложено около 2,8 млрд руб. За это время в крае удалось добиться снижения младенческой смертности в три раза, материнской — в 11.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Перемены

В приоритете доступность

В Алтайском крае, весьма сложной по географическим и климатическим условиям территории, развивают доступность оказания медицинской помощи и раннюю диагностику заболеваний.

С этой целью для диагностического центра края планируется закупить 3 мобильных медико-диагностических комплексов стоимостью 45 млн руб.

Диагностический комплекс «Мужское здоровье» предназначен для

ранней диагностики и лечения мужских заболеваний, в первую очередь бесплодия. Второй комплекс — «Эндокринология». А третий — цифровой маммограф, который позволит на ранней стадии выявлять у женщин онкологические патологии.

«Мы рассчитываем, что конкурсы на приобретение всех трёх мобильных медико-диагностических комплексов состоятся в I квартале этого года. Срок поставки такого оборудования обычно составляет 4-5 месяцев», — отметил

заместитель министра здравоохранения Алтайского края Константин Гордеев.

Примечательно, что в 2017 г. в рамках стратегии развития диагностического центра Алтайского края были приобретены 2 мобильных диагностических комплекса — маммограф и «Женское здоровье».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Алтайский край.

DIXION

МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ
АРЕНДЫ

**Лампы фототерапии
и «лучистое тепло»**

- Светодиодные и УФ лампы фототерапии новорожденных
- Обогреватели для новорожденных «Лучистое тепло»
- Выгодное ценовое предложение, наличие на складе



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

Новости

Парк СМП обновился

На вооружение камчатских медиков скорой медицинской помощи поступили 15 современных автомобилей. В Петропавловске-Камчатском останутся 6 карет СМП, остальные поступят в районы. Все машины оснащены необходимым медицинским оборудованием и пригодны для эксплуатации в районах Крайнего Севера.

Как отметили в камчатском Минздраве, 10 «скорых» поступили по федеральной программе, ещё 5 были приобретены за счёт средств краевого бюджета. Машины куплены в результате электронного аукциона.

Приобретение новых машин позволит повысить оперативность реагирования бригад СМП на вызовы и улучшить качество оказываемых населению услуг, подчеркнули в ведомстве.

Игорь НИКОЛАЕВ.

Петропавловск-Камчатский.

Признание по имени
«Здоровое село»

Ординатор первого года обучения Смоленского государственного медицинского университета Антон Коротченко (кафедра неврологии и нейрохирургии), выиграл Всероссийский конкурс молодёжных проектов – 2018. Разработанный им и предложенный для внедрения проект «Поддержка волонтерских и добровольческих инициатив» в программе «Здоровое село» оценена Росмолодёжью в 300 тыс. руб.

В ходе реализации этого проекта преподаватели и ординаторы СГМУ и специалисты областного Центра медицинской профилактики будут оказывать медико-консультативную помощь жителям смоленской глубинки, проводить обследования на кардиовизоре и смеклайзере, прочитают серию лекций по профилактике социально значимых заболеваний, распространяя при этом тематические листовки и буклеты.

Победа А.Коротченко в престижном федеральном конкурсе не случайна. Антон – председатель совета обучающихся в университете и руководитель регионального отделения Всероссийского общественного движения «Волонтеры – медики». А теперь ему предложено возглавить это движение уже в Центральном федеральном округе.

Владимир КОРОЛЁВ.

Смоленск.

Высокие технологии —
детям Приморья

Приморский детский краевой онкогематологический центр при краевой детской клинической больницы № 1 будет сотрудничать с федеральным Научно-клиническим центром детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва. Договор о совместной работе подписали директор столичного медицинского центра, ведущий детский онколог России, академик РАН Александр Румянцев и руководитель Департамента здравоохранения Приморья Андрей Кузьмин. А.Румянцев провёл встречу с коллективом детского центра. Стороны обсудили вопросы сотрудничества по организации и расширению научно-практического взаимодействия.

Подписанное соглашение позволяет увеличить доступность специализированной, в том числе высокотехнологичной, помощи детям Приморского края.

Николай ИГНАТОВ.

Владивосток.

Создан фонд «Доктор Лиза»

Помогать паллиативным пациентам, детям, пострадавшим в результате военных действий и катастроф, бездомным и малоимущим будет новый благотворительный фонд имени Елизаветы Глинки «Доктор Лиза».

Фонд создан рядом соратников Е.Глинки по основанной ею в 2007 г. благотворительной организации «Справедливая помощь» и её попечителей. Совет фонда возглавил супруг доктора Глеб Глинка, президентом избран врач Александр Парфёнов, занимавший ранее такую же должность в «Справедливой помощи». Директор – бывший руководитель этой благотворительной организации Наталья Авилова.

Анастасия ЩЕГЛОВА.

Врачи выходят на субботник

В Карабулакской городской больнице Республики Ингушетия прошла акция «Выходного дня». Как пояснила главный врач больницы Зара Албакова, такие акции проводятся по субботам, чтобы максимально охватить диспансеризацией работающее взрослое население, так как в будние дни у них не всегда есть возможность стоять в очереди для сдачи тех или иных анализов.

В рамках акции были предложены следующие исследования: общий и биохимический анализы крови, общий анализ мочи, УЗИ и ЭКГ-исследование, анализ крови на онкомаркеры, консультация терапевта и онколога. В результате обследования был выявлен один случай онкопатологии, 5 – патологии щитовидной железы и 4 пациентам была диагностирована аденома предстательной железы. Все они будут дообследованы и взяты на диспансерный учёт.

Если учесть, что в Карабулаке проживает более 30 тыс. человек, то можно предположить, что у врачей местной горбольницы впереди ещё много субботников.

Рубен КАЗАРЯН.

Республика Ингушетия.

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

Сотрудничество

Лучшие хирурги мира —
в гости к нам

Используем опыт Страны восходящего солнца

Недавно в Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова тепло приняли медиков из Японии. Специалисты Университета Оиты во главе с ректором вуза Сэйго Китано совместно с сотрудниками и ординаторами РНИМУ провели практический тренинг в сфере эндоскопической хирургии.

В приветственной речи ведущий кафедрой факультетской хирургии № 1 лечебного факультета РНИМУ им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН Александр Сажин отметил:

– Это уже третья встреча с нашими японскими коллегами. Для нас важно и почётно, что наши хирурги перенимают опыт у одних из лучших специалистов в мире. В России рак желудка стабильно занимает второе место в структуре онкопатологии. Профессор С.Китано первым в мировой практике сделал лапароскопическую резекцию желудка при таком заболевании, а также является инициатором и популяризатором этой операции. Бесспорно, сегодня он – один из выдающихся эндоскопических хирургов.

Тренинг-курс состоял из лекций и однодневного мануального

тренинга на мини-пилах и биомоделях. Теоретическую часть участники тренинга освоили в Первой Градской больнице им. Н.И.Пирогова и ГКБ № 31, а практическую – в учебном центре инновационных медицинских технологий университета.

Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов после завершения столь значимой встречи сказал:

– Наши студенты обучаются на базе передовых клиник, где проводятся операции пациентам с онкологическими заболеваниями. Сегодня представить себе проведение такой операции без использования лапароскопической хирургии практически невозможно. Основное преимущество



С.Лукьянов и С.Китано подтвердили намерение о взаимопомощи

этого метода заключается в том, что хирургическое вмешательство малоинвазивное, поэтому пациент быстро восстанавливается. Однако лапароскопия предполагает использование передовых технологий, получить доступ к которым можно благодаря тесному деловому общению с японскими медиками. Для меня как ректора это важно, поскольку мы можем учить будущих врачей на примере использования такого оборудования. Вижу, что и для наших японских коллег это представляет большой интерес, значит развивать такое сотрудничество – очевидно взаимовыгодно.

Коллектив японских коллег во главе с С.Китано выразил полное удовлетворение качеством организации проведённого цикла, устройством и оснащением учебного центра. Намечены предварительные даты очередных курсов.

Александр ОДЕР.

Москва.



Во время операции

Перспективы

Феномен двуединства
послужит онкологии

Учёные Новосибирского института органической химии им. Н.Н.Ворожцова Сибирского отделения РАН получили грант Российского научного фонда на проведение исследований, результатом которых должна стать оригинальная технология адресной доставки химиопрепаратов к злокачественной опухоли.

Конечная цель – минимизировать вред химиотерапии, наносимый здоровым клеткам организма. Сибирские исследователи предлагают использовать для этого специальные химические структуры – мицеллы, которым предстоит стать средством доставки лекарственного вещества точно к опухоли.

Как пояснили в НИОХ СО РАН, мицелла представляет собой шарообразную группу молекул, ядро которой образуют длинные гидрофобные группы, а поверхность – гидрофильные. Именно эту особенность мицелл и решено использовать, ведь благодаря своей двойной структуре они могут, например, связать воду и жир, которые изначально не взаимодействуют друг с другом, или ломать поверхность бактерий, прорывая их мембрану. В настоящее время данный феномен мицелл активно используется в производстве бытовой химии и косметики, так почему бы не попробовать применить его в фармакологии?

– Наша идея состоит в том, чтобы создать мицеллы, которые будут раскрываться и выпускать заключённое в ядре лекарство, только дойдя до

опухоли, но не раньше. Этого можно добиться, если сконструировать мицеллу, нарушающую свою стабильность при понижении кислотности, ведь известно, что кислотность в опухолевых клетках ниже, чем в здоровых тканях, – говорит старший научный сотрудник НИОХ СО РАН кандидат химических наук Мария Еделева.

Опытные образцы мицелл с заданными свойствами уже созданы. Работа сибирских химиков будет продолжаться ещё 1,5 года и, если она завершится удачно, начнётся тернистый путь оригинальной технологии к производителям лекарственных препаратов.

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Акценты

Детская лейкемия перестала быть приговором

Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко посетила Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва Минздрава России.

Спикер Совета Федерации ознакомилась с отделениями пересадки костного мозга, реанимации и интенсивной терапии, ответила на вопросы и вручила подарки. Она посетила также пансионат и школу, где без отрыва от процесса лечения занимаются ученики всех ступеней среднего образования, встретила с руководством центра.

«Здесь потрясающая, особая атмосфера. У меня нет ощущения, что я была в больнице, – поделилась своими впечатлениями спикер. – Это дом, где особая философия, особый подход к каждому ребёнку и его родителям».

Отвечая на вопросы пациентов центра, В.Матвиенко заявила, что в рамках проекта «Десятилетие детства» охране здоровья подрастающего поколения в нашей стране будет уделено особое внимание, в том числе –

в плане качества обслуживания в медицинских учреждениях. «В ближайшие 10 лет, на которые объявлена программа, мы приведём в идеальное состояние все детские медицинские учреждения, они все будут в достаточном объёме финансироваться, снабжаться лекарствами, всем, что нужно», – заверила спикер верхней палаты парламента, отметив, что государство выделило на это необходимые средства.

По инициативе Совета Федерации в России была принята Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг., поэтому охрана здоровья детей – под особым контролем сенаторов, подчеркнула В.Матвиенко.

В феврале при Совете Федерации создан Совет по региональному здравоохранению, который своё первое заседание посвятил проблемам и перспективам развития инфраструктуры детского здравоохранения. Парламентарии намерены вести постоянный мониторинг ситуации на местах, чутко реагировать на новые вызовы и проблемы, предлагать пути их решения.

Национальный научно-практический центр детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва – крупнейшее в мире специализированное высокотехнологичное научно-лечебное учреждение для детей с гематологическими, онкологическими и иммунологическими заболеваниями. Центр был основан в 1991 г. на базе Морозовской и Измайловской детских больниц. После того как к Президенту России обратился один из пациентов клиники Дима Рогачёв, в 2005–2011 гг. было построено новое здание клиники, центр реконструирован. Сейчас он ежегодно принимает на стационарное лечение более 400 детей со всей страны.

«Если в 1989 г. выживаемость пациентов с диагнозом лейкемия не превышала 7%, а краткосрочная выживаемость составляла чуть более 20%, то сегодня эти показатели составляет от 60 до 85%. Детская лейкемия перестала быть приговором», – говорит главный врач центра Дмитрий Литвинов.

Валерий МАЛОВ.

Продолжение темы – на стр. 11.

Тенденции

Две службы под одной крышей

В Йошкар-Оле сдано в эксплуатацию новое здание патолого-анатомического отделения Республиканской клинической больницы, где разместилось также республиканское Бюро судебно-медицинской экспертизы.

С 1957 г. патолого-анатомическое отделение больницы размещалось в одноэтажном приспособленном здании. Хотя оно является единственным отделением для всех медицинских организаций Марий Эл, выполняющим прижизненные гистологические исследования и цитологические исследования операционно-биопсийного материала, здесь выполняется более 87% всех патолого-анатомических вскрытий в республике.

Условия для работы медперсонала давно не соответствовали санитарно-эпидемиологическим нормам. Между тем, отделение является одним из лучших в Приволжском федеральном округе по качественным показателям. В 2013 г. на базе патанатомии открылась иммуногистохимическая лаборатория, и Марий Эл стала единственным в округе регионом, успешно реализующим программу скрининга рака шейки матки методом жидкостной цитологии в комплексе с иммуногистохимическим методом. Отделение является участником программы раннего выявления рака желудка и кишечника.

Что касается Бюро судмедэкспертизы, то оно располагалось в трех зданиях постройки 70-х

годов прошлого века. Малые площади этих устаревших помещений не позволяли вместить всё необходимое оборудование, соблюсти принцип зональности при проведении исследований. И даже в таких сложных условиях коллектив бюро имеет отличные результаты, судебно-химическое отделение является лидером по качеству исследований биологического материала в Приволжском федеральном округе.

С нынешнего же дня патанатомия и судмедэкспертиза разместились в 4-этажном здании площадью почти 5 тыс. м². Службы оснастились новым современным оборудованием, созданы прекрасные условия труда для медперсонала.

Стоимость строительства объекта – 234,9 млн руб., свыше 96 млн привлечены из резервного фонда Правительства Российской Федерации.

Ольга БИРЮЧЁВА, внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

Благодарность

Координатор благотворительного клуба «28 петель», что в Барнауле, Наталья Розенгрин знает о проблемах недоношенных детей не понаслышке: три года назад её малыш появился на свет с весом 950 г. Пройдя все этапы его выхаживания, Наталья поняла, как важна в такие моменты поддержка и участие.

Сейчас совместно с единомышленниками она вяжет для недоношенных малышей носочки, шапочки, жилеты и игрушки-осьминожки. Готовые изделия передаёт в медицинские учреждения, имеющие отделения по выхаживанию таких детей.

«Осьминожки» для недоношенных

И вот недавно состоялся её очередной визит в перинатальный центр. Своими подарками волонтеры выразили искреннюю любовь к крошечным деткам и их мамам.

Все «наряды» – из шерстяной пряжи, чтобы согревать маленькие тела с несовершенным теплообменом и стимулировать кровообращение. А обереги-осьминожки – из

хлопковой нитки, чтобы они были мягкими и напоминали малышу о пуповине, соединявшей его с матерью.

Наблюдения за младенцами показывают, что «общение» с такой игрушкой помогает им быстрее выздоравливать.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

Иген

Подарки ФАПам от университета

Представители Омского государственного медицинского университета в рамках акции по поддержке сельского здравоохранения посещают центральные районные больницы и ФАПы Прииртышья.

В гости к сельским медикам «полпреды» ОмГМУ, разумеется, едут не с пустыми руками. Так, в рамках визита в Полтавский район и.о. ректора Виталий Охлопков, президент ОмГМУ Александр Новиков и депутат регионального парламента Степан Бонковский не только встретились с коллективом ЦРБ, рассказав о планах в сфере здравоохранения и о ситуации с подготовкой медицинских кадров, но и передали современную сумку фельдшера в Георгиевский фельдшерско-акушерский пункт. Такая сумка оснащена всеми необходимыми инструментами и медикаментами, чтобы фельдшер мог оказывать помощь не только стационарно, но и «на вызове», у пациента дома.

– За годы депутатской и общественной деятельности мы успели поработать со всеми ФАПами

Полтавского района. Отрасль здравоохранения требует повышенного внимания, в настоящее время на уровне правительства региона идёт речь об установке современных модульных фельдшерско-акушерских пунктов, – рассказал С.Бонковский. – ОмГМУ вышел с инициативой о дополнительных выплатах выпускникам медицинского колледжа или вуза, решившим работать в сельской местности.

В дальнейшем, по словам В.Охлопкова, планируется наладить прямые консультации с фельдшерами, чтобы они могли советоваться с ведущими специалистами ОмГМУ по поводу сложных пациентов. Главный врач Полтавской центральной районной больницы Сергей Шутов поблагодарил гостей за постоянную помощь и содействие в решении проблем. В тот же день руководство университета посетило Щербакульскую ЦРБ. А вскоре аналогичная встреча состоялась в Москаленском районе.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

МИА Сити!

Омск.

Профилактика

Больше двигаться и правильно питаться



По итогам обследования, проведённого специалистами выездной бригады ямальского центра медицинской профилактики, у жителей посёлка Правохеттинский выявлены характерные для северян проблемы, являющиеся факторами риска различных заболеваний. Так, 44% из обратившихся к специалистам, недооценивают значимость физической активности в предупреждении и профилактике заболеваний.

При этом избыточная масса тела диагностирована почти у 50% обследованных, что, конечно, влечёт за собой развитие сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и значительно повышает риск развития онкологии. У 46% пациентов определён повышенный уровень холестерина, примерно у 30% – проблемы с артериальным давлением, а нерациональное питание свойственно 20% жителей, обратившихся за консультацией.

Но есть и обнадеживающие факты – 19% обследованных получили заключение врачей «здоров».

По результатам обследования, с учётом индивидуальных особенностей здоровья и факторов риска, каждый пациент получил консультацию терапевта и медицинские памятки и буклеты, разработанные в центре. При необходимости дальнейшее динамическое наблюдение за состоянием здоровья будет осуществляться в отделении медицинской профилактики Надымской ЦРБ или консультативно-оздоровительном отделении ямальского центра медицинской профилактики. Однако уже сейчас северянам надо следовать простой рекомендации медиков: больше двигаться, заниматься физкультурой, спортом. И тогда многие проблемы со здоровьем уйдут в прошлое.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

«Страховые медицинские организации. Законодательное регулирование, финансирование и новые парадигмы развития» – «круглый стол» на эту тему провёл Комитет Госдумы РФ по охране здоровья.

Дискуссия не утихает

Страховые медицинские организации в будущем должны «осуществлять серьёзное консалтинговое взаимодействие в рамках системы, где с одной стороны находится пациент, а с другой – система здравоохранения. Тогда, избегая лишнего напряжения, эти две стороны будут двигаться в одном направлении». Так считает председатель комитета доктор медицинских наук Дмитрий Морозов.

Страховая медицина, отметил он, существует уже более двух десятилетий, но дискуссия вокруг страхового принципа развития здравоохранения, обязательного медицинского страхования не утихает. На рассмотрении в профильном думском комитете находится, например, 5 законопроектов с полярными предложениями, сообщил Д.Морозов. По его словам, «одни пытаются регламентировать прибыли страховых медицинских организаций. Другие вообще сомневаются в необходимости существования в нашей стране страховой медицины. Есть и такие, которые планируют наделить страховые организации допуском к врачебной тайне, регламентировать это направление здравоохранения».

На словах и на деле

Заместитель министра здравоохранения РФ Наталья Хорова напомнила собравшимся о поручениях Президента России Владимира Путина по завершению перехода на страховые принципы ОМС, а также об усилении роли и ответственности страховых медицинских организаций. Совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, медицинскими и страховыми сообществами, Минздравом в последние годы проводится работа по совершенствованию нормативно-правовой базы. В результате расширены функции страховых медорганизаций, повышены требования к ним и усилен контроль за их деятельностью.

Страховые организации призваны стать «реальными помощниками и защитниками прав пациентов», убеждена Н.Хорова. Она заметила, что в этой связи усиливается их роль в информировании и сопровождении

Проблемы и решения

Страховая медицина: какой ей быть?

Ответ на этот вопрос искали в Госдуме специалисты, эксперты и депутаты

застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи, включая консультирование. «Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования, – отстаивать права застрахованных», – подчеркнула председатель ФОМС Наталья Стадченко.

Одни стоны...

У директора Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики Ларисы Попович – другое мнение. «Это искусственный институт, пациентам не нужны страховые компании, – считает она. – Медицинские учреждения от них просто стонут. И сами страховые компании не удовлетворены ситуацией, потому что функции их размыты».

Страховые медорганизации не способствуют повышению качества и доступности медицинской помощи, а постфактум экспертиза 1-4% выставленных счетов за оказанную медпомощь не позволяет их оценивать. Как следствие, удовлетворённость населения медуслугами на протяжении последних 10 лет не превышает 39%, заметила Л.Попович. При этом 67% населения признают, что из-за недоступности бесплатной медпомощи вынуждены обращаться в частные сети.

Экспертизу, полагает директор Института экономики здравоохранения, следует передать в Росздравнадзор, а страховым медицинским компаниям оставить логику и маршрутизацию. Что касается приписок, с ними, полагает она, поможет бороться система блокчейна. В систему оценки качества целесообразно включать мнение пациентов.

Эксперт ВШЭ высказалась также категорически против возложения страховых рисков на компании, работающие в системе ОМС. Такое решение, по её мнению, создаст дополнительный барьер на пути повышения до-



Л.Рашаль участвует в проведении «круглого стола»

ступности медицинской помощи. «Это абсолютно ошибочный подход», – уверена Л.Попович.

Система требует совершенствования

Член профильного думского комитета Тамара Фролова, не отвергая принципов страховой медицины, также высказала, тем не менее, предположение, что формирование института страховых поверенных в регионах вряд ли повысит качество медпомощи, а вот на её доступности скажется негативно. «Если укомплектуют врачами-экспертами страховые компании, значит, оголят ещё больше наши лечебные учреждения, – аргументировала она. – Все врачи-эксперты работают по совместительству. Сегодня такой эксперт проверяет меня, а завтра его проверит врач другой больницы. О какой независимой экспертизе может идти речь? Ведь каждый понимает: сегодня оштрафую я, завтра оштрафуют меня».

Т.Фролова поддержала предложение о необходимости замены уведомительного характера включения в реестр страховых организаций на разрешительный.

Вместе с тем, она убеждена, что нужно уточнить требования по количеству экспертов не только для головных страховых компаний, но и для территориальных.

Другой член комитета Алексей Куринный считает, что большинство функций ныне действующих страховых компаний может выполнять ФОМС. За первыми же он предлагает сохранить сервисные услуги. «Ломать страховой принцип, когда за услугой идут деньги, смысла нет, но сделать его более оптимальным и дешёвым вполне реально», – подчеркнул депутат, заметив, что в 2018 г. на содержание медицинских страховых организаций будет потрачено порядка 20-25 млрд руб. «Это половина всех расходов на льготное лекарственное обеспечение», – заметил А.Куринный, сопоставив цифры.

Первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Наталья Санина обратила внимание на необходимость уточнения отдельных положений стратегии страхования, в которой, как она считает, очень много общих фраз и размытых определений. Кроме того, по словам депутата, вызывает беспокойство качество контроля за

деятельностью страховщиков. «Контролировать такое огромное количество страховых компаний – это серьёзный труд», – заметила Н.Санина. Парламентарий заявила также, что страховые фонды любого региона должны иметь право «расторгать договор со страховой компанией, если функции и качество её работы оставляют желать лучшего».

«Дооптимизировались»...

Депутат Госдумы РФ академик РАН Николай Герасименко считает недостаточным взнос на медицинское страхование. «5,2% – это очень мало, – уверен он. – Недаром вся наша медицина испытывает недостаток ресурсов».

Ещё одна проблема, по словам парламентария, это так называемая оптимизация медицинских учреждений первого уровня. «Сегодня норматив их финансового обеспечения не позволяет даже оплатить коммунальные платежи, не говоря уже о рентабельности. Вот до чего «дооптимизировались»!.. Поэтому, важнейший вопрос – увеличение нормативов финансовых затрат для первичной медицинской помощи больниц первого уровня», – подчеркнул парламентарий.

Острые оценки прозвучали также в выступлениях президента «Национальной медицинской палаты» Леонида Рошаля, президента «Лиги защитников пациентов» Александра Саверского и других экспертов и специалистов. По итогам дискуссии выработаны рекомендации, которые будут направлены Правительству России, Министрству здравоохранения РФ и Федеральному фонду обязательного медицинского страхования.

Создан Экспертный совет профильного Комитета Госдумы РФ по законодательному регулированию деятельности страховых медицинских организаций, который возглавила Т.Фролова.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Врач обязан учиться всегда

Этому будет содействовать Школа профессионального роста

Проект «Школа профессионального роста», утверждённый недавно в системе здравоохранения столицы, позволит готовить студентов и ординаторов, применяя практико-ориентированную модель обучения.

Три федеральных медицинских вуза получат гранты. Это – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова, Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова. Соответствующее постановление приняли на заседании президиума правительства Москвы.

«Встречаясь с главными врачами, я слышал от них, что выпускники медицинских вузов, которые приходят к ним на работу, недостаточно подготовлены. Сами студенты также выражали желание пройти специальную стажировку. Я давал поручение подготовить такую стажировку», – сказал мэр Москвы Сергей Собянин.

По этому проекту студенты 6-го курса и ординаторы 2-го года обучения после конкурсного отбора смогут пройти дополнительное обучение и практику в медицинских учреждениях столицы. «Цель этого проекта – привлечь наиболее талантливых, способных выпускников медицинских вузов для работы в поликлиниках и больницах Москвы», – сказал руководитель Департамента

здравоохранения столицы Алексей Хрипун.

Набор в школу будет идти по самым дефицитным специальностям. В её программу включат углублённое изучение профильных дисциплин (в том числе с использованием симуляционных методик), специальные модули по пациенториентированности, врачебной этике, использованию ЕМИАС, юридическим основам работы врача. Без отрыва от учёбы участники пройдут практику в городских больницах и поликлиниках, где научатся выполнять стандартные медицинские манипуляции, отработают действия при неотложных состояниях, а также примут участие в лечении пациентов.

«Это будет преподавание лучших специалистов московских вузов по

усиленной программе. Акцент на привитие практических навыков с использованием симуляционных методик. Прохождение, что очень важно, стажировки на будущем рабочем месте. Примерно треть всего времени будет посвящена тому, чтобы молодой специалист адаптировался в условиях поликлиники», – объяснил А.Хрипун.

Участники проекта будут получать дополнительную ежемесячную стипендию – 25 тыс. руб.

После окончания учёбы выпускники «Школы профессионального роста» будут обязаны отработать 3 года в одном из столичных учреждений здравоохранения (преимущественно по месту прохождения стажировки). Соответствующий договор заключается с Департаментом здравоохранения.

Студенты и ординаторы медвузов уже подали 360 заявок на участие в проекте. Попадут ли они в проект, на собеседовании решит специальная комиссия. Руководитель департамента уточнил: «Набор пока не закончен. Мы ориентируемся на то, что нам удастся сформировать амбициозный молодой резерв в количестве 200-250 человек».

Занятия первого потока начнутся на днях и продлятся 4 месяца. «Наши московские вузы-партнёры подготовили углублённые программы дополнительного образования. В два этапа планируем провести работу «школ». Первый этап – этот весенний семестр и следующий учебный год», – акцентировал А.Хрипун.

Есть надежда, что Школа профессионального роста позволит устроить в городские больницы и поликлиники надёжно подготовленных к работе в реальных условиях молодых специалистов.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Недавно на научно-клиническом совете в городской клинической больнице им. Ф.И.Иноземцева прошло обсуждение актуальных направлений исследований, которые призваны вывести на более высокий уровень диагностику, лечение и реабилитацию пациентов. Эта больница с более чем столетней историей – одно из современных лечебных учреждений в системе столичного здравоохранения.

На базе ГКБ им. Ф.И.Иноземцева работают 15 кафедр ведущих учебных заведений по всем основным направлениям. С целью реализации концепции Министерства здравоохранения РФ и Департамента здравоохранения Москвы об усилении роли клинических кафедр в практическом здравоохранении в больнице созданы 2 университетские клиники: по хирургии, возглавляемая профессором Александром Щёголевым (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова), и клиника терапии под руководством профессора Раисы Стрюк (Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова). А большая научная работа даёт весомый результат. Перспективам сотрудничества было посвящено заседание научно-клинического совета. В нём участвовали главный врач ГКБ им. Ф.И.Иноземцева, доктор медицинских наук, профессор Александр Митичкин, заведующие кафедрами, размещающимися на базе лечебных учреждений, руководители университетских центров.

Первая и главная цель встречи – обсуждение вопроса непрерывного образования медицинских сотрудников. Пациент многопрофильной клиники зачастую имеет коморбидные заболевания, поэтому востребованность углублённых знаний врачей по междисциплинарным отраслям медицины чувствуется особенно остро.

Диалог на совете получился плодотворным. На нём поднимались важные вопросы, касающиеся научных исследований, организации более эффективной работы кафедр на клинической базе, затрагивались актуальные для лечебного учреждения темы.

В качестве одного из способов дополнительного образования рассматривалось создание симуляционных центров, преимущество которых высоко оценено в медицинском сообществе.

– Безусловно, это даёт возможность более оптимально вести подготовку специалистов, реализовать дополнительное образование, повышать квалификацию врачей. Но для этого необходимо дополнительное финансирование со стороны органов здравоохранения. Создание подобных центров на базе многопрофильных клиник – веление времени, – отметила Раиса Стрюк.

В этом плане перспективы научной работы в ГКБ им. Ф.И.Ино-



А.Митичкин

Преодоление

Только такая дорога ведёт в надёжное будущее

Её прокладывают совместными усилиями учёные и практики



Идёт заседание совета

земцева хорошие: материально-техническая база позволяет. А у специалистов больницы и сотрудников кафедр существует обоюдная заинтересованность в совместной деятельности, о чём свидетельствует публикация более 300 научных статей за предыдущий год. Диссертационными работами заняты 27 сотрудников, 4 из которых – докторские.

А.Щёголев добавил: «Большую роль в организации научной работы играет университетская хирургическая клиника, где проводятся серьёзные клинические исследования по различным актуальным аспектам (общая хирургия, за-

крытые абдоминальные травмы, сосудистая хирургия, ведение больных с различными эндокринными патологиями, требующими хирургического вмешательства, и т.д.)».

Научная деятельность больницы им. Ф.И.Иноземцева набирает обороты. На 2018 г. запланировано много мероприятий городского масштаба. Планируется организовать 19 конференций при поддержке столичного Департамента здравоохранения, в которых примут участие не только сотрудники больницы, но и пригласят врачей различных медицинских учреждений Москвы.

Как реализовать идею интеграции науки и практики, поддержать интерес к научной деятельности среди специалистов, а для обработки практических навыков использовать тренажёры, симуляторы, фантомы, говорил главный врач больницы Александр Митичкин: «Участие сотрудников в научной работе чрезвычайно важно для развития нашей больницы. Дело в том, что эта работа построена на анализе нашей деятельности и нацелена не только на совершенствование профессионального уровня конкретного специалиста, но и на улучшение качества оказания медицинской помощи в клинике. Самая насущная цель для лечебного учреждения – внедрение новых методик, обследований, лечений, техники операций, высоких технологий.

видим результаты этих исследований. Они постоянно внедряются в нашу работу. Один из наиболее ярких примеров – развитие сосудистой нейрохирургии в нашей клинике в рамках регионального сосудистого центра для выполнения программы по улучшению лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения. Активное внедрение в практику ранней хирургической тактики у этих больных позволяет снизить летальность и улучшить реабилитацию на ранних сроках. Но это можно сделать только при наличии современного оборудования, которое мы получили благодаря реализации программы модернизации здравоохранения, молодым специалистам, которые прошли специальное обучение, стажировку лучших сотрудников в ведущих

клиниках Европы и Азии. А взаимодействие с кафедрами, в частности нейрохирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, позволило быстро и эффективно внедрить новые методы в работу данного отделения. Подтверждение тому – большое число мастер-классов, которые сейчас проводят наши специалисты с врачами Москвы и других регионов. Например, у нас был выездной мастер-класс с коллегами из Белоруссии.

Назову также очень важное направление – лечение больших доброкачественных опухолей у женщин при заболеваниях матки. И здесь опыт селективной эмболизации сосудов матки вызывает большой интерес. Поэтому в больнице был проведён мастер-класс для врачей города по освоению таких высокотехнологичных способов лечения этого заболевания.

На мой взгляд, очень актуальной и социальной медицинской проблемой является вопрос о ранней реабилитации пациентов после тяжёлых травм. И здесь результаты лечения напрямую зависят от того, когда начата реабилитация и как она выполняется. Сейчас при поддержке Департамента здравоохранения Москвы у нас заканчивается ремонт корпуса для создания отделения реабилитации многопрофильного стационара. Это позволит качественно изменить реабилитацию наших пациентов».

Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела
региональной политики «МГ».

Инициатива

Семейное счастье с... психологической поддержкой

Владивостокская детская поликлиника № 5 – одна из четырёх детских поликлиник краевого центра Приморья, где более 10 лет назад был открыт медико-социальный кабинет. Благодаря профессиональной работе психолога и социального работника здесь находят поддержку подростки, оказавшиеся в трудной жизненной ситуации, и женщины в момент репродуктивного выбора. С нынешнего года появятся больше возможностей для «экологичного» решения проблем – порой очень непростых – связанных с воспитанием детей, грамотным выстраиванием взаимоотношений в семье, более глубоким пониманием психологии ребёнка.

В феврале в «пятой» детской поликлинике стартовал новый проект, подготовленный совместно со специалистами отделения психопрофилактики, психотерапии и медико-со-

циальной помощи Владивостокского клинко-диагностического центра – «Клуб родителей».

Ежемесячно перед слушателями будет выступать медицинский пси-

холог, затрагивая в своих лекциях серьёзные вопросы по формированию родительской позиции, рассказывая о наиболее распространённых ошибках в процессе воспитания, объясняя, чем может обернуться их излишняя требовательность или, напротив, попустительство детским капризам. Помимо психологических аспектов большое внимание в клубе будет уделяться информированию родителей о полагающихся им выплатах или льготах – эта часть деятельности закреплена за социальным работником. А юридическую консультацию всегда можно будет

получить благодаря участию в проекте юриста отделения психологической помощи медико-социальной поддержки Владивостокского КДЦ.

– Современные психологи, демографы, социологи считают: в силу разных обстоятельств сегодня утрачены многие ценности жизненного и семейного уклада, сформировавшиеся столетиями. Поэтому «Клуб родителей» делает важный акцент на семейный подход, – говорит заведующая ОППМСП клинко-диагностического центра медицинский психолог Лариса Дробот. – Это очень серьёзная задача, поскольку

сохранение психического и физического здоровья ребёнка зависит от атмосферы в семье.

С целью информирования в области воспитания детей и создан этот родительский клуб на площадке детской поликлиники, приближённый к ним территориально. И это очень перспективная форма сотрудничества.

Планируется, что заседания клуба будут проходить в больнице ежемесячно.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Министерство здравоохранения РФ вынесло на общественное обсуждение проект ведомственного акта о внесении изменений в порядок приёма на обучение по программам высшего образования – ординатуры, утверждённого приказом министерства № 212н от 11.05.2017.

Какие изменения ожидают выпускников

Первое, на что обращаешь внимание, в каждом вузе увеличивается срок приёма документов от поступающих с учётом графиков проведения аккредитации специалистов. Второе – в предыдущую вступительную кампанию выпускники имели право подать документы в различные институты, а затем забрать их. Тем самым вносилась неразбериха в работу приёмных комиссий. Чтобы избежать подобного, пункт 14 приказа предлагается изложить в следующей редакции: «Поступающий вправе подать заявление (заявления) о приёме одновременно не более чем в 3 организации. В каждой из них он вправе участвовать в конкурсе не более чем по 2 специальностям».

Следующее – для упрощения получения итогов аккредитационного тестирования включено требование о предоставлении сведений о страховом свидетельстве обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) кандидата. Регламентирована процедура вступительного испытания (тестирования), а также пролонгирован до полутора лет срок действия полученных результатов. Приём иностранных граждан, в том числе сроки приёма документов, порядок проведения вступительных испытаний отнесён к компетенции образовательных организаций.

Четвёртое нововведение – норма определения должностей медицинских и фармацевтических работников, стаж работы, который засчитывается в индивидуальные достижения. Также перечислена минимальная продолжительность работы на этих позициях, исключён период работы в должностях младшего медицинского персонала, исключена возможность повторного суммирования времени занятости перед ординатурой.

Согласно пояснительной записке, для устранения примата индивидуальных достижений над результатами вступительных испытаний при формировании рейтинга поступающих, ограничено максимальное количество баллов, присваиваемых за них кандидату. При этом меняется содержание пункта 14: «Учёт результатов индивидуальных достижений осуществляется посредством начисления баллов за индивидуальные достижения исходя из следующих критериев: стипендиаты Президента России, Правительства (если назначение стипендии осуществлялось в период получения высшего медицинского или высшего фармацевтического образования) – 20 баллов; документ установленного образца с отличием – 15. Общий стаж работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников, подтверждённый трудовым законодательством (если трудовая деятельность проходила в период зачисления на обучение по программам высшего медицинского или высшего фармацевтического образования): от одного года до трёх лет в тех же должностях со средним профессиональным образованием – 10 баллов с увеличением веса достижения на 5 баллов за каждые последующие три года стажа; от девяти месяцев до двух лет с высшим профессиональным образованием – 12 баллов с увеличением веса достижения на 5 баллов за каждые последующие два года срока. Далее – продолжительность работы в должностях медицинских и (или) фармацевтических работников с высшим профессиональным образованием в медицинских организациях, расположенных в сельских населённых

пунктах либо рабочих посёлках, либо посёлках городского типа, от девяти месяцев – 5 баллов за весь период трудовой деятельности.

Иные индивидуальные достижения, установленные правилами приёма на обучение по программам ординатуры в конкретную организацию, суммарно засчитываются не более 15 баллов. Максимальная сумма с учётом одного или нескольких вышеназванных критериев не может превышать 100 баллов.

Актуально

Проверенным путём

Целевой подготовке в ординатуре отводится всё больше мест



Этот проект скорее уточняет, чем революционно изменяет порядок поступления в ординатуру.

Приоритет – целевой подготовке

По данным Минздрава России ежегодно необходимо готовить около 15 тыс. узких специалистов, чтобы закрывать потребность во врачах всех профилей. Одной из эффективных форм устранения возникшего дефицита стала подготовка выпускников медицинских вузов в целевой клинической ординатуре на основании договора между органом управления здравоохранением, высшим учебным заведением и самим выпускником. Такой порядок привлечения будущих врачей в лечебные учреждения активно используется в последние годы, в том числе и клиниками, подведомственными Федеральному медико-биологическому агентству (ФМБА) и Российской академии наук. Минздрав России рассматривает этот вид подготовки как наиболее перспективный.

Как заявила на Совете ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, целевая подготовка остаётся крайне важной для отрасли. В прошлом году приём осуществлялся по 83 специальностям и достиг по целевому приёму – 53,3% от общего числа поступивших.

Но не всегда ординаторы, давайте скажем честно, спешат возвращаться в направившие их на учёбу регионы. Особенно это касается тех специалистов, которые осваивают тонкости профессии в клиниках Санкт-Петербурга и Москвы. Не случайно конгресс Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» осенью прошлого года записал в своей резолюции рекомендации Прави-

тельству РФ: «Предлагается внести дополнения в ст. 56 Федерального закона «Об образовании» в части целевого приёма и обучения по обеспечению гарантий возврата на рабочее место (введение юридической и экономической ответственности)». Поскольку нормативная база, которая существует сегодня, не всегда позволяет призвать выпускника отработать положенный срок в тех лечебных учреждениях, откуда его направили на учёбу.

РНИМУ является единственным национальным медицинским университетом и обладает первым Институтом трансляционной медицины в России. Поэтому здесь стараются создавать специальности, востребованные на передовом краю науки и медицины. «Мы обновляем и пополняем набор программ ординатуры каждый год. Сейчас в стенах университета разрабатываются программы подготовки по специальностям в областях, всегда являвшимися «коньком» Второго

заказу 779 человек: за счёт средств федерального бюджета – 565, в рамках областного заказа – 214, – говорится в официальном ответе департамента. В 2017 г. получили направления в ВГМУ им. Н.Н.Бурденко 109 человек по целевому набору и 28 – по областному заказу. При этом из общего количества выпускников трудоустроены в медицинские организации, направившие их на обучение, порядка 48%. Были и такие, кто получил открепление – 21%, продолжают

Определённость в собственном будущем

Корреспондент «МГ» попросил прокомментировать, как оценивают в одном из ведущих вузов страны успехи в учёбе и участие в общественной жизни ординаторов, которые обучаются по целевому набору, по сравнению с теми ребятами, которые поступили на бюджетные места?

– В целом студенты и ординаторы, обучающиеся по целевому набору, ничем не отличаются от своих коллег, которые получают образование за счёт средств федерального бюджета или за свой собственный счёт, – считает проректор по связям с общественностью и воспитательной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Георгий Надарейшвили. – Они также много учатся, участвуют в научной, общественной и культурной жизни университета. Пожалуй, единственное отличие – это их чувство определённости в собственном будущем. Среди них почти не встречаются те, которые меняют свою карьерную стезю, – абсолютное большинство остаётся в профессии.

В университете недавно прошло награждение победителей общественной целевой стипендиальной программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины». Поэтому логичен был и вопрос, помогают ли подобные программы стимулировать будущих врачей лучше учиться?

«Безусловно, по нескольким причинам, – компания «Такеда», например, победителям программы даёт неплохой финансовый бонус, который очень и очень кстает студентам, – продолжил Георгий Гвинович. – Кроме того, такие стипендиальные программы соответствуют статусу именной стипендии, получение которой даёт дополнительные баллы при поступлении в ординатуру».

меда – кибернетике, биохимии и биофизике. Подготовку по ним университет начал вести ещё в Советском Союзе, когда открыл старейший в России и один из первых в мире медико-биологический факультет. Сейчас его многолетний опыт трансформируется в ординатуры по специальностям IT-генетика, клиническая биоинформатика, архитектура медоборудования, генетическая консультация, управление медицинскими роботами и киберпротезирование. Кроме того, не забываем мы и такие классические для нашего университета направления, как биоэтика и организация здравоохранения, в рамках которых мы в скором времени начнём подготовку биоэтиков, проектировщиков медицинских учреждений и R&D менеджеров здравоохранения. Как головное учреждение Министерства здравоохранения РФ в области геронтологии, мы также планируем начать подготовку консультантов по здоровой старости. Ещё одна новая специальность, о которой хочется упомянуть, – это персонализированная медицина. Хотя сейчас она кажется экзотической, но уже в ближайшем будущем её преподавание станет обязательным для любого медицинского вуза. Этот список постоянно дополняется и пересматривается, потому что медицинская наука сейчас развивается очень быстро и многие новые специальности формируются прямо на наших глазах, – подытожил Г.Надарейшвили.

Ситуация улучшается

Редакции «МГ» решила проанализировать, сколько молодых врачей возвращается в выбравшие их для учёбы поликлиники и больницы в таком крупном и сильном регионе Черноземья, как Воронежская область.

– В настоящее время в Воронежском государственном медицинском университете им. Н.Н.Бурденко обучаются по целевому направлению и областному

обучение – 12, не вернулись – 7. В судебном порядке взысканы денежные средства, затраченные на обучение, с 12% выпускников.

Между тем кадровая ситуация в воронежском здравоохранении улучшается. Дефицит врачей снизился с 770 до 700 специалистов. Наибольший приток кадров произошёл в медицинские учреждения районов.

О направлении надо думать весной

Конкурс на бюджетные места в ординатуру разыгрывается между вузами за полтора года. Поэтому все уже подали свои заявки на бюджетные места в 2018 г., а сами конкурсы уже состоялись. Ординатура по-прежнему является мечтой для многих будущих врачей. Как показали результаты приёмной кампании 2017-2018 гг., заявлений подано на 6915 больше, чем годом ранее. Таким образом, конкурс составил 3-4 соискателя на место. Сенсацией прошлого года стало только то, что количество мест для внебюджетных ординаторов жёстко ограничил Минздрав России. Поэтому целевая ординатура стала ещё более конкурентоспособной и предпочтительной.

Как получить такое направление выпускникам вузов, чётко прописано на сайте, например, Департамента здравоохранения Москвы. Департамент подчёркивает, что выдаёт их гражданам, имеющим постоянную московскую регистрацию, по ходатайству руководителя медицинской организации государственной системы здравоохранения столицы (гарантийного письма), на основании решения Комиссии по целевой подготовке специалистов с высшим профессиональным образованием департамента. При этом поясняется, что перечень специальностей для подготовки в целевой ординатуре формируется в соответствии с потребностью в специалистах столичного здравоохранения. Сам список и количество бюджетных мест ежегодно пересматривается.

В регионах сроки выдачи таких направлений могут быть различными. Поскольку поступление в целевую ординатуру требует прохождения согласований, лучше этим заниматься заранее. Например, в ФМБА России заявки начинают формировать уже в марте. Но и получив долгожданный документ, выпускникам придётся сдавать экзамен в ординатуру. Да, конкурс для таких кандидатов ниже, чем на обычные бюджетные места, однако он всё-таки существует. Соответственно преимущество при поступлении получают те, кто может претендовать на дополнительные баллы.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Партнёр рубрики – компания «Такеда Россия», организатор всероссийской стипендиальной программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины».

Последние годы мы всё чаще слышим об эпидемии неинфекционных заболеваний. «Болезни цивилизации» давно стали частью жизни современного общества. В их структуре заметное место принадлежит вариабельной патологии эндокринной системы (главным образом – сахарного диабета), распространённость которой возрастает в лихорадочном темпе. Так, на 1 января 2017 г. в Москве зарегистрировано 770 тыс. больных с различными эндокринными заболеваниями, и всего за год их количество увеличилось на 17 тыс. человек. Причём в половине случаев речь идёт о сахарном диабете (СД), преимущественно 2-го типа.

Этот, а также другие чрезвычайно актуальные вопросы внутренней медицины на современном этапе были вынесены на повестку дня очередной научной-образовательной сессии «Амбулаторный приём», состоявшейся, по традиции, под руководством директора терапевтической клиники и заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, руководителя общества «Амбулаторный врач», профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА.

Какое сладкое коварство...

– В России СД страдают около 9,6 млн человек, 350 тыс. таких пациентов зарегистрировано в Москве. Возникает вопрос, а сколько человек не знают, что больны? – определил ключевую тему первой части мероприятия профессор А.Вёрткин. – К сожалению, у пожилых людей диагноз «сахарный диабет» выносится уже на стадии поздних сосудистых осложнений. Течение диабета у пациентов этой возрастной группы сопровождается сочетанной полиорганной патологией, а определение катастрофических для сосудов гипогликемических состояний представляет немалую сложность, – констатировал профессор.

Существует и ряд лабораторных особенностей, таких как отсутствие гипергликемии натощак или умеренное изолированное повышение постпрандиальной гликемии. Примечательно, что, по данным директора Института диабета Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России академика РАН Марины Шестаковой, среди причин смертности больных СД в России преобладает хроническая сердечная недостаточность (32,3%). Инсульты и инфаркты миокарда, онкологические заболевания, хроническая болезнь почек, инфекционные и многие другие заболевания в самых различных комбинациях и составляют клинический портрет коморбидного и даже мультиморбидного пациента с СД.

Вскрытие покажет

На клинко-анатомический разбор, ставший неотъемлемой частью «Амбулаторного приёма», была представлена история пациента 53 лет с направительным диагнозом «пароксизм фибрилляции предсердий неизвестной давности» с жалобами на периодическое ощущение перебоев в работе сердца, одышку.

Из анамнеза известно, что около двух лет назад у мужчины была диагностирована фибрилляция предсердий и назначена антикоагулянтная терапия, которую он по каким-то причинам не получал. В течение 5 лет отмечалось повышение артериального давления с максимальными цифрами до 160/100 мм рт.ст., гипотензивные препараты пациент принимал ситуационно. Три года назад был диагностирован СД 2-го типа, назначенный гипогликемический препарат также принимался эпизодически.

Настоящее ухудшение отмечалось в течение недели, когда появилось выраженное нарастание одышки, по поводу чего была вызвана бригада «03» с последующей госпитализацией в терапевтическое отделение стационара. Кроме того, из анамнеза жизни известно, что пациент курил по 10 сигарет в день. Объективный осмотр позволил оценить состояние госпитализированного как «средней тяжести». ЧДД 20 в мин., дыхание жёсткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичны, шумов нет, АД 140/90 мм рт.ст. По ЭКГ – нормосисто-

Ориентуры

Поликлиника нового времени

Львиная доля медицинской помощи населению должна оказываться в её стенах

лия фибрилляции предсердий. ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка и признаки перенесённого в прошлом инфаркта миокарда.

В качестве основного заболевания в структуре диагноза вынесена ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (по ЭКГ). Фоновые заболевания: АГ 2-3 ст., риск 4. Нефроангиосклероз. СД 2-го типа, декомпенсация. Осложнения: фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХБП С3. Сопутствующие заболевания: хронический обструктивный бронхит, вне обострения.

Лабораторно в биохимическом анализе крови отмечается повышение мочевины и креатинина, гипергликемия (12,5 ммоль/л). Рентгенологически выявлены признаки эмфиземы лёгких. На вторые сутки пребывания в стационаре пациент внезапно потерял сознание в туалете, АД 80/60 мм рт.ст., переведён в реанимационное отделение. На ЭКГ фибрилляция предсердий, тахиформы, полная блокада ПНПГ. Отмечается нарастание дыхательной недостаточности, снижение сатурации, в связи с чем было принято решение о переводе на ИВЛ. Реанимационные мероприятия не принесли результата, была констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз: «ИБС, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда неизвестной давности) на фоне гипертонической болезни, нефроангиосклероза, СД 2-го типа». Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий. Причина смерти: тромбоз лёгочной артерии (ТЭЛА), хроническая болезнь почек (ХБП), отёк лёгких, отёк головного мозга. Сопутствующее заболевание: хронический обструктивный бронхит.

Результаты патологоанатомического вскрытия прокомментировал заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, президент Московского и вице-президент Российского обществ патологоанатомов, профессор, заслуженный врач РФ Олег Зайратьянц: «Основные изменения в целом подтвердили клинический диагноз. На аутопсии: крупноочаговый постинфарктный кардиосклероз заднебоковой стенки левого желудочка, стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Причём атеросклеротические бляшки сегментарны и распределены неравномерно, что более

характерно для сахарного диабета, чем для гипертонической болезни».

– Морфология диабета, – продолжил О.Зайратьянц, – это прежде всего нарушения микроциркуляции, когда артериолы фактически облитерируются (так называемый гиалиноз). В данном случае комплексное исследование позволило исключить острую ишемию миокарда и подтвердить наличие тяжелейших микроциркуляторных изменений, постинфарктный кардиосклероз. О достаточно тяжёлом течении гипертонической болезни свидетельствуют гипертрофия и увеличение массы миокарда. Замеще-

– Кроме того, характер боли имеет свои особенности: внезапно возникающая аксиальная (срединная) или опоясывающая/полуопоясывающая боль, усиливающаяся при любом движении или дыхании, типична для перелома позвонка; срединная боль в спине, не позволяющая стоять, может сигнализировать об остеопорозе или даже спондилите, – подчеркнул Е.Жилев. – Среди причин специфической боли чаще всего встречается сакроилеит, для которого характерна боль или болезненность в проекции крестцово-подвздошного сочленения, боль носит воспалительный характер, пациенты отмечают

ругии им. А.В.Вишневского профессор Сергей Сапелкин.

– ХЗВ – это термин, который объединяет все имеющиеся нозологические формы, включая варикозную болезнь, посттромбофлебитический синдром или посттромботическую болезнь, редкие венозные формы дисплазий и флебопатии, – сказал С.Сапелкин. – Эта патология широко распространена, частота встречаемости ХЗВ достигает 75-80%. К факторам риска ХЗВ относятся генетическая предрасположенность, избыточный вес, длительное вертикальное положение тела, приём некоторых гормональных препаратов, беременность и роды. Существует несколько клинических классов ХЗВ, отражающих этапы прогрессирования этих заболеваний. Из методов диагностики на первом месте остаётся клиническая картина, жалобы и анамнез. Инструментальные методы – УЗИ и УЗДС являются «золотым стандартом» диагностики. В лечении одна из ведущих ролей отводится коррекции образа жизни, компрессии и фармакотерапии, в некоторых случаях проводится склеротерапия. Существует ряд простых рекомендаций для ускорения венозного кровотока и профилактики ХЗВ, самая эффективная из них – это физическая активность, – добавил он.

Страсти по пневмонии

Сообщение профессора кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова главного специалиста по клинической фармакологии САО Департамента здравоохранения Москвы Елены Прохорович касалось тактики поликлинического терапевта при подозрении на внебольничную пневмонию.

– При первом визите диагноз «внебольничная пневмония» ставится на основании жалоб на лихорадку, кашель с мокротой или без неё, одышку и боли в грудной клетке. Анамнестически это острое заболевание, – акцентировала внимание аудитории Е.Прохорович. – Необходимо оценить тяжесть состояния, для чего существуют определённые диагностические критерии, причём важно обратить внимание, что такой критерий, как нарушение сознания у пожилых пациентов очень важен и может стать определяющим для дальнейшего прогноза. Степень дыхательной недостаточности на амбулаторном этапе позволяет определить проведение пульсоксиметрии.

Е.Прохорович напомнила коллегам, что диагноз пневмонии подтверждается при выявлении инфильтративных изменений в лёгких при рентгенологическом исследовании и при наличии не менее двух диагностических признаков. Рентгенологическое исследование позволяет подтвердить диагноз, оценить распространённость процесса и прогноз. Оно проводится в начале заболевания и через 14 дней после старта антибактериальной терапии. КТ органов грудной клетки может проводиться для верификации диагноза, выявления каких-либо осложнений, при неясной рентгенологической картине, рецидивирующем и затяжном течении пневмонии.

– Решение о госпитализации пациента принимается на основании многих критериев, например – возможности обеспечения адекватного ухода за ним. Как правило, госпитализируются коморбидные пациенты, имеющие ХОБЛ, злокачественные заболевания, сахарный диабет, ХБП, ожирение или дефицит массы тела, беременность. Также большое значение имеет неэффективность стартовой терапии на амбулаторном этапе. В решении о госпитализации, конечно, должны учитываться и предпочтения пациента или его родственников, – резюмировала Е.Прохорович.

Юлия ШЕВЧУК,
внешт. корр. «МГ».

Боль моя, ты покинь меня

– Как известно, среди самых частых причин обращения пациента к врачу жалоба на боль в спине – вторая по частоте после ОРВИ, – отметил в начале своего выступления главный ревматолог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры ревматологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Евгений Жилев. – По данным опросов, наличие хронической боли в спине отмечает 24% взрослого населения. Причём после эпизода острой боли около 40% пациентов продолжают её ощущать на протяжении полугода, а 62% имеют рецидивы в течение года, происходит хронизация боли. Источниками неспецифических болевых ощущений в спине могут быть как позвонки (перелом, остеомиелит, метастазы, болезнь Педжета) и межпозвонковые соединения (разрыв фиброзного кольца, артрит или артроз фасеточного сустава), так и мышцы (мышечно-фасциальные боли, энтезопатии, мышечно-тонические боли), а также невральные структуры (дискогенные, артрогенные радикулопатии, невралгии, компрессия седалищного нерва).

На кого следует обратить особое внимание терапевту? По словам Е.Жилева, своего рода «красными флажками» для специалиста первичного звена могут послужить: анамнез злокачественной опухоли, немотивированное снижение массы тела, субфебрилитет или лихорадка, возраст старше 65 лет (высокий риск перелома позвонка), прогрессирующий неврологический дефицит и синдром конского хвоста.

дискомфорт при сидении, а в 50% случаев боль сопровождается синдромом грушевидной мышцы. Сакроилеиты могут быть изолированной проблемой, а также сопровождать инфекции в малом тазу, довольно часто встречаются в рамках спондилоартритов (анкилозирующий спондилит, недифференцированный спондилоартрит, псориатический и артрит при воспалительных заболеваниях кишечника: НЯК или болезни Крона), и редко – в рамках других ревматических болезней (Бехчета, Уиппла, ревматоидный артрит). Крайне редко сакроилеит имеет инфекционный характер. 20-30% хронических болей в спине – это боли воспалительного типа. Почти в половине случаев они оказываются проявлением анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева) или другого спондилоартрита. Во всех остальных случаях боль в спине, вероятнее всего, является проявлением остеоартроза межпозвоночных суставов и/или мышечного гипертонуса. Для подтверждения воспалительного характера боли в спине необходимы 4 из следующих 5 критериев: длительность более 3 месяцев, возраст пациента моложе 40 лет, постепенное начало, улучшение после выполнения физических упражнений, отсутствие улучшения в покое, характерная ночная боль с улучшением при пробуждении, – подытожил профессор.

Отвечая на вопрос, а в каких случаях терапевт направляет пациента на консультацию ревматолога, Е.Жилев пояснил: «Консультация ревматолога показана в случае, если боль возникает в проекции крестцово-подвздошных сочленений или в копчике (кокцидиния), если боль в спине носит воспалительный характер, если боль в спине в сочетании с болью в суставах или энтезисах (местах крепления сухожилий, связок, суставных капсул к костям – Ю.Ш.), в случае неэффективности или непереносимости ранее назначенного ревматологом лечения, а также при обострении ранее диагностированного ревматического заболевания».

В лабиринтах венозного русла

Актуальную тему хронических заболеваний вен (ХЗВ) в практике врача-терапевта осветил ведущий научный сотрудник Института хи-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 7 (2132)

*(Продолжение.
Начало в № 5 от 07.02.2018.)*

8. Также у больных после инсульта или черепно-мозговой травмы могут возникнуть когнитивные и эмоциональные расстройства. Для улучшения состояния когнитивных функций логопед рекомендует различные виды заданий, стимулирующих интеллектуальную деятельность. В тех случаях, когда у пациентов наблюдаются вторичные функциональные наслоения, такие как пониженный фон настроения, фиксированность на своём состоянии, тревожность, раздражительность, негативизм, отказ от речевого общения и пр., формы и методы работы логопеда будут зависеть от особенностей психической деятельности и свойств личности больного. Логопеду важно уметь выстраивать психологически целесообразные отношения с пациентом, направленные на формирование позитивных лечебных и жизненных установок.

Программы логопедической
работы при афазии

Восстановление речевой функции при любой из форм афазии требует системного подхода, то есть подразумевает нормализацию всех нарушенных языковых уровней. Однако при каждой из форм афазии имеются и специфические задачи, связанные с преодолением первичного речевого дефекта (Цветкова, 1979, 2004).

Работа по преодолению вторичных расстройств понимания речи, накоплению активного словаря, нормализации грамматической стороны речи, чтения, письма показана при всех формах афазии, поскольку в той или иной мере эти стороны речи страдают при каждой из них. Объём этой работы определяется степенью выраженности того или иного дефекта, его удельным весом в общей клинической картине данного случая афазии.

Типовые программы восстановительного обучения при разных формах афазии дифференцируются в зависимости от степени выраженности речевого дефекта. Ниже представлены типовые программы восстановительного обучения для разных форм афазий (Шкловский, Визель, 2003).

Моторная афазия афферентного типа
Стадия грубых расстройств:

- преодоление расстройств понимания ситуативной и бытовой речи;
- растормаживание произносительной стороны речи;
- стимулирование простых коммуникативных видов речи;
- стимулирование глобального чтения и письма.

Стадия расстройств средней степени выраженности:

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление и коррекция фразовой речи;
- работа над семантикой слова;
- восстановление аналитико-синтетического письма и чтения.

Стадия лёгких расстройств:

- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи;
- формирование развёрнутой речи, усложнённой по смысловой и синтаксической структуре;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Восстановление письменной речи:

- восстановление связи «артикулема – фонема»;
- восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова;
- восстановление навыка развёрнутой письменной речи.

Моторная афазия эфферентного типа
Стадия грубых расстройств – восстановительная программа та же, что и при афферентной моторной афазии.

Стадия расстройств средней степени выраженности:

- преодоление расстройств произносительной стороны речи;
- восстановление фразовой речи.

Стадия лёгких расстройств:

- дальнейшая коррекция произносительной стороны речи;

- формирование развёрнутой речи, усложнённой по смысловой и синтаксической структуре;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- работа по осмыслению сложных логико-грамматических оборотов речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Восстановление письменной речи:

- восстановление способности к анализу звуко-ритмической стороны слова;
- восстановление способности к звукобуквенному анализу состава слова;

Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде

Федеральные клинические рекомендации

Таблица 2	
Форма афазии	Преодоление первичного речевого дефекта
Афферентная моторная афазия	Восстановление артикуляционных схем отдельных звуков
Эфферентная моторная афазия	Восстановление способности к реализации серийных артикуляционных актов и организации суксесивных речевых рядов
Динамическая афазия	Восстановление функции речевого программирования и/или преодоление расстройств грамматического структурирования
Сенсорная афазия	Восстановление фонематического слуха, т.е. способности к дифференциации на слух близких по звучанию фонем, а на этой основе пониманию речи в целом
Акустико-мнестическая афазия	Расширение слухо-речевой памяти, а также преодоление слабости следов воспринимаемой речи
Семантическая афазия	Устранение импрессивного аграмматизма, то есть восстановление способности к восприятию сложных логико-грамматических оборотов речи

- восстановление навыка слияния букв в слоги, слогов в слова;
- восстановление навыка развёрнутой письменной речи.

Динамическая афазия
Стадия грубых расстройств:

- повышение уровня общей активности больного, преодоление речевой инактивности, организация произвольного внимания;
- стимулирование простых видов коммуникативной речи;
- преодоление расстройств речевого программирования;
- преодоление расстройств грамматического структурирования;
- стимулирование письменной речи.

Стадия расстройств средней степени выраженности:

- восстановление коммуникативной фразовой речи;
- преодоление персевераций в самостоятельном устном и письменном высказывании.

Стадия расстройств лёгкой степени выраженности:

- восстановление спонтанной коммуникативной фразовой речи.

Сенсорная афазия
Стадия грубых расстройств:

- накопление обиходного пассивного словаря;
- стимуляция понимания ситуативной фразовой речи;
- подготовка к восстановлению письменной речи.

Стадия расстройств средней степени:

- восстановление фонематического слуха;
- восстановление понимания значения слова;

- преодоление расстройств устной речи;
- восстановление письменной речи.

Стадия лёгких расстройств:

- восстановление понимания развёрнутой речи;
- дальнейшая работа по восстановлению смысловой структуры слова;
- коррекция устной речи;
- дальнейшее восстановление чтения и письма.

Акустико-мнестическая афазия
Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности:

- расширение рамок слухового восприятия;
- преодоление слабости слухо-речевых следов;
- преодоление трудностей называния;
- организация развёрнутого высказывания.

Семантическая афазия
Стадия расстройств средней и лёгкой степени выраженности:

- преодоление пространственной апрак-тогнозии;

- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Подкорковая/экстрапирамидная

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- снижение степени проявления синдрома ригидности в мышцах речевой моторики;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц артикуляционного аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Мозжечковая

- формирование установки на коррекцию произносительной стороны речи;
- формирование синхронной деятельности отделов дыхания, голосообразования, звукопроизношения;
- развитие подвижности мышц речевого аппарата;
- нормализация речевого дыхания;
- нормализация фонетической окраски звуков;
- восстановление мелодико-интонационной стороны речи;
- развитие контроля над произносительной стороной речи.

Основное внимание в логопедической работе по преодолению корковой дизартрии следует уделять устранению симптомов кинетической и кинестетической апраксии.

Ведение пациентов с дисфонией
Расстройства голосообразующей функции могут быть вызваны периферическими парезами и параличами мышц гортани, которые развиваются вследствие нарушения их иннервации при поражениях нижнего гортанного или возвратного нерва. Причины поражения возвратного нерва могут быть, как сосудистого, так и травматического, генеза. Применение логопедом физиологичных методов восстановления голоса даёт хорошую результативность.

Этапы логопедической работы при дисфонии:

- 1) формирование установки на коррекцию голосовой функции;
- 2) коррекция физиологического и фонационного дыхания;
- 3) тренировки кинестезий и координации голосового аппарата с использованием фонетических упражнений;
- 4) автоматизация правильной фонации при помощи вокальных упражнений на развитие силы, высоты голоса и улучшения мелодико-интонационной стороны речи.

Ведение пациентов с дисфагией
Нарушение функционального взаимодействия структур, участвующих в акте глотания, приводит к тому, что пациент перестаёт полноценно питаться. Дезорганизация сомоторного управления процессом глотания обуславливает появление симптомов нейрогенной дисфагии. Отсутствие или ослабление контроля, слабость лицевых мышц, ограничение движений нижней челюсти, губ, языка, мягкого нёба приводит к затруднению продвижения пищи и жидкости из ротовой полости к глотке.

В остром периоде основная роль по ведению пациентов с нарушениями глотания отводится логопеду.

Этапы логопедической работы при дисфагии:

- 1) подбор питания (выбор модификации диеты и степени загущения жидкости) для

обеспечения энергопотребности организма пациента;

- 2) правильный выбор позиционирования и способа кормления пациента;
- 3) стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта;
- 4) нормализация дыхания и голоса;
- 5) стимуляция акта глотания;
- 6) повышение функциональной активности мышц, участвующих в акте жевания и глотания пищи – жевательных, мимических мышц и мышц языка;
- 7) санация полости рта;
- 8) обучение пациентов и лиц, осуществляющих уход за ними правилам приёма пищи и гигиеническому уходу за полостью рта;
- 9) планирование и подготовка выписного эпикриза с обязательным включением рекомендаций по кормлению больного в домашних условиях.

Методы логопедической работы

Дыхательная речевая гимнастика

Дыхательная гимнастика – комплекс упражнений, направленных на восстановление речевого дыхания и координацию функций дыхания и фонации.

Задачи проведения дыхательной гимнастики: дифференциация носового и ротового дыхания; формирование длительного ротового выдоха под контролем движений диафрагмы и мышц брюшного пресса; выработка умения равномерного, ритмичного распределения воздуха в процессе речевой деятельности.

Дыхательные упражнения в остром периоде должны проводиться с учётом тяжести состояния больного и зависеть от степени его активности. Применяются пассивные и активные приёмы.

Нормализация дыхания в результате выполнения дыхательной гимнастики снижает проявление многих патологических изменений в организме, улучшает функциональную деятельность всех органов и систем, активизирует механизмы саморегуляции и улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

Голосовые упражнения

Голосовая гимнастика – комплекс логопедических мероприятий, направленных на постепенную активизацию и координацию нервно-мышечного аппарата гортани для восстановления полноценной голосовой функции.

Задачи проведения голосовой гимнастики являются: активизация голосового аппарата при гипотонусных расстройствах или снятие излишнего напряжения при гипертонусе; восстановление утраченных кинестических голосоведения, то есть непосредственно самой фонации.

Восстановление голоса необходимо начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию навыка патологического голосоведения и появление невротических реакций у больных.

Логопедический массаж

Логопедический массаж – метод активного механического воздействия, который изменяет состояние мышечной, кровеносной и лимфатической системы; оживляет кинестезии; активизирует трофику тканей. Как одна из важных логопедических техник, массаж способствует нормализации мышечного тонуса артикуляционной и мимической мускулатуры, что в конечном итоге приводит к улучшению произносительной стороны речи и уменьшению эмоционального напряжения.

Основная цель логопедического массажа – устранение патологической симптоматики в мышечной системе периферического отдела речевого аппарата.

Массаж используется в логопедической работе с лицами, у которых диагностируются экспрессивные речевые расстройства. Логопедический массаж может проводиться на всех этапах коррекционного воздействия, но особенно значимо его применение на начальных этапах работы. Нередко массаж является необходимым условием эффективности логопедического воздействия (Дьякова, 2006).

Логопедический массаж осуществляется логопедом в области лица, головы, шеи и верхнего плечевого пояса (воротниковой зоны). В силу этого, логопедический массаж обязательно должен включать все мышцы артикуляционного аппарата (язык, губы, щёки, мягкое нёбо), даже в тех случаях, когда диагностируется поражение мышц лишь на локальном участке.

На основании результатов предварительной диагностики логопед определяет вид массажа, необходимый для данного пациента; составляет комплекс массажных приёмов, определяет последовательность массажных движений, методику их проведения и ориентировочную нагрузку.

В логопедической практике могут быть использованы несколько видов массажа:

- дифференцированный (активизирующий или расслабляющий) массаж, основанный на приёмах классического массажа

- точечный массаж, то есть массаж по биологически активным точкам (активизирующий или расслабляющий)

- массаж с применением специальных приспособлений (шпатели, зондозаменители) или зондовый массаж
- элементы самомассажа.

Выбор последовательности массажных движений и приёмов их выполнения в логопедическом массаже определяется состоянием тонуса поражённых мышц. При повышенном тонусе мышц периферического речевого аппарата (гипертонус) используется расслабляющий массаж, который включает следующие приёмы классического массажа: лёгкие поглаживания, похлопывания, пощипывания; лёгкую вибрацию и точечный расслабляющий массаж. Все движения проводятся по направлению от периферии к центру. При пониженном тонусе мышц периферического речевого аппарата (гипотонус) используется активизирующий массаж, который включает следующие приёмы классического массажа: поглаживание в сочетании с приёмами растирания и разминания; усиленная вибрация; пощипывания и постукивания, а также точечный активизирующий массаж. Последовательность массажных движений в данном случае рекомендуется иная: от центра к периферии.

Артикуляционная гимнастика

Артикуляционная гимнастика – комплекс специальных упражнений, направленных на укрепление мышц артикуляционного аппарата, развитие их силы и подвижности.

Задачи артикуляционной гимнастики: выработка тонких дифференцированных движений органов артикуляции; формирование кинестетической и кинетической основы артикуляционных движений.

Артикуляционная гимнастика проводится в пассивном, пассивно-активном и активном режиме и включают в себя упражнения для мимических мышц, мышц губ, языка, мягкого нёба и нижней челюсти.

В результате выполнения артикуляционной гимнастики улучшается функциональная деятельность органов жевания, глотания и звукопроизношения.

Функциональные тренировки

Преодоление нарушений неспецифических компонентов высшей психической деятельности, таких как речевая инактивность, апсонантность, вязкость, инертность и др., снятие симптомов диашиза (охранительно-го торможения) в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы является важной частью логопедической работы. В целях уменьшения выраженности персевераций, восстановления оптико-пространственных координаций, укрепления мнестической функции, преодоления расстройств мануального праксиса, повышения общей активности больного и функции произвольного внимания проводятся функциональные тренировки.

Функциональные тренировки включают в себя различные виды речевой и неречевой деятельности: выполнение графомоторных упражнений; конструирования; счётных операций; рисования; трактовку пословиц и поговорок; складывание серий сюжетных картин; прослушивание текстов; запоминание групп предметных картинок и слов; заучивание стихов и многое др.

Сочетание применения медикаментозной терапии, назначенной врачом, с выполнением специальных упражнений, проводимых логопедом, функционально активизирует сохранённые, но временно угнетённые зоны головного мозга и способствует интенсивности протекания нейродинамических процессов.

Аппаратные технологии

Применение аппаратных методов лечения в остром периоде инсульта и черепно-мозговой травмы значительно улучшает функциональное состояние центральной нервной системы и повышает мотивацию к логопедическим занятиям, укрепляя сотрудничество логопеда и больного. Использование «обходных путей» и специальных средств воздействия при восстановлении речевых нарушений, повышает качество оказания логопедической помощи.

Для достижения положительного стойкого результата и сокращения сроков восстановительного периода в логопедической работе применяются многофункциональные речевые и дыхательные тренажёры, механические вибраторы, нейромышечные электростимуляторы и др.

Воздействие на различные сенсорные каналы больного через зрительные, слуховые и тактильные сигналы стимулирует функции дыхания, глотания, голосообразования, работу мышц речевого аппарата и мимической мускулатуры; восстанавливает темпоритмическую просодическую стороны речи; улучшает зрительно-моторную координацию и слуховое восприятие; укрепляет функции внимания и самоконтроля; способствует нормализации кровообращения и улучшению трофики тканей.

Информационно-компьютерные технологии (ИКТ)

ИКТ используются в логопедической практике с целью создания электронной базы данных пациентов; ведения и обработки документации; создания дидактических пособий и презентаций занятий; размещения и получение специализированной информации через интернет-ресурсы.

ИКТ также являются средством для повышения эффективности восстановительного обучения и ускорения решения следующих реабилитационных задач:

- стимуляция зрительного и слухового восприятия;
- укрепление произвольного внимания и самоконтроля;
- формирование положительного эмоционального настроя;
- повышение мотивации к логопедическим занятиям.

Обучающие компьютерные программы по сравнению с традиционными методическими средствами обеспечивают новые возможности диагностики и восстановления или компенсации речевых нарушений.

Недопустимые действия при речевых нарушениях

При ведении пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде не допускается:

- заниматься постановкой звуков и повторением алфавита;
- применять на занятиях зеркало при корковой апраксии;
- обсуждать больного в его присутствии и говорить о больном в третьем лице;
- прерывать больного, акцентировать внимание на совершаемых им ошибках в речи (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевого общения);
- полностью опираться на невербальные средства коммуникации;
- отвечать родственникам за больного, способного к минимальному речевому общению (это может вызвать сильную негативную реакцию и привести к полному отказу пациента от речевой коммуникации);
- говорить с больным монотонно, в быстром темпе, длинными фразами;
- предъявлять к больному завышенные требования и разговаривать с больным резким тоном.

Обучение пациентов и их родственников

В остром периоде инсульта или черепно-мозговой травмы часто нарушается взаимоотношение человека с окружающим миром и в той или иной мере изменяется сама личность больного. Всё это приводит к психической и социальной дезадаптации.

На этом этапе важнейшими задачами восстановительной работы является обучение пациентов и их родственников эффективным коммуникативным стратегиям и формирование долгосрочной мотивации на достижение положительного результата.

Для решения данной задачи логопед осуществляет следующие виды деятельности:

1. Проводит разъяснительную работу с больным и его родственниками, направленную на понимание характера имеющихся нарушений у больного. Логопед объясняет доступным языком, какие имеются нарушения у больного и как они влияют на его коммуникативные способности, доводит до сведения, что:
 - афазия – это системное нарушение речевой деятельности человека, а не снижение его интеллектуальных способностей;
 - дизартрия – нарушение произносительной стороны речи;
 - дисфагия – нарушение, которое вызывает у больного затруднения при жевании и глотании пищи;
 - дисфония – это нарушение, связанное с функциональными изменениями в мышцах голосового аппарата.

2. Осуществляет психологическую поддержку больного и его семьи. Учитывая крайне угнетённое состояние пациента, частое проявление приступов раздражения, негативизма и даже агрессии в остром периоде, логопед разъясняет родственникам больного необходимость проявления выдержки и такта в обращении с больным, укрепления веры больного в его выздоровление, а также настраивает их на долгосрочную работу с имеющимися нарушениями. При этом больному и его окружению логопед объясняет, что результативность восстановления во многом зависит от активной позиции самого пациента и его положительного настроя на реабилитацию.

3. Обучает родственников пациента с нарушением глотания приёмам организации рационального питания и позиционирования больного во время кормления.

4. Логопед обучает пациента и родственников распознаванию улучшения в речевой деятельности, так как умение видеть динами-

ку восстановления положительно влияет на больного и его окружение, стимулирует пациента к ещё более активной коммуникации. За время проведения логопедических занятий логопед настоятельно просит родственников пациента отмечать положительные изменения в его речевой деятельности и применять коммуникативные стратегии для облегчения взаимодействия пациента с окружающими его людьми.

5. Обучает родственников и пациента коммуникативным стратегиям и разъясняет необходимость помощи больному с речевыми расстройствами в овладении речью, чтением и письмом.

При выборе подходящих коммуникативных стратегий логопед должен отталкиваться от имеющегося речевого нарушения, понимания сильных и слабых звеньев речевой системы у данного пациента. Так, если нарушения лежат в области экспрессивной речи, то пациенту важно предложить альтернативные способы коммуникации: письмо, жесты, а также научить способом стимулирования речи. Напротив, если трудности в большей степени проявляются в импрессивной речи, то акцент надо сделать на том, чтобы родственники в максимально простой форме могли доносить информацию до пациента.

Коммуникативные стратегии для родственников больного:

Постарайтесь зафиксировать взгляд больного.

Уменьшите, по возможности, посторонние шумы (радио, телевизор), мешающие общению с человеком, у которого нарушена речь.

Начните с простого. Расскажите что-нибудь несложное о себе, а потом задайте вопрос, на который вы сами уже знаете ответ.

Говорите медленно, используя короткие предложения и интонационно выделяя наиболее важные слова.

Выпишите на бумаге ключевые слова. Повторите то, что вы сказали, и покажите больному с афазией ваши записи (больной может использовать их в качестве зрительной опоры).

Помогите больному преодолеть коммуникативный барьер с помощью указаний, жестов, рисунков или письма. Просите больного самого указывать, обозначать жестами, рисовать или писать что-то.

Позаботьтесь о том, чтобы у вас под рукой всегда были бумага и ручка. Записывайте наиболее важные слова, чтобы было легче следить за ходом разговора и вспоминать его содержание.

Помогите больному, обращайтесь вместе с ним к карманному словарю, или книгам с иллюстрациями. Вы можете сделать такой словарь сами. В него включите картинки, пиктограммы и слова, которые важны для человека, страдающего афазией.

Дайте больному время высказаться и не заканчивайте за него предложения.

Старайтесь задавать вопросы, на которые нельзя дать односложный ответ.

Помните, что разговор с больным с афазией требует времени и терпения.

Несмотря на данные рекомендации, если вы всё-таки не сможете полностью понять друг друга, отдохните и попробуйте продолжить разговор позже.

Следующие коммуникативные стратегии подойдут для самого больного:

Имейте при себе ручку и блокнот, чтобы записывать слова или делать зарисовки.

Записывайте слова, которые приходится часто использовать, но не всегда получается. Указывайте на них.

Пытайтесь пояснить, что вы имеете в виду, с помощью жестов или рисунков.

Указывайте на предметы, если не удаётся объяснить что-либо с помощью речи.

Просите вашу семью и друзей о помощи.

Делитесь вашими переживаниями с другими, не держите их в себе.

Очень важно донести эти коммуникативные стратегии до пациента (с учётом тяжести его состояния) и его окружения на самых ранних этапах заболевания, чтобы предотвратить негативные последствия нарушенного взаимодействия и максимально адаптировать пациента и его семью к изменившейся ситуации.

О данных рекомендациях должны быть проинформированы другие члены мультидисциплинарной бригады, чтобы они могли максимально эффективно взаимодействовать с пациентом.

Важно помнить, что на пациенте должна лежать определённая нагрузка по ведению разговора. Таким образом, создаётся благоприятная, поддерживающая, но стимулирующая речевая среда, которая способствует максимизации не только лечебного, но и спонтанного восстановления (Duffy, Fosset, Thomas, 2011; Holland & Fridriksson, 2001; Johnson, Valachovic, & George, 1998).

(Продолжение следует.)

Под редакцией главного специалиста по медицинской психологии Минздрава России профессора Юрия ЗИНЧЕНКО.

«Физиотерапии приказывает долго жить медицинская реабилитация» – так называлась статья в «МГ» (см. № 76 от 11.10.2017) о нелёгком современном изгибе в судьбе целого континента на «медицинской карте», первооткрывателем которого считается великий Гиппократ. «Физиотерапия рассматривается как рядовой мелкий раздел медицины, входящий в титульную специальность, именуемую медицинской реабилитацией», – сетовали её авторы из Северной столицы, представляющие Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова – президент Ассоциации физиотерапии и медицинской реабилитации, главный специалист по физиотерапии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, профессор Вера Кирьянова и доцент Александр Максимов. Сегодня дискуссию продолжает мнение из Нижнего Новгорода.

Присоединение России к международной конвенции о правах инвалидов (2012 г.) поставила перед российским обществом в целом и перед практическим здравоохранением в частности сложную задачу создания системы медицинской реабилитации по международным образцам для инвалидизированных больных. Опыт зарубежных стран по этому направлению не может ни впечатлять. В Германии, Израиле, США и других государствах созданы весьма эффективные варианты систем реабилитационной помощи.

Однако нельзя сбрасывать со счетов ряд отечественных «особинок», которые затрудняют копирование зарубежного опыта без адаптации к реальным условиям. Чтобы быть краткой, назову только две из них: значительная территория со множеством административных образований (21 республика, 9 краёв, 46 областей, 3 города федерального значения, 1 автономная область, 4 автономных округа) и скудное финансирование здравоохранения, что приводит к значительному контрасту в оснащении лечебных учреждений и учреждений медицинской реабилитации в столичных и «провинциальных» регионах.

С первых шагов создания системы помощи населению по медицинской реабилитации (МР) сделано немало в практической медицине и последипломном медицинском образовании для врачей и среднего медицинского персонала. В регионах созданы и работают сосудистые центры для пациентов неврологического и кардиологического профиля (I и II этапы реабилитационного процесса), выделены реабилитационные койки в санаторно-курортных учреждениях и т.д. Всё в порядке и с кадровыми «подпорками»: в течение последних 5 лет подготовлены врачские и сестринские кадры на циклах тематических усовершенствований по различным направлениям медицинской реабилитации, от административно-организационных до лечебно-практических. При всём том изначально не вполне чётко были расставлены акценты в приоритетах и не проанализированы возможности адаптации существующих в мире систем МР для конкретных условий российской медицины.

Так почему же у идеологов формирующейся системы МР в России и вновь создаваемой специальности «Физическая и реабилитационная медицина» (ФРМ) есть желание заменить существующие врачебные специальности, а не присоединить её к ним? Разве не наиболее приемлемый вариант из существующих – учредить под эгидой ФРМ ряд специальностей и готовить врачей по конкретным направлениям, не смешивая под одним названием многообразную массу необходимых знаний и навыков? Ведь в противном случае мы рискуем получить абстрактных «профи» с мешаниной в головах. Следует напомнить, что теоретическое и практическое наполнение в каждой из давно существующих врачебных специальностей немедикаментозного ряда («Физиотерапия», «Рефлексотерапия», «Лечебная физкультура и спортивная ме-

работающих людей, в конечном итоге, определяющие показатели общего благосостояния наших соотечественников с ограниченными возможностями.

При всей значимости, объёмности и новизны проблемы совершенствования медицинской и социальной помощи инвалидам не позволительно забывать о лечебной и профилактической задачах медицины и строить подготовку врачей по специальностям немедикаментозного ряда.

программ и так далее. Вместе с тем, формируя полноценную систему медицинской реабилитации в стране, необходимо помнить и об элементарной необходимости оказания немедикаментозной помощи обычным, трудоспособным пациентам, любого возраста, уставшему трудоспособному населению, школьникам и остальным детям. Но трудоспособные граждане априори не могут получать полноценное лечение и оздо-

патологическими состояниями. Как правило, с включением в комплекс терапии немедикаментозного пласта качество жизни у трудоспособного контингента повышается в среднем на 28-45%, пролонгируется медикаментозное лечение, позволяя врачам уменьшать дозы лекарственных препаратов, в результате чего снижается токсическая нагрузка на организм.

Немедикаментозные технологии в российской медицине всегда занимали достойное место при вы-

Дискуссии

Какое будущее у нашей физической и реабилитационной медицины?

На фоне увлечённости созданием новых специальностей утрачиваются базовые знания врачей старой школы



Объём знаний и умений, положенных представителю специальности «медицинский массаж», весьма значителен

дицина», «Мануальная терапия», «Медицинский массаж») вполне конкретно и весьма объёмно. У каждой из них есть свой паспорт, разработанные учебные программы и длительный период практического применения в лечебной работе, профилактике заболеваний при амбулаторном и санаторно-курортном применении.

Вновь создаваемая специальность ФРМ, к сожалению, не сможет включить все теоретические выкладки и грандиозный объём практических навыков, имеющийся в специальности «Физиотерапия», «Рефлексотерапия», «Лечебная физкультура и спортивная медицина» и «Мануальная терапия». Она, при условии тщательной предварительной подготовки вопроса (чего, к сожалению, пока не наблюдается), может стать только дополнением к врачебной и/или сестринской специальности. Либо, как обсуждается некоторыми нашими коллегами, вообще не будет требовать медицинского образования, тогда это выйдет за рамки подготовки медицинских специалистов и станет хорошим кадровым обеспечением социальной составляющей медицинской реабилитации.

Из-за разногласий во мнениях вокруг создания новой специальности, которая в подавляющем объёме ориентирована на инвалидов, существует риск отодвинуть трудоспособных граждан от немедикаментозного пласта лечебных и оздоровительных технологий, которые, как известно, не в последнюю очередь, поднимают качество жизни, оказывают влияние на производительность труда и экономическую стабильность в обществе. А ведь именно состояние здоровья и качество жизни

У специальности ФРМ имеется своё наполнение, по объёму сопоставимое с программами подготовки по каждой из упомянутых врачебных специальностей. На мой взгляд, фундаментом дисциплины, в отношении которой сегодня ломаются копья, должны стать оптимальные сочетания лечебно-реабилитационных методов для инвалидизированных пациентов с наличием реабилитационного потенциала либо набора технологий поддержания жизнеспособности и ухода за инвалидами без перспектив улучшения функций по конкретным нозологическим направлениям – травматологии-ортопедии, неонатологии и педиатрии, кардиологии, неврологии, онкологии.

Наполнение будущей специальности – это медикаментозные и немедикаментозные технологии, позволяющие создавать и поддерживать реабилитационный потенциал инвалидов, индивидуальные и потоковые своевременные маршруты для них при переходе на последующие этапы медицинской реабилитации, чётко разработанные комбинации медикаментозных и немедикаментозных технологий в зависимости от профиля инвалидизирующего заболевания для повышения реабилитационного потенциала, навыки создания индивидуальных реабилитационных

программ в рамках специальности ФРМ, ибо не относятся в «мировом» смысле к системе медицинской реабилитации. А система-то немедикаментозной терапии существует давно и хорошо себя зарекомендовала при долечивании обычных заболеваний, противорецидивном лечении хронических патологий, профилактическом применении и долечивании пациентов в детской практике, что в конечном итоге приводит к профилактике инвалидизации.

В настоящее время чрезвычайно востребовано немедикаментозное лечение часто болеющих детей и подростков с целью выздоровления и повышения качества их жизни в случаях инфицирования вирусом Эпштейна – Барр, профилактики развития бронхиальной астмы. Весьма эффективны сочетанные немедикаментозные технологии в комплексном лечении сколиозов у детей на фоне врождённых дисплазий соединительной ткани. Немедикаментозный компонент, безусловно, важен в эффективности каждого курса стационарного лечения для взрослых пациентов с различными метаболическими проявлениями, гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2-го типа, дислипидемиями, хроническими цереброваскулярными заболеваниями, заболеваниями позвоночника и крупных суставов, иммунодефицитными и другими

полнении лечебных, реабилитационных и оздоровительных задач. Создание врачебных специальностей по направлениям: физиотерапия, лечебная физкультура и спортивная медицина, а позднее – рефлексотерапия и мануальная терапия, произошло на основе богатейшей экспериментальной и клинической научной базы, воздвигнутой нашими крупными врачами-исследователями, ушедшими и ныне здравствующими (В.Боголюбов, А.Шейна, Н.Гиллинская, В.Кирьянова, В.Улащик, Л.Комарова, Е.Кучина, Э.Орехова, В.Гойденко, В.Вогралик, А.Василенко, Л.Агасаров, Г.Егорова, А.Качан, Э.Тыкочинская, Д.Табеева, А.Чоговадзе, В.Дробышев, Н.Давыдкин, А.Яшков, Т.Кулишова и многие другие).

Каждая из перечисленных специальностей немедикаментозного ряда, сверх индивидуальной теоретической базы, впитала большой объём уникальных технологий, требующих для профессионального освоения длительной подготовки. Системорегулирующее действие на человеческий организм немедикаментозных технологий, помимо снятия симптомов заболевания, санации конкретного очага патологии, обладает свойством повышения качества жизни пациентов за счёт компенсаторно-приспособительных механизмов. А это уже другой уровень лечебного «прессинга», посредством которого достигаются терапевтические результаты и который в отличие от медикаментозных технологий выступает своего рода индуктором повышения качества жизни пациентов благодаря неспецифической регуляции жизнеобеспечивающих функциональных систем организма.



ЛФК – только один из немедикаментозных методов терапии, занимающих пока ещё достойное место в лечебном процессе

Медикаментозная терапия затрагивает биохимический гомеостаз. А немедикаментозная – биофизическую регуляцию. Для последней характерно сочетание эффектов быстрого снятия симптомов, развивающихся преимущественно за счёт нервно-рефлекторной регуляции, и отсроченного действия в силу накопления в ходе лечения эффектов нормализации клеточно-тканевого равновесия в органах за счёт регенераторно-трофического действия.

Немедикаментозные медицинские технологии существенно повышают не только клинические эффекты комплексного лечения, но и качество жизни трудоспособного населения с синдромом усталости, после перенесённых заболеваний, а также инвалидизированных больных, пациентов с перспективой возврата к труду и без таковой, что иллюстрируется многочисленными диссертационными работами, защищаемыми по комплексной специальности 14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия. В сравнительных исследованиях при отсутствии в группах наблюдений НМТ качество жизни пациентов сразу после лечения и в отсроченные периоды достоверно ниже, чем при применении немедикаментозных технологий.

Российское общество, безусловно, должно создавать равные условия для всех граждан, в том числе инвалидов, но при современном акценте усилий государства и медицинских специалистов на развитие системы медицинской реабилитации нельзя забывать, что лечебная и оздоровительно-профилактическая помощь трудоспособному населению позволит с позиций экономики более полноценно развивать и названную систему. Поэтому в лечебной и оздоровительно-профилактической работе с активным применением в лечебных и оздоровительных программах немедикаментозных технологий по врачебным специальностям (физиотерапия, рефлексотерапия, лечебная физкультура, мануальная терапия) никак не обойтись без профессионалов в каждой из перечисленных областей.

А раз так, то достижения предыдущих лет не стоит уничтожать и примитивизировать при их безусловной необходимости современному обществу в условиях роста иммунодефицитных состояний, врождённых тканевых дисплазий у детей и подростков в нервной, опорно-двигательной, эндокринной системах, приводящих к массивному росту аллергизации населения и росту онкологических заболеваний в возрастных группах трудоспособного населения.

Вместе с тем нельзя не приветствовать расширение перечня специальностей, в большом объёме имеющих в качестве врачебных компетенций применение немедикаментозных диагностических и лечебных технологий в соответствии с международными стандартами, в частности, создание новой специальности «Физическая и реабилитационная медицина», которую, кстати говоря, реально можно планировать наполнять процентов на 40-80 немедицинскими кадрами. Ведь на II и III этапах медицинской реабилитации многие инвалиды нуждаются в большей степени в уходе или восстановлении навыков самообслуживания. И эти немедицинские специалисты смогут работать под руководством грамотных врачей не только по профилю повреждённой системы (неврология, кардиология, травматология и ортопедия, педиатрия-неонатология, онкология и т.д.), но в различных отраслях немедикаментозного лечения.

Отечественные научные и практические школы физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины, мануальной терапии известны своей доказательностью во всём мире. На фоне увлечённости созданием новых специальностей начинает процветать недооценка значения врачей-специалистов немедикаментозной медицины в лечебной и оздоровительно-профилактической деятельности. Новые смешанные специальности, такие как ФРМ, просто не смогут полностью заменить грамотных специалистов с полноценными теоретическими и практическими навыками в физиотерапии и рефлексотерапии, кинезиологии и мануальной терапии, поскольку имеют другие цели и задачи.

Технологии физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и мануальной терапии по традициям советской и российской медицины обладают ведущим качеством, которое кратко определяется как суммационные регенераторно-трофические эффекты, а это в результате – и здоровье, и качество жизни, и замедление процессов естественного старения, и создание лечебно-реабилитационного потенциала для детей, трудоспособных взрослых, инвалидов.

Существование в российской медицине физиотерапии, рефлексотерапии, лечебной физкультуры и спортивной медицины, мануальной терапии необходимо рассматривать как уникальное достижение отечественной медицины, сохранять и развивать, несмотря на создание новых специальностей, которые будут затрагивать только пласт инвалидизированных пациентов. Ну как в наизидание не вспомнить опыт введения новой специальности «восстановительная медицина» в 1997 г., который закончился серьёзным разочарованием. В неё авторы вводили и медицинскую реабилитацию как раздел. Отсутствие чёткой клинической наполненности привело к закрытию специальности.

Вне сомнения, специальность «Физическая и реабилитационная медицина» необходима, но ни в коем случае не заменит существующие вышеназванные врачебные специальности. По своей сути она – отражение новой организационно-административно-лечебной системы на стыке многочисленных дисциплин и подходов: может рассматриваться не только, как врачебная специальность, но и как специальность для социальных работников. Имея определённую значимость для оптимизации организации помощи инвалидам, ФРМ не вправе претендовать на всеобъемлющие научно-практические знания и компетенции медицинских специалистов по уже существующим врачебным специальностям немедикаментозной медицины.

Трудоспособный контингент общества, создающий экономический ресурс для развития медицинской системы в целом и укрепления недостаточно организованных отраслей, к которым, в частности, относится и медицинская реабилитация, должен получать полноценную специализированную лечебную и оздоровительную помощь, которая заключается чаще всего в сочетании медикаментозного и немедикаментозного видов лечения.

Татьяна БЕЛОУСОВА,
заведующая кафедрой
медицинской реабилитации
и физиотерапии факультета
повышения квалификации врачей
Нижегородской государственной
медицинской академии,
член Ассоциации физиотерапии
и медицинской реабилитации,
доктор медицинских наук,
профессор.

Нижний Новгород.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.

Пресс-конференции

Когда страх уходит...

Успехи в борьбе с детскими онкозаболеваниями впечатляют, но и проблем предостаточно



Специалисты не уходят от острых вопросов

Ещё несколько лет назад разговор о злокачественных новообразованиях у детей вызывал страх, боль, отчаяние. Сегодня ситуация ощутимо меняется.

Сейчас о раке нужно говорить с чувством надежды на выздоровление, считает заместитель генерального директора – директор Института управления трансляционной медицины Национального медицинского исследовательского центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва профессор Светлана Варфоломеева.

– Современное стандартизованное лечение с использованием жёстких режимов протоколов терапии, без внедрения новых лекарственных агентов и форм, привело к тому, что выживаемость в нашей стране среди детей, страдающих от новообразований, за 10 лет повысилась с 10 до 80%. Этот опыт является уникальным для всего мира, – заявила С.Варфоломеева на пресс-конференции, приуроченной к Международному дню детей, больных раком.

– Всемирная организация здравоохранения признаёт действия российских детских онкологов успешными, – подтвердил представитель Европейского офиса ВОЗ Жоао Бреда.

Как отметил директор Департамента науки, инновационного развития и управления медико-биологическими рисками здоровья Министерства здравоохранения РФ Игорь Коробко, Минздрав постоянно работает над совершенствованием онкологической помощи детям, включая создание и донесение до регионов методических рекомендаций. В минувшем году в Порядки оказания медпомощи по профилю «детская онкология» были внесены изменения, которые жёстко определяют временные рамки по проведению диагностики онкозаболеваний. Центр им. Дмитрия Рогачёва, получивший статус национального, направляет усилия на тесное взаимодействие с регионами, доведение до них лучших практик, устранение проблемных ситуаций и экспертную помощь.

Ежегодно в России выявляется 3,5-4 тыс. детей с онкозаболеваниями. Единовременно под

наблюдением в онкологических учреждениях находится около 24 тыс. ребятишек в возрасте от 0 до 17 лет. При этом более половины злокачественных новообразований у детей – гемобласты.

По словам И.Коробко, если острый лимфобластный лейкоз выявляется на ранней стадии, то излечение наступает в 80% случаев, а для лимфогранулематоза – в 95%, если же – на поздних стадиях, то в 18 и 32% случаев. Вот почему так важно диагностировать онкопатологию как можно раньше.

– Должна быть настороженность в отношении онкологических заболеваний на уровне первичного звена, – подчеркнул И.Коробко.

Его поддержала С.Варфоломеева, отметив ряд насущных проблем в отношении диагностики.

– Острый лейкоз имеет яркую клиническую картину и его очень быстро определяют по изменениям параметров крови, – сказала профессор.

Но не столь оптимистична ситуация, когда речь идёт о солидных опухолях, опухолях головного мозга. В большинстве случаев они выявляются у детей позже, чем у взрослых, уже в распространённой, запущенной стадии.

Поэтому специалисты центра им. Дмитрия Рогачёва каждый месяц выезжают в регионы РФ с целью распространения информации о ранних симптомах онкопатологии.

По словам профессора, количество случаев детского рака, особенно у новорождённых и детей раннего возраста, количество форм семейного рака растёт. (Есть определённые виды мутаций, которые могут увеличить риск развития злокачественного новообразования.) Поэтому очень важно создание и распространение современных моделей генетического анализа. Именно для этой группы взрослых и детей должны быть созданы скрининговые программы, диагностические панели, на основании которых можно сказать: есть патология гена или нет. Именно эти дети нуждаются в очень пристальном наблюдении.

Что касается лечения онкологических заболеваний, то успешность зависит не только

от ранней диагностики, но и от обеспеченности инновационными препаратами и строго соблюдения технологий. К сожалению, детская онкология, по мнению С.Варфоломеевой, развивается с опозданием.

– Клинические испытания на детях проводятся только после того, как пройдут все исследования на взрослых, – напомнила она. – Это привело к фантастическому отставанию в области детской онкологии в мире – всё, что было опробовано на взрослых и разрешено, только спустя 5-10 лет начинает отрабатываться в детской когорте пациентов.

С.Варфоломеева высказала свою точку зрения и на дженерики:

– У меня большая боль в отношении дженериков, связанная с тем, что анализ токсичности, биологической эквивалентности и активности этих препаратов по тем законодательным актам, которые имеются в России, не проводится.

По словам И.Коробко, одним из глобальных трендов сегодня является персонализация лечения, в том числе определяемая генетическими особенностями каждого человека.

– С молекулярной точки зрения, каждая опухоль уникальна, – отметил он. – И это влияет на лечение, на то, насколько оно будет успешно, какие препараты будут оптимальны в конкретном случае. Сейчас тенденция – проводить классификацию онкологических заболеваний не по происхождению опухоли, не по какому-то морфологическим признакам, а именно на основании молекулярного портрета. Эти же особенности могут использоваться для неинвазивной или мало инвазивной диагностики онкологических заболеваний на ранних стадиях.

В России, да и во всём мире, злокачественные новообразования являются первой по значению медицинской причиной смерти детей (среди общих причин лидируют травмы). Поэтому так важно сделать доступной для каждого ребёнка квалифицированную помощь как диагностическую, так и лечебную и реабилитационную.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

В настоящее время острый диарейный синдром остаётся актуальной научной и практической проблемой как инфекционной, так и неинфекционной патологии. Довольно длительное время среди врачей преобладало мнение, что диарею при развитии любого заболевания необходимо как можно быстрее любыми способами прекратить. Возникает вопрос: при большинстве болезней человека диарея – это защитный симптом, призванный облегчить состояние больного при развитии патологического процесса, или патологический симптом, усугубляющий состояние пациента? Конечно, на этот вопрос нет однозначного ответа, в медицине редко бывает только белое или чёрное, и даже у одного пациента при развитии одного заболевания в различные периоды болезни диарея может носить специфический характер.

Следует отметить, что проблема патологии желудочно-кишечного тракта в последние годы вышла за рамки гастроэнтерологии и инфектологии по нескольким причинам. Приведу только некоторые из них: 1) до 70% клеток иммунной системы человека находится в кишечнике; 2) микробиота человека более чем на 90% персистирует в желудочно-кишечном тракте; 3) огромное количество болезней человека, а именно, аутоиммунные, психические, онкологические, аллергические, системные и т.д. в настоящее время связывают с нарушением микробиоты человека.

В связи с этим понятно, что при любых болезнях человека восстановление гомеостаза кишечника является очень важной задачей. В то же время есть уверенность, что диарея при развитии острых кишечных заболеваний в остром периоде болезни является защитной реакцией организма на внедрение патогена.

Организм больного человека пытается как можно быстрее вывести из кишечника патогенные микроорганизмы и/или их токсины. При лечении острых диарейных инфекций основные усилия должны быть направлены на этиологическую (когда это необходимо: шигеллёз, иерсиниоз, холера, кампилобактериоз, амёбиаз и т.д.) и/или патогенетическую (коррекция водно-электролитных расстройств, снижение воспаления) стороны патологического процесса, но не на искусственное прекращение диареи.

В подтверждение вышеизложенного приведу два клинических примера.

Пример № 1

Больная К. поступила в Инфекционную клиническую больницу № 2 (ИКБ № 2) Департамента здравоохранения Москвы с направительным диагнозом: «Гнойный менингит (неуточнённый)». Осложнения: инфекционно-токсический шок.

Из анамнеза: 4 дня проходила лечение в ГКБ № 71 по поводу острого бронхита. Проводимое лечение: цефтриаксон, азитромицин, бисопролол. Была выписана в удовлетворительном состоянии. Также следует отметить, что больная являлась инвалидом 2-ой группы, не работала в связи с наличием у неё органического заболевания ЦНС, наблюдалась у психоневролога и получала плановую терапию.

Через 7 дней после выписки из стационара у больной возник озноб, высокая лихорадка и диарея без примесей слизи и крови. Пять дней и до поступления в ИКБ № 2 больная лечилась имодиумом (лоперамид). На фоне лечения диарея быстро прекратилась, но состояние пациентки при этом прогрессивно ухудшалось: сохранялась высокая температура тела, выраженная слабость, вздутие живота, появилось нарушение сознания. Врач скорой помощи госпитализировал пациентку в ИКБ № 2.

Больная поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии (минуя приёмное отделение). Состояние при поступлении крайне тяжёлое. Тяжесть состояния была обусловлена полиорганной недостаточностью, которая проявилась развитием синдрома системной воспалительной реакции (температура тела 40°C). При осмотре живот был вздут, стула не было, перистальтика не выслушивалась и при УЗИ не определялась. Помимо этого при УЗИ были выявлены изменения стенок ободочной кишки по типу выраженного колита.

Данное состояние было расценено как криптогенный сепсис.

В клиниках и лабораториях

Облегчить или усугубить?

Некоторые ошибки при лечении диарейного синдрома в практике врача

Необходимо отметить, что при развитии острой полиорганной недостаточности у больного с острой инфекционной патологией и синдромом системного воспаления во многих случаях высказывается предположение о наличии сепсиса, что неверно. Например, у данной больной при поступлении в стационар, в процессе обследования, а также в последующем на секции не было выявлено ни первичного гнойного очага, ни септических метастазов; также не было выявлено инфекционных агентов при посевах крови на стерильность и при проведении ПЦР-диагностики для выявления ДНК наиболее часто встречаемых возбудителей сепсиса. Не было выявлено патогенных возбудителей в кишечнике при исследовании секционного материала. Помимо этого, не наблюдалось увеличения селезёнки, и количество тромбоцитов в динамике болезни было нормальным или повышенным.

Вероятно, у больной изначально имела место острая диарейная инфекция, (возможно, в сочетании с дисбиозом кишечника после антимикробной терапии по поводу бронхита), при которой на фоне неоднократного приёма лоперамида возник феномен гипертранслокации антигенов нормальной грамотрицательной флоры кишечника и патологической микрофлоры через кишечную стенку с последующим развитием цитокинового каскада («цитокиновые бури») и полиорганной недостаточности.

В день поступления в стационар больная была консультирована хирургом по поводу кишечной непроходимости, проведена диагностическая лапаротомия, при которой была выявлена динамическая кишечная непроходимость и серозный перитонит. В последующем больная находилась в отделении реанимации. Проводилась искусственная вентиляция лёгких, контроль гемодинамики с применением вазопрессоров, иммунокорригирующая терапия (применение иммуноглобулинов внутривенно), антибактериальная терапия, селективная деконтаминация кишечника, полное парентеральное питание, профилактика эрозивно-язвенного поражения ЖКТ, стимуляция анаболизма, также проводилась гемофильтрация.

Среди суждений о диагнозе высказывалось предположение

о наличии псевдомембранозного колита, однако для последнего не характерно острое начало болезни с выраженной лихорадкой; кроме того, с первого дня пребывания в стационаре больная получала ванкомицин, являющийся препаратом выбора для лечения псевдомембранозного колита, но при этом не наблюдалось никакого эффекта. При обследовании в отделении реанимации и по результатам секции не были обнаружены ни сама *C.difficile*, ни её токсин.

Несмотря на активную терапию, состояние больной не улучшалось, и внезапно произошла асистолия. Проведённые реанимационные мероприятия привели к восста-

возможном влиянии ятрогенных причин на летальный исход. Необходимо отметить, что лоперамид имеет клинические показания к применению (например, при синдроме раздражённой кишки), но при острых диарейных инфекциях использоваться не может.

Пример № 2

Больная С., 78 лет, поступила в ИКБ № 2 с направительным диагнозом: «Пищевая токсикоинфекция, тяжёлое течение. Осложнения: инфекционно-токсический шок».

Из анамнеза: заболела накануне вечером, когда на фоне полного здоровья возникло познание, умеренная схватко-

образная боль в нижних отделах живота, повысилась температура тела до 37,6°C, появилась тошнота и дважды был обильный кашицеобразный стул без патологических примесей. Больная своё заболевание связала с употреблением салата, с её слов он «долго» хранился в холодильнике. Необходимо отметить (со слов дочери), что пациентка страдала атеросклерозом сосудов головного мозга, сердца и почек, что проявилось в развитии ишемической болезни сердца, энцефалопатии (резкое снижение кратковременной памяти), хронической почечной недостаточности.

Дочь пациентки оказала маме первую помощь. Развела 1 литр препарата «Регидрон», дала спазмолитики. Утром дочь застала маму лежащей на кровати практически без сознания. Вызванная скорая помощь госпитализировала больную в реанимационное отделение ИКБ № 2.

При поступлении состояние крайне тяжёлое, которое было обусловлено развитием инфекционно-токсического шока с явлениями полиорганной недостаточности. Полиорганная недостаточность проявлялась в виде синдрома системного воспаления (температура тела 38,4°C, лейкоциты крови $14,2 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево), отёком головного мозга (12 баллов по шкале Глазго), дыхательной недостаточностью в виде респираторного дистресс-синдрома (частота дыхания до 36 в минуту, сатурация гемоглобина 72%, индекс оксигенации – 140). Живот у пациентки был вздут, перистальтика выслушивалась, стула в отделении не было. Через 40 минут от момента поступления в реанимацию у больной наступил летальный исход.

Диагноз на момент смерти: «пищевая токсикоинфекция (неуточнённая), тяжёлое течение». Осложнения: инфекционно-токсический шок, полиорганная недостаточность.

Диагноз пищевой токсикоинфекции сомнений не вызывал, так как у больной наблюдалось классическое острое начало болезни с интоксикационным синдромом и синдромом поражения желудочно-кишечного тракта, связь с приёмом некачественной пищи. В то же время, причина развития инфек-

ционно-токсического шока была непонятна. Что это? Генерализованная бактериальная инфекция с диарейным синдромом, которая в первые сутки от начала болезни привела к развитию инфекционно-токсического шока у пожилой пациентки? Криптогенный сепсис с развитием септического шока? Острый инфекционный эндокардит с поражением левых отделов сердца с развитием молниеносного шока? Всё это не укладывалось в анамнез и клинические данные у больной.

Перед тем, как отправлять пациентку в морг, медсестра заметила, что из прямой кишки пациентки торчит кусочек ткани. Каково же было удивление медперсонала, когда из прямой кишки была извлечена целая наволочка на подушку. По всей видимости, больная на ночь сделала себе «затычку» в прямой кишке, так как боялась испачкать постельное бельё. Последствием данного действия явилось резкое ухудшение состояния к утру следующего дня. Антигены, токсины или целые патогенные и условно патогенные микроорганизмы на фоне острой диарейной инфекции вместо того, чтобы выходить из организма естественным путём, начали проникать за пределы кишечного тракта, что привело к развитию эндотоксического шока.

Труп направлен на вскрытие с диагнозом: «пищевая токсикоинфекция (неуточнённая). Инородное тело прямой кишки с полной обтурацией просвета». Осложнения: инфекционно-токсический шок, полиорганная недостаточность.

На секции диагноз подтвердился: был выявлен катарально-эрозивный колит с преимущественным поражением дистальных отделов, умеренный серозный перитонит, также признаки генерализованного ДВС-синдрома и «болезни пожилых людей»: атеросклероз, жировой гепатоз, изменения почек.

* * *

Итак, представлены два клинических случая острых диарейных инфекций с неблагоприятным исходом, который развился вследствие блокирования эвакуаторной функции кишечника внешними факторами (в одном случае механическим, в другом – фармакологическим воздействием).

Как отмечалось, развитие дисбиоза кишечника может быть одним из факторов развития многих болезней человека. В большей части это связано с эффектом повышенной антигенной стимуляции за счёт транслокации липополисахаридов из просвета кишечника в системный кровоток (эффект гипертранслокации). У больных, находящихся в критическом состоянии, развитие полиорганной недостаточности также связывают с эффектом гипертранслокации. В связи с этим совершенно очевидным остаётся тот факт, что при острых диарейных инфекциях, когда, помимо эффекта дисбиоза кишечника, присутствует ещё экзогенный патоген и/или его токсин, любое искусственное прекращение диареи, снижение секреции или снижение перистальтики представляется чрезвычайно опасным, может привести к резкому усугублению тяжести течения инфекционного процесса и даже к летальному исходу. Поэтому лечение диарейного синдрома должно быть направлено на этиологический агент (при наличии показаний), борьбу с водно-электролитными нарушениями, при необходимости – снижение активности воспаления, но ни в коем случае не на искусственное прекращение диареи как симптома.

Павел ФИЛИППОВ,
профессор
кафедры инфекционных
болезней и эпидемиологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.

Традиционно в ходе первого в этом году заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга ведущие аналитические компании подвели итоги 2017 г. и озвучили прогнозы на текущий год. Как это уже было не раз, единодушия между экспертами не наблюдалось, они вновь разошлись в оценке российского фармрынка.

Туда – сюда

2017 г. начался весьма оптимистично – рынок развивался достаточно активно, но уже во втором полугодии показатели по всем сегментам начали снижаться: по итогам года рынок вырос всего на 3%, а его суммарный объём (не включая БАД и дополнительный ассортимент) составил 1,2 трлн руб. и 5,3 млрд упаковок. Такие данные представила в своём докладе генеральный директор компании ALPHARM Анна Ермолаева.

Структура фармрынка остаётся неизменной в течение нескольких лет, 70% – это сегмент ритейла, который показывает самые высокие темпы роста в национальной валюте (+8%). Сегодня в России по данным ALPHARM работает 63,6 тыс. аптечных учреждений. В целом, количество аптечных точек по итогам года увеличилось на 6%. При этом было закрыто 5,1 тыс. точек, открыто 8 тыс. и 2 тыс. – это пересечения, когда на старых местах открылись другие аптеки.

Ещё один тренд – консолидация этого сегмента рынка. ТОП-20 аптечных сетей по итогам 2017 г. занимают 38% рынка. Среди безусловных лидеров по приросту аптечных продаж – Краснодарский, Ставропольский края, Московская, Нижегородская, Воронежская области. За анализируемый период ТОП-20 регионов консолидировали 65% розничного рынка.

Доля крупнейших игроков (по объёму продаж, входящих в ТОП-100 корпораций) составляет 88% объёма розничного рынка в национальной валюте. Основной вклад в прирост розничного сегмента по итогам года внесли следующие группы препаратов: средства для лечения желудочно-кишечного тракта (19%), дыхательной и сердечно-судистой системы (16 и 14% соответственно). При этом сегмент ОТС-препаратов рос быстрее, нежели рецептурных (+13 и +9% соответственно). Распределение между российскими и импортными ЛС на коммерческом рынке составило 32 и 68% (в национальной валюте). Из общего объёма лекарств, продаваемых в аптеках, лишь 32% входят в Перечень жиз-

ненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Однако если оценивать этот параметр в упаковках, то он составляет почти 45%.

Государственный сектор рынка характеризуется неровными динамиками. В клиническом сегменте (стационары и амбулаторно-поликлинические учреждения) по итогам 2017 г. отмечается наибольшая отрицательная динамика (–19%). «В первую очередь, это связано с сокращением койко-мест в больницах и увеличением дневных стационаров, которые финансируются через

дрения обязательной маркировки ЛС.

Фармацевтический рынок в 2018 г. продолжит рост, но аналитики весьма сдержаны в своих ожиданиях. Согласно прогнозу ALPHARM, в 2018 г. он не превысит 7%.

Собираются и плачут...

– Фарма всё чаще начинает напоминать аграриев. При каждом удобном случае они «плачут», что всё плохо – засуха, неурожай, при этом интерес к агробизнесу растёт, прибыль увеличивается, но такой

ли сердечно-сосудистые препараты и для лечения костно-мышечной системы.

Ещё один устойчивый тренд последних лет – переход на более дешёвые дженерики. Доля оригинальных препаратов продолжает сокращаться и в рублях, и в упаковках. При этом рынок в деньгах в большей мере растёт за счёт препаратов, не входящих в Перечень ЖНВЛП, а в упаковках ровно наоборот.

Переходя к прогнозу на 2018 г., аналитик охарактеризовал его такой фразой – «пессимизм на фоне оптимизма».

считают в компании. Однако по итогам 2017 года, IQVIA представила самые оптимистичные цифры среди других аналитических агентств: +9% рост рынка в целом и +2% – в упаковках. Однако розница по подсчётам компании выросла всего лишь на 5%. «Это минимальный процент, который мы наблюдали за всю историю анализа», – подчеркнул А.Каляпин.

В 2017 г. основной прирост рынка произошёл за счёт реализации государственных программ (+20% – госпитальный сегмент и +29% – сегмент региональной льготы).

Итоги и прогнозы

Переменная облачность

Аналитики прогнозируют сдержанный рост фармацевтического рынка на 2018 г.

целевой сегмент, – пояснила аналитик. – В целом на долю стационаров приходится 93% от общего объёма поставок лекарственных средств».

Что касается льготного сегмента, то картина более оптимистичная, прирост по итогам года составил 6%. В подсегменте высокочастотных нозологий большую часть (63%) составляют отечественные лекарственные препараты (в том числе произведённые на локализованных производствах). В целевом сегменте лекарственного обеспечения фармрынка (в него входят федеральные и региональные целевые программы по ряду нозологий (гепатиты В и С, туберкулёз, сахарный диабет, психические расстройства и т.д.), закупки ведомственных организаций) также отмечается положительная динамика роста (+6%).

Одна из основных тенденций 2017 г., которая найдёт своё отражение и в 2018 г. – консолидация розничного сегмента. Новый тренд – интегрированные аптечные сети. Среди других тенденций: перераспределение объёмов финансирования между государственными сегментами рынка, перевод государственных аптечных сетей (МУП, ГУП) на закупки в рамках международных непатентованных наименований; новый канал аптечных продаж – дистанционная торговля ЛС; новая методика и правила регистрации и перерасчёт цен на ЛС из Перечня ЖНВЛП; проект ФАС, обязывающий аптеки предлагать дешёвые аналоги препаратов; изменение сроков вне-

рефрен продолжается из года в год, – предупредил своё выступление генеральный директор компании DSM Group Сергей Шуляк.

Тем не менее, по его словам, предпосылки для кардинального изменения ситуации на фармацевтическом рынке нет. Прежде всего, это связано с общей экономической ситуацией в стране. «Доходы населения падают. Соответственно это отражается на обороте розничной торговли, по многим сегментам он упал катастрофически», – констатировал аналитик.

По подсчётам DSM Group, за 2017 г. прирост фармрынка составил 6,9%, его суммарный объём превысил 1,6 трлн руб., по упаковкам отмечается слабый рост в 3,5% в рознице. Ценовой фактор также внёс свой вклад в рост аптечного рынка. В большей мере это было связано с изменением структуры продаж в пользу более дорогих ЛС. Сильнее всего вырос ценовой сегмент «свыше 500 руб.» – на 12% в рублях и на 13% в упаковках. Тем не менее, несмотря на высокую выручку препаратов с ценой выше 150 руб., у потребителей остаётся популярным сегмент с ценой до 50 руб. – в упаковках доля таких лекарственных препаратов занимает около 40%.

Отсутствие высокой «сезонной» заболеваемости в 2017 г. не дало рынку расти быстрее. Самый большой прирост среди АТС групп препаратов отмечался в подгруппе средств для лечения желудочно-кишечного тракта. Также в тройку лидеров вош-

– Будет шикарно, если рынок достигнет отметки +5%. Будет не плохо, если не уйдём в минус. Надеюсь, такого не случится. А футуристические прогнозы в виде больших приростов нереальны: рынок вышел на некое плато, на котором он будет находиться ещё какое-то время. И для того, чтобы это сдвинуть нужны кардинальные изменения в экономике, в финансировании лекарственного обеспечения, – заключил С.Шуляк.

Суровые будни

– Макроэкономическая ситуация в стране находится в умеренно-стабильной положительной зоне. Тем не менее, доходы населения ещё не вернулись на докризисный уровень, и пока мы не видим каких-то особых причин для восстановления динамики покупательной способности. Меняется и её структура. Если в первые посткризисные годы доля сбережений населения увеличилась на 14%, то сегодня этот показатель упал до 5%. Косвенно это свидетельствует о том, что у людей просто не хватает денег, в том числе и на потребление, – констатировал руководитель департамента по развитию бизнеса компании IQVIA Антон Каляпин.

С учётом того, что более 60% расходов на лекарства составляют средства потребителей, ожидать большого роста фармрынка в ближайшей перспективе вряд ли стоит,

Основной тренд в розничном звене рынка: продажи из аптек росли более быстрыми темпами, чем закупки. Аналитики связывают это с общим снижением объёма закупок лекарственных препаратов аптечными учреждениями и затовариванием, вызванным снижением покупательной способности населения.

По оценке IQVIA, наибольший вклад в прирост рынка в целом по итогам 2017 г. внесли мультинациональные фармацевтические компании. «Российские компании пытаются отыграть свои лидирующие позиции, которые были у них в первые посткризисные годы. Тогда отечественная фарма росла более быстрыми темпами, чем бигфарма, однако в 2017 г. мы эту тенденцию не наблюдали», – отметил аналитик. При этом он отметил ещё один значимый тренд: несмотря на то, что общее число брендов, выводимых зарубежными компаниями на российский фармрынок, сократилось, объём выручки за каждый препарат существенно увеличился.

Что касается дальнейшего развития рынка, А.Каляпин был осторожен в прогнозах, подчеркнув, что традиционно он будет обновлён в апреле текущего года. На сегодняшний день, согласно прогнозу IQVIA, рост российского фармрынка в 2018 г. составит порядка 8-9%.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Деловые встречи

В столице состоялась 1-я Российская зимняя школа молодых учёных и врачей по фармакогенетике и персонализированной терапии. В ней приняли участие врачи, аспиранты, ординаторы, студенты из Москвы, Волгограда, Красноярска и ряда других российских городов, а также гости из Белоруссии и Казахстана.

В течение четырёх дней 75 участников, прошедших конкурсный отбор, общались с ведущими специалистами в данной сфере, участвовали в мастер-классах, интерактивных лекциях и семинарах. Мастер-класс члена-корреспондента РАН Дмитрия Сычёва был посвящён основам фармакогенетики. Это наиболее близкая технология персонализированной медицины в клинической практике, которая позволяет ещё до назначения препарата предсказать его эффекты, возможные побочные реакции, и дать информацию врачу для принятия решения об индивидуальном лечении пациента. Таким образом обеспечивается максимальная эффективность и безопасность применения того или иного лекарственного средства.

Заместитель директора Научно-исследовательского центра

Увидеть то, что скрыто

Это помог сделать мастер-класс



Участники школы молодых учёных

РМАНПО кандидат биологических наук Елена Гришина представила основные методики, которые сегодня используются при проведении подобного рода исследований. Молодые учёные – кандидаты медицинских наук Дмитрий Иващенко и Карин Мирзаев рассказали об основных видах дизайна фармакогенетических исследований и перспективных методах в области персонализированной фармакотерапии.

В программу школы также был включён семинар, посвящённый вопросам информационных технологий фармакогенетики и их внедрения в клиническую практику. Это разработанная у нас в стране так называемая система поддержки принятия решений, включающая специальные компьютерные программы, которые позволяют врачу интерпретировать результаты проведённых исследований в виде конкретных

рекомендаций по выбору лекарства и его режима дозирования. Затем состоялись клинические разборы, на которых были представлены результаты применения на практике данных методик. Этот семинар вызвал большой интерес у слушателей, поскольку большинство из них являются практикующими врачами различных специальностей. Ещё одна актуальная и перспективная тема, которая была затронута в

ходе мероприятия – этнические аспекты фармакогенетики и персонализированной терапии.

В рамках школы молодые учёные представили результаты собственных исследований. В общей сложности было сделано около 30 докладов, а модератором одной из сессий выступил известный немецкий учёный в области фармакогеномики профессор Маттиас Шваб (Mattias Schwab). Он также провёл мастер-класс, на котором рассказал о результатах собственных исследований, а также перспективах развития этого направления медицины.

Кроме того, крайне ценными для молодых учёных и врачей оказались семинары «Как подготовить статью в международный журнал» и «Методы статистической обработки результатов научных исследований», на которых из уст людей, имеющих большой опыт научных публикаций за рубежом, прозвучали практические советы и анализ ошибок, реально встречающиеся на этом непростом пути. Завершилась школа форсайт-сессией, где участники встречи представили и обсудили стратегии внедрения персонализированного подхода к лечению пациентов в клиническую практику.

Анна КРАСАВКИНА.

Ген обнаружен, а секрет не раскрыт

В августе 2001 г. учёные обнаружили человеческий ген долголетия. Но до сих пор они бьются над его загадкой. Некоторые исследователи пришли к выводу, что секрет долголетия – в воздухе, воде, почве и магнитном поле. Но благодаря чему древнегреческий драматург Софокл дожил до 90 лет, создав свою пьесу «Царь Эдип» в 75, Бернард Шоу сохранил работоспособность до 94 лет, а физиолог Н.Павлов, писатель Л.Толстой, художник Тициан жили долго и активно? В настоящее время изучение проблем старения и долгожительства приобрело «модный» характер. Ещё совсем недавно продолжительность жизни обычных людей составляла 60-65 лет. За последние же 60-100 лет она возросла почти на 30% и многие перешагнули 80-летний, а то и 90-летний рубеж. И хотя Россия, по сравнению с такими странами как Япония, США, Норвегия, не лучший пример, но у нас тоже немало долгожителей. В той же Якутии, на Кавказе вовсе не редки люди, достигшие глубокой старости. В Москве, например, сегодня проживает 600 столетних, из которых многих вовсе не назовёшь дряхлыми стариками, и далеко не все из них могут похвастаться жизненным комфортом.

Страстные поиски – вот что сегодня сопровождает вопросы долгой жизни. Старость – это болезнь, значит её можно до известной степени «предупредить», отодвинув начало и замедлив развитие. К такому неожиданному для многих выводу пришла группа российских исследователей. Обобщив множество отечественных и зарубежных научных работ, учёные выделили самые важные и простые способы, как отодвинуть старость. В нашей стране Совет по общественному здоровью и проблемам демографии вместе с Лигой здоровья нации представили даже результаты работы геронтологов в этом направлении.

– Старение – это изменения в организме человека, которые происходят с возрастом, и начинаются они задолго до реальной старости и болезней, – считает доцент Высшей школы управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Артём Гиль. – Мы можем ещё ощущать себя здоровыми, но изменения уже идут на биохимическом, клеточном уровне. По большому счёту, старость – это постепенная потеря функций органов и тканей.

Можно ли замедлить этот процесс? Многие считают, что – да. Жизнь продлевает отдых на лоне природы, вегетарианство, активная жизнь, умный спутник жизни, определённая цель и т.д. Немало в мире учёных, которые считают, что больше всего долгожителей в малоразвитых странах, вдали от больших городов.

Когда начинается средний возраст?

Казалось бы, простой вопрос, но вокруг него немало споров, и всё потому, что за ним следует та самая старость, которой все, точнее большинство, боятся.

– Когда мне было 25 лет, я думала, что средний возраст начинается с 30, – призналась учёный из Финляндии Нина Хонка. – Средний возраст – понятие, о котором много говорят, но наступление которого определить трудно.

В соответствии с данными о продолжительности жизни у тех же финнов, середина их жизни приходится примерно на 40 лет. Исходя из этого, средний возраст ассоциируется именно с этим периодом. Однако один только возраст не даёт полной картины, его можно рассматривать как понятие, связанное с жизненной си-

туацией или периодом, во время которого происходят физические изменения. Многие женщины задаются вопросом, нахожусь ли я в среднем возрасте, если внешний вид стал меня уже беспокоить, а мои дети ещё ходят в детский сад? Как влияет на понятие среднего возраста то, что период молодости становится более продолжительным, и те же финны живут всё дольше? Так когда же начинается средний возраст, когда он заканчивается и переходит в старость?

Гипотезы

Старость, подвинься!

Мысли современных учёных о долголетьи

Средний возраст – лучшее время человека, так считают многие. Почётный профессор психологии Университета Ювяскюля (Финляндия) Леа Пуллкинен отмечает, что определение границ среднего возраста не является принципиальным. Понятия, определяющие этапы жизни, имеют значение только тогда, когда они связаны с переходом от одного возрастного этапа к другому, например, от юности к зрелости. При этих переходах что-то теряется, но на смену приходит и что-то новое, например, забота о детях и их поддержка, гражданская ответственность, наличие работы и достижение благосостояния, налаживание человеческих отношений. Нет причин бояться наступления среднего возраста. Наоборот, он во многих отношениях является лучшим временем жизни человека, так называемым prime time. Это показывают международные исследования, доказательства представлены и в работе Пуллкинен «От детства до зрелости».

– В среднем возрасте люди обычно довольны своей жизнью, у тех, кто приближается к 50-летию не наблюдаются спадов. Наоборот, социальное благополучие и у женщин, и у мужчин только возрастает, – говорит она. – Кризис среднего возраста, в том виде, как о нём повсеместно говорят, является противоречивым мифом. Он имеет негативный оттенок, его легко отождествляют с вопросами климатического возраста и упрекают, в частности женщин, в том, что они больше не могут иметь детей. Это неправильно, в этом возрасте они обычно расцветают, проявляют активность и раскрывают свои таланты в разных сферах жизни.

По мнению Пуллкинен, возрастная дискриминация и идеализация юности вызывают много проблем. Учёная приводит в пример себя: в 77 лет она работает полный рабочий день и ощущает себя женщиной среднего возраста, а не старухой.

Профессор геронтологии Марья Юля из Университета Тампере (Финляндия) говорит, что она,

Испании, США, Швеции располагают данными о том, что дряхление у животных и растений, как и у некоторых людей, не всегда обязательно. Всё это позволяет по-новому взглянуть на проблемы продления жизни. В наши дни у человека существует немало возможностей восстанавливаться, заменять органы, сохранять молодость, омолаживая иммунную систему. Предлагая свои методы борьбы со старостью, геронтологи, биологи, практические врачи напоминают, что при этом человек не должен лениться, он обязан всегда быть активным.



как никто другой, может точно определить, когда наступает средний возраст и когда он заканчивается.

– Возрастные этапы созданы самим обществом, они отражают привычный образ мысли, они не определены никакими естественными науками или законами и постановлениями. Есть только один межовой столб, чётко связанный с возрастом человека, – пенсионный, который начинается в Финляндии в 65 лет. Именно тогда финны даже начинают говорить о старости. Но геронтологи считают, что это вовсе не так, – настаивает профессор.

Исследователи, изучающие вопросы старения, вообще с сомнением относятся к классификации людей по возрастному принципу. Ситуации в обществе, когда возраст человека является действительно определяющим, очень редки. С точки зрения биологии, среднего возраста не существует. Всё становится гораздо проще, если смотреть с позиции эволюционной биологии. Доцент Маркус Рантала из Университета Турку (Финляндия) рассказывает, что с точки зрения биологии, жизненные пути мужчины и женщины содержат разные этапы, поэтому идея среднего возраста здесь неуместна.

– У женщины вообще нет среднего возраста, – говорит он. – Есть детство, юность, детородный возраст и возраст после наступления менопаузы. В этот последний период женщина переходит от способности к размножению к заботе о своих детях, чтобы обеспечить им возможность продолжать род. Исследования показали, что помощь бабушек в воспитании внуков имеет большое значение для рождения потомства и его выживания. Однако нет доказательств того, что такое же значение имеет на-

личие дедушек. С точки зрения эволюционной биологии, средним возрастом мужчины можно считать примерно 30 лет, когда гормональный уровень, находящийся на высоком уровне, начинает постепенно падать. Затем наступает старость, поскольку он не может оказывать влияние «на рынок размножения».

Есть ещё довольно интересные разработки учёных, касающиеся возраста. Сегодня они активно изучают маркёры, по которым можно определить болезни человека, но они к тому же указывают на возрастные изменения организма. Причём, полученные данные говорят о возрасте человека точнее, чем даже даты его рождения. Универсальных маркёров пока ещё нет, так как старение – сложный биологический процесс, но оказываются биомаркерами старения могут сегодня быть – гормоны роста, длина клеточной теломеры, свободные радикалы, гликированный белок и т.д. Если человек выглядит моложе своих лет, это не значит, что его биологический возраст меньше, иногда «моложавый» может оказаться глубоким стариком. Российский учёный Шухрат Миталипов, окончивший Московскую сельскохозяйственную академию им. К.А.Тимирязева и работающий сегодня в США, утверждает, что наши гены не стареют, как думали прежде, генетически можно перепрограммировать клетку и манипулировать её развитием и старением. Допустим, надо дать человеку возможность дожить до 80 лет, но так, чтобы его организм оставался как у 30-летнего. Мы надеемся, утверждает профессор, что в будущем мы поймём, что контролирует процесс старения. На вопрос, можно ли вернуть человеку молодость (не сохранить, а именно вернуть), он отвечает, что это возможно, если

омолодить иммунную систему человека.

– Сейчас мы имеем информацию о всех своих генах, но это целый оркестр, которым кто-то руководит, и понять кто этот дирижёр, наука пока не смогла, – говорит он.

Что же делать человеку сегодня?

Поскольку жизнь продолжает-ся, учёные выделили несколько ключевых действий, выполняя которые, можно отодвинуть начало старения. Они предлагают комплекс мер, который позволяет каждому поддерживать свою форму и здоровье.

У большинства геронтологов, гериатров, практических врачей в любой стране одно мнение, что с 25 лет человек должен увеличивать физические нагрузки, чтобы чувствовать себя молодым. Американские исследователи назвали ещё один возраст, в котором может начаться старение. По их мнению, угасание умственной и физической активности может наступить в 39 лет. Сегодня есть несколько золотых правил долгожительства, основанных на доказательной медицине. Наши врачи по радио, телевидению, в газетах, книгах активно пропагандируют их, но, увы, люди не всегда прислушиваются к ним, а чаще не следуют их советам, вспоминают о них, когда уже поздно. Конечно, это физическая активность, под которой понимается не только спорт. При движении лучше усваивается кислород, а он снижает интенсивность гликированных белков. Идеальные виды занятий – танцы, быстрая ходьба, растяжки. О том, что надо следить за артериальным давлением, снижением веса, сейчас уже знают все.

Правильное питание – важный резерв. Но есть надо больше овощей, а не фруктов. Ну и, конечно, важна тренировка мозга – разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков, игра на музыкальных инструментах. Радуйтесь жизни – и будете жить дольше, призывают врачи.

В последние годы геронтологи и гериатры особое внимание обращают на сон. Во сне вырабатывается ряд важных для организма гормонов и веществ. Увы, люди часто пренебрегают здоровым сном, не понимая, что недосып, ночные бдения вредны. Учёными установлено, что у тех, кто трудится ночью, риск развития опасных заболеваний выше. Это связано с нарушением выработки гормона мелатонина, отвечающего за качество и длительность сна. Ложитесь спать не позже 11 часов вечера и в абсолютно тёмной комнате.

Степень старения учёные сегодня измеряют по длине теломера. Помните, что чем вы старше, тем теломеры у вас короче, а вот у физически активных людей они укорачиваются медленнее.

Человек пока живёт, работает, о старости задумывается не часто, а когда она наступает, вдруг открывает для себя много «нового» и может быть впервые задумывается о том, правильно ли он прожил свою жизнь.

– Очень горько и страшно, когда человек в осеннее время своей жизни тупеет, становится злобным и ограниченным, когда его ничто больше не интересует, – говорил протоиерей Александр Мень. – Тогда душа его гаснет, и он умирает ещё при жизни тела. Но тот, кто верует, кто молится, кто любит людей, тот никогда не состарится...

И ещё – человек должен обязательно знать и ценить те возможности, которые лично ему подарила природа, соблюдать правила здоровой жизни, чтобы отодвинуть старость и продлить своё долголетие.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

«С видом на жизнь» – так называется 14-я выставка фонда «Подари жизнь», открывшаяся в Еврейском музее и центре толерантности. Здесь собраны произведения детей из шести столичных клиник: Российской детской клинической больницы, НМИЦ детской онкологии, гематологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва (центр им. Димы Рогачёва), Морозовской детской городской клинической больницы, НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, Московского областного онкологического диспансера в Балашихе (МООД) и Научно-практического центра медицинской помощи детям в Солнцево.

Устроители выставки (авторы концепции Екатерина Марголис и Мария Смольянинова, координаторы проекта Оксана Гайдаш и Юлия Павлова, архитектор Нина Острун и дизайнер Анна Сокальская) представили её в виде лабиринта из картонных щитов, декорированных детскими рисунками, снабжённых табличками с фотографиями юных художников и краткой сопроводительной информацией (указаны возраст, место жительства и название больницы). «Тревожно», «Хочу домой», «Рядом с нами», «Снегири прилетели», «Когда я поеду на море», «Давай поиграем», «Любимые хвостики», «Съедай меня» – говорящие названия разделов выставки. «Какой путь проходят дети с момента появления в приёмном отделении до возвращения домой? Мы решили показать это наглядно, и картины, которые ребята рисуют во время лечения, подходят для нашей задумки как нельзя лучше», – читаем в каталоге. А рисуют эти несчастные дети не только то, что видят вокруг (родителей, врачей, медсестёр, волонтеров и доноров), но и тот воображаемый мир, в котором ничто не напоминает о смертельной болезни: лошади, цветочки, грибочки, птички...

Выставлены не только рисунки, но и объёмные артефакты, которые привлекают особое внимание, когда знаешь историю их появления. Например, «Даринин дом» – раскрашенный глиняный

Душевное дело

Изображая мир

Болезни и лекарства глазами детей



Рабия Мархиева, 9 лет, Марк Хоецян, 4 года, Тимофей Пуляев, 1 год «Доноры жизни»

домик на краю скалы со спасательным кругом на стене. Дарина Аксёнова привезла эту композицию в картонной коробочке как напоминание о родном крае, когда ездил домой на перерыв в лечении (она живёт в Крыму, в Саках). Текст самой Дарины хотелось бы процитировать: «Как только солнце коснулось мягкой перинки, я беру свой жёлтый мопед и мчусь к морю провожать последний день августа. Мой дом – это неотёсанные скалы, поросшие щетиной водорослей, горький привкус степных трав во рту, просторы бушующих волн и серенады цикад. Небо сегодня такое, что страшно посмотреть вверх и не зацепить головой какую-нибудь звёздочку. Устраиваюсь поудобней на самом краю причала, достаю персики и инжир из корзинки, которые накануне нарвала в бабушкином саду, и моё сердце замирает, будто тоже любясь этим ночным пейзажем.



На выставке

Это красота, соизмеримая с красотой и чистотой воспоминаний из детства, которые уже не вернуть. Мои упругие кудри треплет южный ветерок. И вот я встаю, поспешно раздеваюсь, чтоб нырнуть в пучину тёмной воды, но чувствую лишь пропитанную насковоз потом пижаму (следствие резкого снижения высокой температуры), пренебрежительный вкус во рту после химиотерапии. Быстрыми движениями ошупываю голову, но и тут ни единого намёка на кудри. Неужели сон? Открываю глаза – всё та же тёмная палата, мама уснула сидя, держа меня за руку...».

Объект под названием «Олокин» придумал 14-летний Матлаб Узакбаев. «Врачи пытаются разобраться, что происходит в организме, и нам

приходится сдавать разные анализы, или делать пункции, а это бывает очень больно. Мне бы хотелось, чтобы больно не было, и чтобы детям не надо было терпеть», – пишет он.

Есть на выставке модель центра им. Димы Рогачёва, над изготовлением которой трудились восемь подростков. Стены и окна выкрашены яркой краской, а на крыше разместились вертолётная площадка.

Отдельный стенд посвящён волонтерам. В основном это женщины с высшим образованием в возрасте от 30 до 55 лет, работающие полный рабочий день. На вопрос: «Чувствуете ли себя более счастливым после того, как стали волонтером», более 90% опрошенных ответили утвердительно. Рядом развешены портреты волонтеров, нарисованные их подопечными.

Другой стенд рассказывает о донорах: сколько крови содержит-ся в организме взрослого, сколько её забирают за одну кроводачу, и скольким людям она может помочь (одна доза цельной крови – 450 мл – может спасти троих). В России ежегодно нуждаются в переливании крови 1,5 млн человек. Трое детей из боксированного отделения в центре им. Димы Рогачёва изобразили доноров в виде идущих по дороге людей. Дорога переходит в приклеенную к бумаге красную резиновую трубку, изгибы которой по форме напоминают сердце. Трубка заканчивается пакетом, где изображена жизнь: солнце, небо, качели, цветочек и взявшиеся за руки девочка и мальчик.

Подобные выставки в общедоступных музеях позволяют увидеть мир глазами больного, а значит – лучше понять самого себя. Хотелось бы, чтобы возможность творить была не только в столичных детских больницах, но и другие, «взрослые», фонды последовали этому примеру. Ведь все мы, в разной степени, остаёмся детьми «с видом на жизнь».

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Здоровая жизнь

Городская программа «По пути с хаски» вновь, уже в 5-й раз – с 2013 г., «подлечила» учеников коррекционных классов школ и колледжей, воспитанников детских домов и психоневрологических интернатов столицы. Порадовала и семьи, просто выбравшие для проведения счастливых выходных не индивидуальное занятие гаджетами, а совместный отдых на природе, дарующий здоровье, незабываемые впечатления от радости общения друг с другом и с идеальными спутниками всех взрослых и детей для прогулок по дорожкам заснеженного парка – собаками пород хаски и чукотская ездовая.

На открытии нового «сезона с хаски» начальник Управления по социальной интеграции лиц с ограничениями жизнедеятельности Департамента труда и социальной защиты населения Москвы Владимир Самонин сказал:

– Это уникальная, интересная и по-своему неповторимая программа, максимально полезная для юных жителей Москвы. Общение с животными – лечит. Факт общеизвестный.

А «обнимашки» с собаками, игры «кто выше прыгнет», «до смерти... залижу», «оседлай соседа» или дружба и просто катание друг на друге в огромных пушистых сугробах – оздоровление тел, больших и маленьких сердец и огромных



Друзья навсегда

душ – это направление «народной» медицины, опробованное столетиями.

Это сработало зимой 1925 г. на Аляске, когда в «великой гонке милосердия» самоотверженные

каюры и хаски спасли жителей города Ном от свирепствовавшей дифтерии, перевоза медикаменты во время эпидемии.

Это «работает» и сегодня. «Рецепты» на канистерапию выписы-

вает городской центр дополнительного образования «Лаборатория путешествий», возглавляемый путешественником Матвеем Шпаро.

«В нашей программе есть два вида героев, – говорит он. – Первые герои – дети, вторые – это наши замечательные собаки. Хаски – ездовые. Но не только. Они сотни лет воспитывались и жили на Крайнем Севере рядом с людьми и научились любить человека. Любого человека. У них нет одного хозяина. Каждый, кто к ним подойдёт, становится тем человеком, которого они любят. Именно поэтому мы и привезли сюда из Карелии наших собак».

В этот раз более 450 молодых людей с ограниченными возможностями познали секреты арктических путешествий, покорения Северного полюса, азы культуры и быта народов Крайнего Севера, историю пород ездовых собак.

Это разновидность энималтерапии – метод лечения с использованием специально отобранных и обученных животных. Высокий уровень социального поведения

собак делает общение с ними детей-инвалидов одним из эффективных видов реабилитации. Собаки, обладая качествами, сходными с человеческими – эмоциональностью, способностью выражать свои переживания действиями и звуками, легко обучаются и охотно подчиняются командам. Такая методика способствует развитию умственных и эмоциональных способностей, улучшению двигательных функций и моторики, усилению эффективности развития личности при коррекции и социальной адаптации детей с особенностями развития.

Ну а главной процедурой в зимнем парке было катание по снегу на упряжках ездовых собак – красивых и мужественных, совершенно лишённых агрессии по отношению к человеку.

Они просто очень преданы нам. И любят людей безусловно. Протипоказаний не имеется. Передозировка невозможна.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Фото автора.

«Лохматое лекарство»

Общение детей с ездовыми собаками – эффективная процедура

Президент Государственного музея изобразительных искусств им. А.С.Пушкина (ГМИИ) Ирина Антонова работает в этом музее 72 года, причём более полувека (с 1961 по 2013 г.) – в должности директора. На 96-м году жизни она удивительно активна и энергична, бескомпромиссна в суждениях, владеет немецким, французским и итальянскими языками, живо интересуется происходящим, сама водит автомобиль, ухаживает за больным сыном. «Гвозди б не было в мире гвоздей», – эти слова поэта в полной мере могут быть отнесены к Ирине Александровне, «человеку из железа» в образе обаятельной женщины. Наша двухчасовая беседа, фрагмент которой предлагается читателям «МГ», началась с вопроса о том, как ей удалось сохранить форму и содержание, оставаясь в здравом уме и твёрдой памяти.



*Знала
счастья, а его главный
источник – искусство
со всех его форм
Ирина Антонова*

Ирина
АНТОНОВА:

Я не привыкла поступать своими убеждениями

– Раньше я совсем не думала о смерти, – ответила Ирина Александровна. – Я знала людей, которых эта мысль после 55-60 лет постоянно посещала. Стала думать о смерти, когда мне исполнилось 92 года, и я почувствовала ответственность за то, что останется после меня. Прежде всего, меня беспокоит судьба моего сына Бориса, которому исполнилось 63 года. Он инвалид детства, я знала об этом, когда ему исполнилось 8 лет. Его лечили наши ведущие психиатры – Груня Сухарева, Андрей Снежневский, сейчас его ведёт профессор Анатолий Смулевич. На меня навалился страх – что будет с Борей, когда я уйду. Он выучил английский, играет на фортепиано, много читает, знает наизусть стихи Мандельштама. Но при этом не может сам запереть дверь или вскипятить воду. Я побывала в нескольких интернатах для душевнобольных и пришла в тихий ужас. Стала искать ему опекуна, но ведь люди не вечны. Несколько сотрудников нашего музея предложили стать коллективным опекуном Бори. Сейчас я вошла в группу при Президенте РФ, которая лоббирует закон, разрешающий быть опекунами не только отдельным гражданам, но и государственным учреждениям. Он уже принят Госдумой в первом чтении.

– А приходилось ли вам сталкиваться с врачами помимо лечения сына?

– Я мало болела. Вскоре после войны мне удалили аппендицит. Вот, пожалуй, и всё. Мы жили в одном доме с профессором Генрихом Кассирским, кардиологом. Он консультировал моего покойного мужа, и я продолжаю дружить с его семьёй.

– Наверное, дело в генетике. Ведь ваша мама прожила больше 100 лет...

– Кроме того, в детстве я много занималась спортом. Мы почти четыре года (с 1929 по 1933 г.) жили в Берлине. Отец служил в советском торгпредстве. Я занималась на разновысотных брусьях, каждый день плавала в бассейне.

– Как известно, в годы Великой Отечественной войны вы были медсестрой. Как это случилось?

– Да, у меня до сих пор хранится диплом медсестры. В 1941 г. я окончила первый курс Института философии, литературы и искус-

ства. Когда началась война, нас перевели на искусствоведческое отделение истфака МГУ. Параллельно с учёбой в университете меня, после сестринских курсов, длившихся 3 или 4 месяца, направили в госпиталь в районе Красной Пресни. В основном, я работала там по ночам медсестрой. С линии фронта привозили молоденьких лётчиков. Помню, как в операционной хирург говорит мне: «Чего стоишь? Неси». Я не поняла, что надо нести. Оказывается, ампутированную ногу. Потом меня направили в госпиталь для выздоравливающих, где лежали офицеры командного состава. Медсестрой я проработала несколько лет, почти до конца войны.

– А как вы оказались в Музее изящных искусств?

– Университет я окончила на одни пятёрки. У меня был выбор между музеем и Всесоюзным обществом культурной связи с заграницей. Когда пришла в музей 10 апреля 1945 г., он меня поразил тем, что был в полуразрушенном состоянии и почти без экспонатов – в первый год войны в здание музея попала бомба, а подлинники только вернулись из эвакуации и стояли в ящиках. Сотрудники музея, которым было от 40 до 50 лет, показались мне ужасно старыми. Думала, что пересажу тут несколько месяцев и куда-нибудь уйду. И вдруг заместитель директора профессор Борис Виппер предложил мне поехать в Германию принимать коллекцию картин Дрезденской галереи. Тут же из младших сержантов (моё звание в госпитале) меня произвели в майоры, выдали форму. На улице солдаты отдавали мне честь. Был месяц упоения своей славой. А потом поездка отменилась. В августе 1945 г. я была среди сотрудников, принимавших эту коллекцию на хранение в наш музей. Тогда я поняла, что куда-то отсюда не уйду. Открытие каждого ящика – с «Сикстинской мадонной», Тицианом, Боттичелли, Дюрером, Рембрандтом, Рубенсом, Пуссенем, Тьеполо – это было великое счастье. Кар-

тины находились в запасниках, и только избранные гости могли на них посмотреть – маршал Рыбалко, дочь Сталина и т.д. А в конце марта 1955 г. советское правительство приняло решение о передаче трофейной коллекции ГДР, дав нам месяц на подготовку выставки передаваемых картин. Выставка работала в стенах музея 4 месяца без выходных, с 8 утра до позднего вечера. Её посмотрело более миллиона двухсот тысяч человек. Каждый вечер мы ездили в институты, министерства, школы, на заводы и фабрики, показывали диапозитивы и рассказывали про Дрезденскую галерею. Это была огромная работа, которая доставляла нам радость.

– Какие ещё выставки в ГМИИ вам запомнились?

– Это конечно же выставка Пикассо в 1956 г., которой мы обязаны Илье Эренбургу. Она стала символом «оттепели». Такого подъёма духа не было до 1981 г., когда у нас прошла выставка «Москва – Париж». Публика приходила, чтобы посмотреть, в первую очередь, на наших авангардистов – Филонова, Гончарова, Петрова-Водкина, Малевича и др. Были невозможные выставки, такие как «Джоконда» Леонардо. Узнав, что эта картина выставлена в Токио, я попросила тогдашнего министра культуры Е.Фурцеву: «Екатерина Алексеевна, вы всё можете. Давайте оставим «Джоконду» в Москве, когда она будет мимо нас пролетать». Заручившись поддержкой посла Франции, «Джоконда» пробыла у нас шесть недель – шесть недель сплошной эйфории вокруг музея.

– Искусство и медицина. Как вам видится их соотношение?

– Есть понятие творческой деятельности, которое распространяется и на медицину. Творческий подход возможен на производстве. Чем отличается искусство? Оно имеет художественный компонент, связанный с эмоциональным миром человека, то есть с оценкой его переживаний. Поэтому тут важны такие основные понятия, как добро и зло, этиче-

ская оценка какого-то явления, и его эстетическая оценка (красиво или безобразно). Можно показать отрицательное явление (например «Войну в Корее» Пикассо, где штыки направлены на беременных женщин, или расстрел повстанцев на картине Гойи), чтобы вызвать у зрителя протест. Этическая оценка явления следует за эмоциональной реакцией. Этическое и эстетическое начало – главные понятия того, что мы называем искусством. Когда искусством начинают называть любое творческое явление, например, сравнивая врача с артистом или художником, это возможно как условный комплиментарный приём, отмечающий высочайший уровень работы. Творчество возможно без художественного начала. Сейчас существует деятельность, которую называют искусством, но которая таковым не является.

– Что такое для вас красота?

– Постановку вопроса я считаю некорректной. Для меня не существует понятия красоты вообще. Это может быть красота чувства, красота изображённого человека или природы.

– Есть ли у вас любимое произведение искусства?

– Специалистам такой вопрос нельзя задавать, потому что на протяжении жизни вкусы меняются. Например, я совершенно не понимала Вермеера, а потом он стал одним из моих любимых художников. Если у вас не меняется восприятие объекта, значит вы остановились в своём развитии.

– Чем вы занимаетесь на посту президента ГМИИ?

– Эта должность предполагает стратегическую работу, проблемы развития учреждения, научной деятельности, его популяризации. В случае нашего музея это прежде всего создание музейного городка, предначертанного основателем музея Иваном Цветаевым. Музеем передано 28 строений, в том числе 11 больших зданий. Часть из них уже освоена – созданы Детский центр, Музей личных коллекций, отдел графики, отдел живописи XIX века. Я много работаю с публикой, много езжу. Только в 2017 г. у меня были

три зарубежные командировки – в Ригу, Тель-Авив и Нью-Йорк, где я выступала с лекциями. В Москве я сотрудничаю с Музеем Эльдара Рязанова на Ленинском проспекте. Есть ещё одно направление – работа с людьми «третьего возраста». Это пенсионеры. Я увидела, как с ними активно работают некоторые зарубежные музеи. В нашем музее около 150 человек слушают мои лекции. Более того, образовалась группа, которая занимается живописью с нашей художницей и участвует в семинарских занятиях. Это чаще всего женщины, они всю жизнь работали, любили искусство, но никогда не имели времени дотянуться до него. Сейчас дети у них взрослые, мужья, к сожалению, рано умирают, и эти женщины с огромной радостью приходят в наш

музей. Я с ними с удовольствием работаю, потому что вижу, что я им нужна, что реально помогаю им жить.

– Удивительно, что вы сохраняете такой живой интерес к жизни...

– Это единственный путь жить долго.

– Что вы читаете?

– Я много читаю, от этого и зрение стало такое плохое. Конечно, читаю специальную литературу. У меня дома большая библиотека, уже не хватает места, и я перенесла часть книг сюда в свой рабочий кабинет. Новой художественной литературы сейчас читаю немного, но систематически перечитываю классиков – Толстого, Достоевского, Шекспира, Гоголя. Постоянно читаю русскую поэзию. Очень люблю Цветаеву, Блока, Маяковского. Маяковский сейчас не в моде, но я не привыкла поступать своими убеждениями. Конечно, читаю Пастернака. Я была знакома с его сыном, и мы посвятили Пастернаку один из «Декабрьских вечеров».

– У вас очень развита просветительская жилка...

– Мне это нужно. Мне важно поделиться тем, что я знаю, с другими. Меня это радует, греет. Я из тех людей, которые любят быстрый результат, а музей его не даёт. В этом смысле, возможно, существует противоречие с концепцией музея как такового. Наверное, время от времени я делаю что-то неправильно, потому что тороплюсь. Сейчас иногда плохо хожу, из-за головокружений. Помню, иду, устала, по музею, а мне навстречу Касьян Васильевич, наш краснодеревец. Он как-то странно на меня посмотрел и говорит: «Александровна, чтой-то ты так ходишь. Бывало, идёшь, как сормовский паровоз, а сейчас нето». Мне это очень понравилось, и я часто говорю себе: «Сормовский паровоз, остановись». Мне хотелось бы быть педагогом, который видит успехи своего ученика, или врачом, который видит результаты лечения.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-01-00235 Тираж 18 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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