Медицинская газета®

14 марта 2018 г.
среда
№ 10 (7826)

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

События

Ресурсы и резервы новосибирской медицины

Министр оценила состояние отрасли в регионе

Гости в симуляционно-аккредитационном центре НГМУ

На днях глава Минздрава России Вероника Скворцова и большая группа федеральных ответственных работников побывали в Новосибирской области, где ознакомились с достижениями и проблемами системы здравоохранения.

Вместе с главой Минздрава в регион прилетели руководители ФМБА России Владимир Уйба и Росздравнадзора Михаил Мурашко, представители Федерального фонда ОМС. Программа поездки была весьма насыщенной. Гости ознакомились с работой первого и пока единственного в регионе отделения паллиативной помощи, побывали в Сибирском окружном медицинском центре ФМБА, в симуляционно-аккредитационном центре Новосибирского государственного медицинского университета, обсудили с исполняющим обязанности губернатора Андреем Травниковым и министром здравоохранения области Олегом Иванинским перспективы строительства в регионе онкологического и перинатального центров.

Одним из главных пунктов программы было посещение Новосибирского клинического центра крови. Интерес федеральных чиновников к НКЦК не случаен: многие принципы и формы организации работы этого медицинского учреждения являются передовыми и уникальными.

(Окончание на стр. 2.)

Фото Виталия ВОЛОБУЕВА.

Игорь ГУНДАРОВ, главный научный сотрудник Института лидерства в управлении здравоохранением Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор:

Ещё в 20-е годы XX века ввели понятие «моральная статистика», где по ряду показателей можно условно измерить уровень нематериального состояния общества и человека.

Стр. 7

Игорь ГОЛОУСЕНКО, доцент кафедры кожных и венерических болезней МГМСУ им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук:

Не менее 15% пациентов с акне требуется дорогостоящее лечение из-за тяжести их клинического состояния, у 2-7% из них косметические недостатки остаются на всю жизнь.

Стр. 11

Олег АВЕРКОВ, заместитель главного врача ГКБ № 15 им. О.М.Филатова, доктор медицинских наук:

Одной из главных проблем лечения больных с инфарктом миокарда и инсультом, и неотложной медицины в целом, является запоздалое обращение за медицинской помощью.

Стр. 12-13

Решения

Десять миллиардов на детские поликлиники

Правительство Российской Федерации постановлением № 210 от 01.03.2018 и специальным распоряжением от 03.03.2018 выделило средства из резервного фонда в размере 10 млрд руб. на дооснащение детских поликлиник и поликлинических отделений медицинскими изделиями.

Субсидии будут предоставляться на приобретение медицинских изделий для медицинских организаций, подведомственных органам исполнительной власти субъекта Федерации, муниципальных медицинских организаций, расположенных на территории РФ.

Средства будут выделяться на основании соглашений между Минздравом России и высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Федерации, подготовленных и заключённых с использованием государственной интегрированной информационной системы управления общественными финансами «Электронный бюджет».

Определены показатели результативности использования субсидии – снижение младенческой и детской смертности.

Утверждено также распределение этих субсидий между бюджетами субъектов Федерации. Документ рассмотрен и одобрен на заседании Правительства РФ 1 марта 2018 г.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Современные технологии

Видеть вопреки всему

В Кемерове на научно-практической конференции, посвящённой проблемам офтальмоонкологии, было отмечено, что за последние годы в диагностике и лечении онкологических заболеваний органа зрения произошли революционные перемены.

«Если раньше при выявлении злокачественной опухоли пациенту проводили ликвидационные операции, то сегодня взят курс на органосберегающее лечение, – подчеркнул главный врач Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы Игорь Янец. – Зачастую удаётся не просто сохранить глаз как орган и решить таким образом косметические проблемы пациентов, но и сберечь им зрение. В нашей больнице наблюдаются более 50 кузбассовцев, пролеченных органосберегающими методиками в течение последних 5 лет. Только в прошлом году такое лечение получили 3 ребёнка и 12 взрослых. То есть сегодня практически каждый офтальмолог в регионе наблюдает таких больных».

В конференции приняли участие 97 офтальмологов из городов и районов области. С докладами перед ними выступили не только местные доктора, но и специалисты МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова и МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского.

Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ

Мониторы пациента

- Динамическое наблюдение за состоянием пациентов
- Выбор конфигурации и параметров мониторинга
- Просмотр и хранение событий и данных наблюдения

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

Новости

В одной «связке»

Учреждения здравоохранения Омской области начали активно связываться в единый цифровой комплекс.

В рамках программы модернизации здравоохранения и внедрения информационных технологий для удалённых сельских медучреждений – ФАПов, участковых больниц, врачебных амбулаторий – закуплены нетбуки. По словам директора регионального медицинского информационно-аналитического центра Дмитрия Щеглакова, теперь фельдшер может записать пациента на приём к специалисту в центральную районную больницу, выписать электронный рецепт. Больному не нужно ездить в район за талоном, а потом снова, к назначенному времени, приехать в ЦРБ. Это существенно экономит время и средства.

Как сообщили в региональном правительстве, в минувшем году к ведомственной сети передачи данных Министерства здравоохранения Омской области подключено 77 структурных подразделений медучреждений. В нынешнем году планируется подключить ещё 118 в небольших населённых пунктах.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Учат жить без зависимости

Почему люди травят себя наркотиками, сигаретами, алкоголем? Как не угодить в замкнутый круг и справляться с жизненными трудностями без всякого «допинга»?

Об этом речь шла на двух мероприятиях в Надымской гимназии. Врач-психиатр ямальского центра медицинской профилактики Татьяна Шипулина обстоятельно пообщалась с учениками.

– Не бывает «чистых», безвредных и не вызывающих зависимости наркотиков, все они в конечном счёте негативно отражаются на состоянии здоровья, а некоторые ведут к тяжёлой инвалидизации человека, – отметила Татьяна Яковлевна. – И чем современнее психотропное вещество, тем меньше шансов на выживание остаётся у тех, кто хотя бы раз его попробует.

Врач также рассказала ребятам о жизненных проблемах наркозависимого, о заболеваниях, сопутствующих наркомании, путях передачи ВИЧ-инфекции.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Помощь становится реальной

В Сахалинском областном онкологическом диспансере открылось специализированное отделение на 10 коек, для этой структуры выделен отдельный блок, где установлено специальное оборудование. А в Синегорске идёт ремонт одного из корпусов центра паллиативной помощи, рассчитанного на 30 коек. Об этом сообщили в региональном Министерстве здравоохранения.

В онкодиспансере паллиативную помощь оказывали и ранее, но койки были разрознены по разным отделениям. В новом структурном подразделении работают два онколога, терапевт, психотерапевт. Большая нагрузка, не только физическая, но и моральная – на плечах 14 специалистов среднего и младшего медперсонала.

Для каждого пациента паллиативного отделения разрабатывается индивидуальный план с подбором обезболивающих средств и лечебного питания. Не все больные в силах самостоятельно принимать пищу, некоторым требуется зондовые или внутривенные питательные растворы.

В Синегорске центр паллиативной помощи располагается в двух корпусах, он создан в прошлом году на базе бывшего отделения сестринского ухода. Одно из зданий несколько лет назад капитально отремонтировано, во втором реконструкция завершается.

В скором времени в центре планируют создать мобильную бригаду для выездов специалистов на дом к неизлечимо больным.

Условия для оказания помощи созданы и в двух центральных районных больницах, в Поронайске и Охе. В каждой одновременно могут принимать по 10 профильных пациентов.

Николай ИГНАТОВ.

Южно-Сахалинск.

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

Тенденции

За чудом – добросовестный труд медиков

Такую оценку получила работа центра «Мама Патимат»

Во время обхода

Заместитель главного врача Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова профессор Олег Пекарев ознакомился с работой всех отделений и операционных, тактикой лечения пациенток, новорождённых и ведением медицинской документации в Республиканском перинатальном центре «Мама Патимат», что в Дагестане. Помимо проверки современного оснащения центра в действии, он провёл обход отделений, задал практические вопросы врачам, пообщался с пациентками и изучил динамику улучшения их состояния за время лечения.

Говоря о работе центра, профессор Пекарев отметил, что оно соответствует высокому уровню федерального учреждения, тем более что здесь могут выполняться и высокотехнологичные вмешательства. Также он положительно оценил работу специалистов республики в целом, так как показатели перинатальной и материнской смертности, благодаря усилиям медицинских работников службы охраны материнства и детства, снизились до среднефедеративного уровня.

«Мы только что были в палате, видели ребёнка при рождении весом 450 г! Его выходили, сейчас ему уже два месяца и всё хорошо – находится рядом с мамой, питается сам, растёт и развивается. Это чудо даже для крупных федеральных центров. Понятно, что за такими чудесами стоит добросовестный труд медиков, который часто остаётся в тени.

Работа в центре налажена хорошо. Пообщавшись с коллективом, я вижу, что это команда единомышленников и профессионалов. Особенно хочу отметить организацию в отделении реанимации новорождённых, где активно применяются все современные средства выхаживания недоношенных и детей с патологиями, налажено мониторное наблюдение», – подчеркнул О.Пекарев.

Во время обхода учреждения было проанализировано, что каждый месяц в центре рождается около 350 детей. В 2017 г. состоялось 2050 родов, родилось 2079 детей. За прошлый год здесь выходили более 300 недоношенный детей. Перинатальная смертность в стационаре и в республике в целом не выше, чем в среднем по России (перинатальная смертность по республике – 7,1 на 1000 родившихся живыми, по РФ этот показатель равен 7,8). Благодаря усилиям медработников, в республике продолжает снижаться материнская и перинатальная смертность. Материнской – в центре не было зарегистрировано.

Министр здравоохранения Республики Дагестан Танка Ибрагимов попросил гостя максимально внимательно и строго вникнуть в работу центра, чтобы подметить все возможные пути для улучшения медпомощи: «Этот перинатальный центр давно был нужен Дагестану. Благодаря ему, в республике налажена полноценная трёхуровневая система оказания медпомощи. Нам важно, чтобы каждая будущая мама, независимо от того, где она живёт – в городе или далёком селе, могла получить самую современную и квалифицированную медицинскую помощь своевременно».

Также в РПЦ «Мама Патимат» функционирует центр телемедицины, оснащённый по последнему слову техники, который обеспечивает непрерывную связь в виде онлайн-консультаций в любое время как с федеральными центрами (в том числе НМИЦ им. В.И.Кулакова), так и с медицинскими организациями городов и сёл Дагестана.

В завершение визита состоялся «круглый стол» с участием министра Танка Ибрагимова, представителей Минздрава Дагестана и специалистов центра «Мама Патимат». Даны рекомендации по дальнейшему совершенствованию службы родовспоможения республики. А недавно здесь были проведены консультации и отбор пациенток для направления на дообследование и лечение в НМИЦ им. В.И.Кулакова.

Зарина АГМАДОВА, внешт. корр. «МГ».

Республика Дагестан.

События

Ресурсы и резервы новосибирской медицины

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Так руководители отечественной медицинской отрасли обратили внимание на дневной стационар, созданный в центре крови. Он позволяет онкологическим и гематологическим больным получать необходимую трансфузиологическую помощь в максимально короткие сроки. Речь идёт о пациентах, которым требуется курсовое, а в некоторых случаях и пожизненное переливание компонентов донорской крови.

Прежде больные, которым необходимо пожизненное переливание компонентов крови или в качестве подготовки к курсу химиотерапии, могли получить данный вид медицинской помощи только в условиях круглосуточного стационара.

По итогам визита министр провела встречу с медицинской общественностью Новосибирской области.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Проекты

Как общаться с пациентами

В Центре корпоративного развития Департамента здравоохранения Москвы приступили к обучению врачи общей практики, терапевты и педиатры. В рамках тренингов специалисты научатся эффективно преодолевать барьеры коммуникации, вести диалог с пациентами, избегая искажений при передаче информации, профилактике конфликтных ситуаций, а также способам предотвращения профессионального выгорания.

«За первое полугодие мы планируем, например, обучить более 5 тыс. специалистов. Очень важно, чтобы каждый врач мог быстро установить контакт с пациентом, выслушать, задать нужные вопросы и проконсультировать в максимально доступной форме, – отмечает Алексей Хрипун, руководитель Департамента здравоохранения Москвы. – Естественно, программы учитывают и специализацию врачей. Например, для педиатра важно уметь найти правильный подход не только к родственнику маленького пациента, но и к самому ребёнку. В программах врачей общей практики особый упор делается на работу с разными возрастными группами и эмоциональными состояниями, а, скажем, для заведующих отделениями важно развитие управленческих и организаторских навыков. При этом все программы поддерживают курс на повышение пациентоориентированности и укрепление корпоративной культуры медицинских организаций».

По сообщению Департамента здравоохранения Москвы, обучение в центре проходит в формате тренингов и «фабрики процессов» – симуляционных зон, в которых полностью воспроизводятся рабочие места и условия работы специалистов. После обучения они пройдут тестирование на владение материалом. В поликлиниках также будут организованы площадки по посттренинговому сопровождению врачей для проверки знаний и дополнительного обучения.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Назначения

Новый заместитель министра здравоохранения России

Председатель Правительства России Дмитрий Медведев назначил Олега Салагая заместителем министра здравоохранения Российской Федерации. До этого он возглавлял Департамент общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России.

О.Салагай родился 3 октября 1983 г. в Иркутске. В 2005 г. с отличием окончил Иркутский государственный медицинский университет, в 2006 г. – Дипломатическую академию МИД России.

В 2003-2005 гг. работал медбратом отделения челюстно-лицевой хирургии городской клинической больницы № 1 Иркутска. В 2005-2007 гг. на преподавательской работе в ИГМУ, руководитель представительства ИГМУ в Монголии.

В 2007-2011 гг. – по результатам конкурса в Минздравсоцразвития России замещал должности ведущего специалиста-эксперта, главного специалиста-эксперта, консультанта, заместителя начальника, начальника отдела специальных вопросов медицинского права Правового департамента. 2011-2012 гг. – заместитель директора Департамента инновационной политики и науки Минздравсоцразвития России.

С июня 2012 г. – заместитель директора Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Минздрава России – пресс-секретарь министерства. С июля 2015 г. – директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций.

Олег Олегович – кандидат медицинских наук, действительный государственный советник РФ 3-го класса.

Официально

По профилю «остеопатия»

Вступил в силу приказ Министерства здравоохранения РФ № 21н от 19.01.2018 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «остеопатия».

Соблюдение порядков оказания медицинской помощи относится к лицензионным требованиям, предъявляемых к лицензиату при осуществлении им медицинской деятельности (п. 5 «а» Положения о лицензировании медицинской деятельности), утверждённого постановлением Правительства Российской Федерации № 291 от 16.04.2012.

Соб. инф.

Сотрудничество

Не только рабочая программа...

Начало весны в Смоленском государственном медицинском университете ознаменовано подписанием договора о сотрудничестве между вузом из города-героя и Белорусским государственным медицинским университетом.

Как сообщили корреспонденту «Медицинской газеты» в международном управлении СГМУ, в рамках договора запланирована реализация совместных проектов и мероприятий в сферах медицинского образования и науки, культуры и спорта, международной академической и научной мобильности.

Разработана рабочая программа взаимодействия вузов. В её развитие преподавателям и сотрудникам университета рекомендовано представить свои предложения по международному сотрудничеству для расширения направлений и форм взаимодействия между россиянами и белорусами.

Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Смоленск.

Акценты

За подвижничество в области психического здоровья

Ставропольские психиатры, подведя недавно на краевой конференции итоги своей работы за минувший год, констатировали, что первичная заболеваемость в регионе почти в два раза меньше средних российских показателей.

Открывая форум, главный врач Ставропольской психиатрической больницы № 1 Олег Боев ещё раз поблагодарил и поздравил всех с победой Ставропольского края в общероссийском психиатрическом конкурсе «За подвижничество в области психического здоровья» и с получением главного приза – «Золотой бабочки».

Из стратегических целей на предстоящий год главный психиатр края отметил, прежде всего, ревизию всех документов и жёсткий контроль над тем, чтобы показатели соответствовали действительности.

Другое важное стратегическое направление – укомплектованность кадрами.

– Есть районы, где катастрофическое положение со специалистами. Я надеюсь, что вскоре мы будем предлагать молодым врачам хорошие места в районах, ведь главы администраций обещали всячески способствовать в этом, предоставлять им льготные условия, включая бесплатное жильё.

Ещё одно стратегическое направление развития – информатизация психиатрии. Вопрос очень сложный, но постепенно мы подходим к созданию единого информационного пространства в психиатрии.

Далее главный врач рассказал о масштабной работе, ведущейся в направлении профилактики суицидов.

Завершала конференцию обзорная лекция «Принципы терапии эндогенных депрессий», с которой выступил московский гость, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Андрей Шмилович.

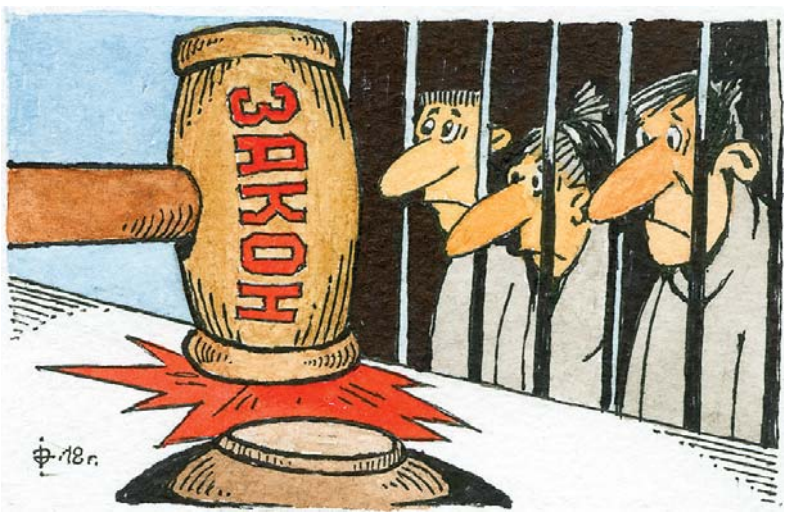
В заключительной части форума прошёл клинический разбор, на котором был представлен редкий случай заболевания.

Рубен КАЗАРЯН, соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Однако

Драка в реанимации



Следственный комитет в Липецкой области возбудил уголовное дело в отношении пьяных подростков, которые избили женщину-врача в реанимации при оказании помощи их другу. Инцидент зафиксировали видеокамеры.

На кадрах видно, как молодые люди по очереди заходят в кабинет и начинают сначала бить по лицу и голове врача, а затем принимаются душить женщину. Другим медицинским работникам также достаются удары. После этого подростки разбрасывают вещи, и компания из пяти человек, среди которых девушка, выходит на улицу.

Недавно ночью произошло нападение в Елецкой городской больнице № 2. Анестезиолог была госпитализирована с черепно-мозговой травмой. К врачам «в неадекватном состоянии с признаками отравления» обратился 20-летний посетитель одного из городских кафе, где он и его приятели отмечали совершеннолетие друга.

«При оказании неотложной медицинской помощи недовольный действиями медперсонала пациент спровоцировал конфликт, нанеся удары кулаками в голову врача-анестезиолога. Услышав крики, трое знакомых, сопровождавшие больного и ожидавшие в приёмном покое, ворвались в процедурный кабинет, где устроили драку, в ходе которой анестезиолога по голове несколько раз ударил и 16-летний подросток», – говорится в сообщении.

Телесные травмы также нанесли заведующему реанимационным отделением и медсестре, оказывавшим медицинскую помощь. Молодые люди были задержаны и доставлены в отдел полиции, но, учитывая, что насилие было совершено в отношении врачей при исполнении ими профессиональных обязанностей, материалы об избиении медработников передали следователям регионального управления СК.

Отмечается, что фигурантами дела по статье 112 УК России («Умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью группой лиц из хулиганских побуждений») стали 16-летний подросток и его 20-летний знакомый.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Профилактика

А ты проверил сахар?

На площади Победы в Калининграде состоялась акция, посвящённая объявленному в Янтарном крае году борьбы с сахарным диабетом.

На бесплатный скрининг – экспресс-исследование уровня сахара в крови – смог прийти любой взрослый житель города и области. Диагностика проводилась в мобильном центре здоровья Областного центра медицинской профилактики и реабилитации. Причём, как отмечают специалисты центра, принимать всех желающих они начали за полчаса до объявленного начала акции, а закончили намного позже.

В итоге за четыре часа экспресс-диагностику прошли 283 жителя региона, в основном, люди пенсионного возраста. У 24 из них была обнаружена гипергликемия.

По словам заместителя министра здравоохранения области Наталии Берездовец, в последние годы проблеме сахарного диабета и его профилактике в области уделяется повышенное внимание: «В ноябре прошлого года мы провели множество мероприятий в рамках недели борьбы с этим заболеванием и увидели, насколько эта тема востребована в плане просвещения. Многие просто ничего не знают о сахарном диабете и его возможных опасных осложнениях, о профилактике, о том, что повышенный сахар – это сигнал организма о том, что не всё у человека хорошо и есть повышенный риск развития диабета. Поэтому и было принято решение объявить 2018 г. борьбы с этим заболеванием».

На протяжении всего года в регионе пройдёт целая серия мероприятий, среди которых лекции, семинары, конференции, флешмобы, бесплатные акции по определению уровня глюкозы в крови – как в Калининграде, так и в области; встречи с пациентами – больными сахарным диабетом; мастер-классы по обучению пользованию глюкометром; образовательные курсы для врачей и пациентов, в том числе с участием специалистов-эндокринологов федерального и международного уровня. Отдельный блок антидиабетической программы-2018 – информационно-просветительский, направленный на совместную со СМИ, волонтёрскими и пациентскими организациями работу с жителями региона по профилактике сахарного диабета, повышению уровня их знаний об этом заболевании.

Юлия ИНИНА.

Калининградская область.

Ориентиры

Нужды пациентов — превыше всего

Это главный принцип работы коллектива ДГКБ им. З.А.Башляевой, которая в минувшем году в очередной раз стала лучшей клиникой Москвы

Эта детская больница с более чем 30 – летней историей и раньше была в фарватере тех веяний, которые определяли степень её востребованности. Понимание задач заключено в словах когда-то произнесённых при первой встрече с журналистом главным врачом профессором Исмаилом Османовым: «Сохранение здоровья детей – залог здоровья нации». Эта одна из ведущих позиций, которой придерживаются в своей успешной работе медики больницы. Потому что любое лечебное учреждение – это отражение руководителя. Сильный характер, необходимый, чтобы выигрывать борьбу за жизнь детей, огромный практический опыт и умение работать с персоналом – вот главные качества Исмаила Магомедовича. Они чувствуются во всех его действиях, общении с родителями и особыми пациентами. За каждым успехом больницы – системная работа главного врача.

И.Османов

– Исмаил Магомедович, расскажите о том, что было, что стало, какие заметные шаги вы сделали, чтобы держать планку лучшей детской больницы?

– После модернизации московского здравоохранения мы сделали мощный рывок вперёд. Ведь по этой программе было вложено столько средств, что мы просто обязаны были оправдывать эти вложения и подтягивать свой профессиональный уровень, внедрять самые передовые технологии в диагностику и лечение детей. А потому сегодня держим равнение на лучшее и достигаем ощутимых результатов.

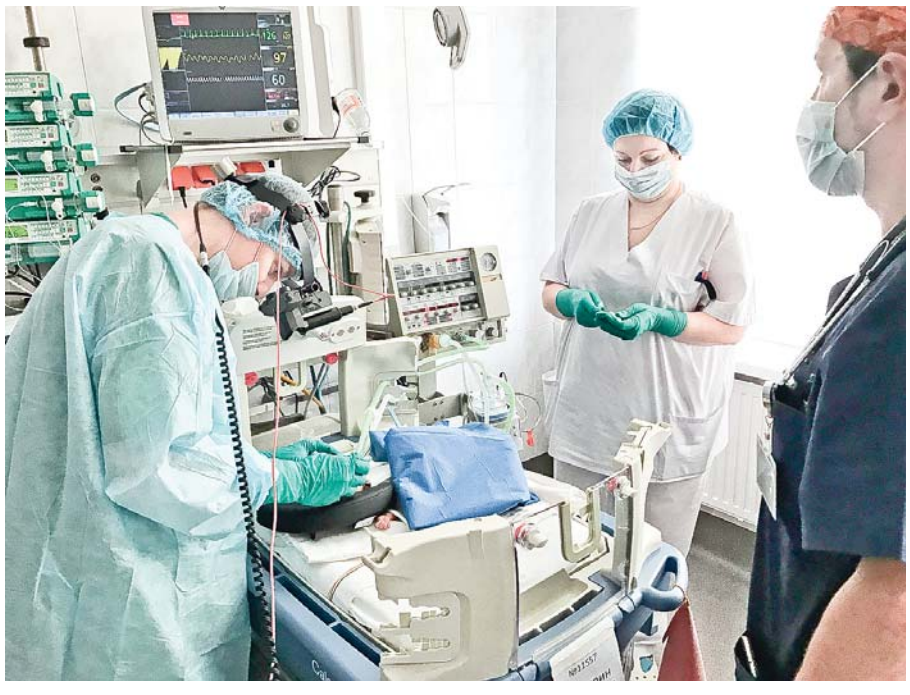
За последние 3 года мы второй раз стали победителями в ежегодном конкурсе – фестивале «Формула жизни», проводимым столичным Департаментом здравоохранения. Нам удалось в течение 5-6 лет добиться серьёзных перемен. Судите сами: проходимость лечебного учреждения выросла более чем в 1, 5 раза (в 2017 г. мы приняли более 170 тыс. пациентов), в 2,5 раза уменьшилась средняя длительность пребывания пациентов и по итогам года составляет 4,1 дня, оборот койки увеличился в 1,5 раза, а летальность уменьшилась почти в 3 раза. Следует отметить, что значительно расширилась структура заболеваний, которые мы лечим, в том числе за счёт тяжёлых прогрессирующих нозологий и, безусловно, повысилась эффективность их лечения. Раньше таких пациентов направляли в федеральные центры. Теперь мы спасаем самых тяжёлых больных, что было сложно сделать ещё 5-6 лет назад. При этом отдельно следует отметить нашу неонатальную службу. Наши нынешние технологии соответствуют мировым стандартам и мы имеем возможность спасать и выхаживать самых тяжёлых детей, родившихся от 500 г и выше. Раньше это казалось фантастикой, а теперь стало для нас рутинной работой. После программы модернизации наши отделения приобрели вид современных европейских клиник, где созданы комфортные условия пребывания и работы. При этом у медицинских работников появилась серьёзная материальная мотивация, так как заработная плата увеличилась более чем в 2,5-3 раза. Но мы не стоим на месте, регулярно обновляется парк оборудования, внедряются новые медицинские технологии, в том числе высокотехнологичные.

– А как с кадрами? Упор по-прежнему делается на молодых?

– Кадровый потенциал вырос благодаря масштабной образовательной программе Департамента здравоохранения, в рамках которой наши доктора и медицинские сёстры продолжают проходить обучение и повышать свою квалификацию не только в Москве, но и в ведущих зарубежных клиниках (Израиль, Италия, Германия, Испания). Бывая за границей, с гордостью осознаём, что наши сегодняшние возможности лечить и восстанавливать здоровье детей не только не уступают зарубежным, но и по некоторым позициям их превосходят, прежде всего по доступности. Мне приходилось работать и стажироваться в США и ведущих европейских клиниках в разные годы, начиная с начала 90-х, и поверьте, мне есть с чем сравнить. Теперь мы с гордостью можем разговаривать и оказывать помощь детям на равных с нашими зарубежными коллегами. Такой эффективной 3-уровневой системы медицинской помощи детям нет нигде в мире. Мы, как третий уровень, постоянно взаимодействуем с амбулаторно-поликлинической сетью, что позволяет постоянно держать пациентов в поле зрения, учитывая, что многие болезни носят хронический характер и склонны к рецидивированию и прогрессированию. Поэтому вместе с амбулаторными специалистами стараемся работать на опережение, чтобы упредить все негативные последствия, которые серьёзно скажутся на здоровье ребёнка. А потому не приходится расслабляться. Отлажена, выстроена система, на создание которой ушёл не один год.

ИЗ ДОСЬЕ «МГ». *Больница раскинулась на 12 га. И зимой, и особенно летом, территория поражает своей ухоженностью. В кабинете главного врача сразу бросаются в глаза атрибуты, связанные с историей, признанием заслуг коллектива за преданное служение нелёгкой профессии. Здесь и портрет королевы Великобритании Елизаветы, который подарила принцесса Диана во время своего посещения Тушинской больницы. С её визитом связано начало сотрудничества с Британским фондом им. принцессы Дианы, которое после её смерти было прервано. В 2004 г. по инициативе Исмаила Османова оно было восстановлено. С тех пор ДКБ им. З.А.Башляевой во главе с главным врачом и президентом Фонда им. принцессы Дианы проводит конкурсный отбор врачей и медицинских сестёр со всей страны для стажировки в одной из лучших мировых детских клиник – Грэйт Ормонд Стрит в Лондоне. В начале 90-х годов эту работу начинала и возглавляла профессор Н.Найговзина, которая на тот момент была заместителем главного врача по медицинской части. В этом году в числе победителей и неонатолог больницы Анастасия Худякова. Из британской клиники она должна вернуться не только с пополнением профессиональных знаний, но и с конкретными предложениями для внедрения в работу больницы. Это одно из главных требований, которое ставится перед конкурсантами.*

На XVI ассамблее «Здоровье Москвы» С.Собянин вручает диплом главному врачу больницы



В операционной

– С кем ещё ваши сотрудники работают в тесном контакте?

– Сильная опора – 17 кафедр и 2 университетские клиники Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования и Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, функционирующие на нашей базе. Такой тесный и комплексный союз наших усилий позволяет не только повышать качество оказания медицинской помощи детям, но и успешно готовить будущий кадровый резерв.

Наши доктора активно вместе с профессорско-преподавательским составом участвуют в научных изысканиях, выступают на научно-практических конференциях, печатают свои труды в ведущих медицинских изданиях. Перед наиболее талантливыми в творческом плане мы ставим задачу, чтобы все их наработки со временем воплощались в кандидатские и докторские диссертации. Больница аккредитована и для клинических исследований лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения, где проводятся, в том числе и международные исследования. Особенно в этом плане наиболее активны наши кардиологи под руководством профессора Инны Труниной, которая является руководителем клиники кардиологии.

И что очень важно, сотрудники университетских клиник являются одновременно сотрудниками больницы, несут такую же ответственность за лечебные процессы. Они полностью погружёны в больничную жизнь. Сплочённый тандем работает на улучшение качества оказания как медицинской помощи в целом, так и высокотехнологичной, которая с каждым годом расширяет границы своих возможностей. И всё это благодаря тесному сотрудничеству науки и практики.

На базе больницы проводятся многочисленные научно-практические мероприятия, в том числе зарубежного масштаба. В этом плане хотел бы отдельно отметить и поблагодарить заведующую кафедрой педиатрии РМАНПО профессора И.Захарову, под руководством которой ежемесячно организуются научно-практические конференции на

самые актуальные темы педиатрии с участием ведущих мировых специалистов. Таким образом, решение о создании университетских клиник, принятое на уровне правительства Москвы было очень актуальным и своевременным.

– Какие ведущие направления в вашей больнице вы могли бы отметить?

– В больнице функционирует 39 подразделений, которые не просто работают как отдельные структуры, а встроены в отдельные комплексы, включающие в себя несколько отделений, между которыми налажена чёткая преемственность. Среди ведущих брэндовых направлений следует выделить неонатальное, кардиологическое, травматологическое, нейрохирургическое, реанимационое, уронефрологическое, хирургическое, офтальмологиеское, реанимационное, инфекционное.

В больнице выполняется более 10 тыс. операций в год, в том числе уникальных не только на уровне отечественного здравоохранения, но и мировой медицинской практики. Это операции при опухолях поджелудочной железы под руководством директора университетской клиники детской хирургии профессора Ю.Соколова и самые сложные операции на глазах, в том числе у глубоконедоношенных детей под руководством главного детского офтальмолога Департамента здравоохранения Москвы профессора И.Мосина. От своевременности и успешности таких операций зависит будет ли видеть ребёнок в будущем. При этом больница без ограничений принимает детей со всех регионов России. Кстати, следует отметить, что более 30% детей, проходящих лечение в больнице, это иногородние пациенты, которых мы принимаем независимо от территории проживания в рамках проекта Департамента здравоохранения «Москва – столица здоровья».

Что касается технологической составляющей, то более 90% операций в больнице выполняются эндоскопическими малоинвазивными методами. Для этого у нас есть все самые современные технические возможности и высокая профессиональная подготовка врачей.

– Ваша любовь к детям безгранична, а что вы получаете взамен от родителей?

– Самое главное, что мы получаем и стремимся получить, это результат лечения, добрые слова в адрес персонала больницы и счастливые лица детей, родителей и родственников, особенно, когда, вытаскиваем наших маленьких пациентов с «того света». И здесь с гордостью хочу сказать,

Встреча профессора И.Османова со студентами

что по итогам прошлого года мы были первыми и сохраняем лидерство в этом году в акции правительства Москвы «Спасибо доктор». Мы делаем всё для того, чтобы у наших пациентов остались бы добрые воспоминания о врачах и больнице. В этом плане стараемся быть пациентоориентированной и ценностно-ориентированной больницей.

В этом нам также помогают наши многочисленные социально ориентированные проекты. Мы активно сотрудничаем с различными общественными некоммерческими организациями. Это Национальный фонд помощи пропавшим и пострадавшим детям, а также фонды: «Спешите делать добро», «Под флагом добра» «Волонтёры детям», «Спасите жизни», «Счастливое детство», Союз волонтёров России и др. Указанные организации активно содействуют в оказании помощи детям с самой тяжёлой патологией со всех территорий нашей страны. Более того, наши доктора сами являются волонтёрами, работая по субботам в рамках дней открытых дверей, проводимых в больнице, а также в других регионах РФ от Крыма до Камчатки. Делаем это за счёт выходных и праздничных дней, а также отпусков. Подвижничество – это тоже в правилах коллектива. Несколько дней обследуем там детей, фонды нам помогают в поездках. Но это чисто наша инициатива – помочь, поделиться опытом с коллегами из территорий. Кого-то из больных берём «на себя», так как на месте нет таких возможностей, которыми располагает наше лечебное учреждение.

Самое значимое мероприятие, которое мы будем проводить 3-й раз в международный День защиты детей, Московский фестиваль «Здоровье и безопасность детей», который мы проводим совместно с Департаментом здравоохранения и МЧС по Москве. Проходит праздник в зелёной зоне на нашей территории. Собирается до 2-3 тыс. детей с родителями. Участвуют в нём общественные деятели, депутаты, работники культуры и образования. На большой сцене выступают ведущие артисты, детские творческие коллективы. Площадь больницы позволяет развернуть павильон здоровья, где можно получить любую консультацию доктора. Открываем павильон детского творчества. Активно работают спасатели, учат детей и родителей, как действовать в чрезвычайных обстоятельствах. Мы активно сотрудничаем с МЧС Москвы, а потому на фестивале они желанные гости. Всех участников праздника обеспечиваем горячим питанием и подарками за счёт спонсоров.

– Можно сказать, что сражение за здоровье детей проходит и через школы, где преподавателями выступают ваши врачи…

– Это вы правильно подметили. Мы организовали школы для родителей, в семьях которых дети с прогрессирующими заболеваниями почек, бронхиальной астмой, артериальной гипертонией, с сахарным диабетом, врождёнными пороками сердца и т.д. Им всем нужны советы и рекомендации специалистов по самым различным вопросам, с тем, чтобы активно вовлечь в лечебный процесс и родителей и детей, а также максимально и регулярно повышать их медицинскую грамотность по их заболеванию. К этому привлекаем также и психологов. Больные и родители должны воспринимать болезнь не как приговор или комплекс, а как образ жизни и, самое главное, понимать, что они не останутся наедине с болезнью ребёнка. И пошли дальше – организовали в больнице школу для беременных, где учим, какие могут быть особенности развития ребёнка в первые годы жизни и в чём можем оказать помощь, чтобы скорректировать нормальное развитие. Не лишне также напомнить, что многие болезни взрослых и детей часто берут своё начало ещё до рождения. Привлекаем к беседам и психологов, что позволяет правильно всё это воспринимать, интегрироваться в социум. Ведь болезнь, если она есть, это ещё не приговор, а образ жизни, который можно привести к норме. На встречах с родителями врачи предостерегают от самолечения, которое может больше навредить. Такие школы очень нужны и востребованы. Мы учим родителей, как расценивать те или иные симптомы, как реагировать на них дома и когда надо срочно обращаться к врачу.

Отдельно проводим ежемесячно дни открытых дверей для многодетных мам. Это очень удобный формат, востребованный москвичами. Мы всё делаем для их удобства, максимального повышения доступности медицинской помощи, сохранения здоровья детей.

Больница курирует медицинские классы в 4 школах столицы в рамках совместной подготовки школьников. Мы регулярно проводим открытые уроки на общешкольных родительских собраниях, где подробно рассказываем о современных возможностях оказания медицинской помощи в лечебном учреждении, обращаем внимание родителей на наиболее актуальные проблемы здоровья детей.

Активно работаем с волонтёрами, привлекаем в их ряды студентов и школьников. В 2017 г. стали лауреатами в конкурсе «Волонтёры в медицине», учреждённого Народным фронтом.

Если не делать этого, не следовать за мировыми тенденциями, то остановимся, а догнать всегда трудно. И когда нам мэр вручил диплом за достижения в области медицины и здравоохранения как лучшей детской больнице Москвы, это был не повод для самолюбования и расслабления. Наоборот, эта награда повышает нашу ответственность за здоровье детей. Самое главное даёт большой стимул в стремлении быть всегда лучшей. Быть в первопроходцах новых технологий диагностики и лечения – тяжёлая ноша. Но мы к этому всегда готовы. Сейчас в Москве введён статус «Московский врач». Получить это звание не просто. В нашей больнице несколько докторов его заслужили, четыре доктора победили в конкурсе «Лидермед» и теперь находятся в резерве управленческих кадров столичного Департамента здравоохранения.

Ещё отмечу, что в коллективе сложилась дружеская атмосфера, нет негативного фона, который портит настроение и отражается на работе. Созданы хорошие условия труда, комфортные условия и для пациентов. Даже есть комнаты для пребывания в больнице всей семьи. Сейчас начинаем ремонтировать холл – как бы входные ворота больницы. Тот путь, который проделывают дети до места нахождения в больничной палате, украшаем рисунками наших волонтёров, докторов и тех же детей, которые у нас лечатся. Всё это влияет на лечение, создаёт положительные эмоции, снимает страх, что тоже сказывается на выздоровлении.

Десант медиков из Башляевской больницы на Камчатке

Много в больнице проводится праздничных мероприятий, что тоже благотворно влияет на детей. Ради юных москвичей прямо у главного входа открыта маленькая часовня в честь святого Пантелеимона, куда приходят родители, чтобы поставить свечку за здоровье своих детей.

Особо стоит сказать об Аллее славы, на которой, в честь 70-летия Победы в Великой Отечественной войне, силами сотрудников больницы было высажено 150 туй. На каждом дереве табличка с фамилией погибшего на войне родственника сотрудника. Уже стало традицией 9 Мая возлагать на аллею цветы. Мы помним тех, кто отдал жизнь, защищая нашу землю, и мы, медики, обязаны сохранить здоровье подрастающему поколению, которое идёт нам на смену.

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела региональной политики «МГ».

P.S. *Пока верстался номер, в ДГКБ им. З.А.Башляевой пришло сообщение, что главный врач И.Османов признан победителем Московского конкурса «Менеджер года – 2017» в номинации «Здравоохранение».*

Сотрудники больницы украшают стены героями детских сказок

Острая тема

На обочине

Почему сельский фельдшер по-прежнему ощущает себя заброшенным?

Сельское здравоохранение – тема не очень удобная, а фельдшер ФАПа – фигура достаточно загадочная в российской медицине: он вроде бы есть, а вроде бы и нет. Конференции, семинары, форумы проводятся в основном для врачей и медицинских сестёр, а фельдшеры зачастую обойдены вниманием. Между тем на их плечах лежит забота о здоровье значительной части россиян. Не зря об этом специалисте с нескрываемой тревогой говорил в Послании к парламентариям Владимир Путин.

Четверть населения нашей страны проживает в сельской местности, где много пожилых, одиноких, безработных. И нередко главным медицинским работником здесь является фельдшер. Он как бы олицетворяет нашу медицину. И хотя рождаемость тут выше, чем в городе, однако и смертность идёт впереди на 19%, а младенческая – на 32%.

Реалии сельской жизни – фельдшерско-акушерские пункты преображаются (справа – типовой ФАП), но не везде

Среди людей «с особинкой»

Прикреплённые к ФАПу граждане – люди «с особинкой» будут терпеть недомогание до последнего, домашние хозяйства для многих важнее собственного здоровья. В первую очередь они накормят поросёнка, а потом уже вспомнят о себе. На предложение поехать в больницу нередко отвечают: «Как же без присмотра детей оставить?» или «А на кого ж я козу брошу. Кто за ней будет ухаживать?»

Сухие цифры статистики не передают всю полноту картины сельского уклада. Низкая плотность населения, большая территориальная протяжённость, плохое дорожно-транспортное сообщение, безусловно, сказываются на организации медицинской помощи. Провозглашённый курс на оптимизацию подталкивает власти к сокращению расходов. Известно, что за период с 2012 по 2016 г. число врачебных амбулаторий в составе медицинских организаций увеличилось на 4%, однако на 24% сократилось количество участковых больниц, на 5% – фельдшерско-акушерских пунктов. Число фельдшеров и медсестёр, работающих на ФАПах, снизилось на 9%. Соответственно и уровень госпитализации уменьшился на 3%.

С сокращением ФАПов и участковых больниц люди из отдалённых поселений нередко не могут обратиться во врачебные амбулатории, которые находятся на значительном расстоянии от их места проживания, отмечалось на симпозиуме «Сельское здравоохранение», состоявшемся в рамках Всероссийского конгресса специалистов сестринского дела, где работала фельдшерская секция.

– К великому сожалению, проблема доступности медицинской помощи сельскому населению обострилась, – считает главный фельдшер станции скорой медицинской помощи Омска председатель секции «Лечебное дело» Ассоциации медицинских сестёр России Павел Локтев.

По его мнению, существует две группы основных факторов, влияющих на доступность. Одна связана с особенностями расселения на определённой территории, транспортными связями, характером сельского быта и труда. Вторая – с особенностями организации медицинской помощи, обусловленными указанными факторами, недостаточным ресурсным обеспечением.

– Реализуемые в последние десятилетия программы, направленные на повышение доступности и улучшение качества медицинской помощи сельскому населению, не привели к значимому положительному результату, – утверждает он.

Кадры снова решают всё

Самой актуальной остаётся проблема кадрового обеспечения ФАПов и здравпунктов, особенно в отдалённых поселениях. Так, только в Свердловской области свободно около 100 вакансий фельдшеров. В Омской – свыше 50. Не секрет, что работать на селе намного сложнее, чем в городе. Специалист не принадлежит самому себе. Его могут вызвать в любое время дня и ночи, в любую погоду, за тридевять земель. А если учесть, что далеко не всегда он обеспечен транспортом, то можно представить, какие перегрузки он испытывает. Из-за отсутствия средств передвижения фельдшеры вынуждены ходить пешком на вызовы, тратя на это много времени. А что прикажете делать, если под опекой 10-12 деревень, разбросанных друг от друга на расстояние 3-7 км. Летом хоть подспорьем служат велосипеды и скутеры, а зимой вся надежда лишь на «своих двоих». При этом фельдшер постоянно находится на виду: где был, как и что сказал, тут же становится достоянием всей округи. «Сарафанное радио» работает безотказно. И это накладывает дополнительную ответственность.

Интенсивность труда, требования качества оказываемых услуг при недостаточном финансовом обеспечении, низкая заработная плата, отсутствие перспектив делает работу на селе малопривлекательной и способствует оттоку фельдшеров в города. Происходит старение кадров, молодые специалисты из-за неимения жилья не приходят работать на ФАПы, особенно расположенные в отдалённых населённых пунктах.

Удалённость от районного центра, ненормированный рабочий день, низкий уровень оснащённости медицинским снаряжением не вызывает желания у молодёжи ехать в глубинку.

– Приток молодых специалистов, прежде всего фельдшеров, на село крайне низок. Сохранение такой тенденции в конечном итоге приведёт не только к снижению уровня и качества медицинского обслуживания населения, но и к полному его отсутствию в ряде сельских территорий, – полагает главный фельдшер отделения скорой медицинской помощи Крапивинской районной больницы Кузбасса Александр Тайченачев.

Для решения кадровой задачи, считают эксперты, следует делать акцент на сельскую молодёжь (горожане вряд ли приживутся в деревне), привлекать её в профессию, проводить профориентационную работу среди школьников, осуществлять целевые наборы с последующим трудоустройством по месту жительства и обязательно сопровождать студента во время учёбы.

– Нельзя ребят направить в колледж и не вспоминать о них до окончания учебного заведения, – считает П.Локтев. – Преддипломная практика также должна проходить у фельдшера на ФАПе, где он предположительно будет работать. А то получается странная ситуация: фельдшер проходит преддипломную практику в городской поликлинике, а потом распределяется на ФАП.

Для удержания кадров на селе необходимо внедрять целевые программы, усиливать социальную поддержку специалистов, приступивших к работе на фельдшерско-акушерских пунктах и фельдшерских здравпунктах. Впрочем, не только социальную, но и профессиональную.

– Два выпускника колледжа (супружеская пара) с удовольствием поехали работать на передвижной ФАП, – рассказал случай из жизни П.Локтев. – Через месяц к ним с проверкой пожаловала главная медицинская сестра, которая нашла некоторые недочёты в их практической деятельности и сняла стимулирующие надбавки. Молодые фельдшеры получили по 9 тыс. руб. зарплаты. Нормально ли это? А что сделала главная медицинская сестра для того, чтобы научить, подсказать, помочь? Ничего.

Оснащать и обучать

Разумеется, фельдшер должен оказывать помощь в соответствии с современными стандартами.

Но как можно требовать качество выполнения работы, если у молодого специалиста, кроме тонометра, ничего нет?

Сейчас много говорится о высокотехнологичной медицинской помощи (действительно, она становится более доступной, строятся клиники, оснащённые по последнему слову техники), а у фельдшеров сельских ФАПов порой даже телефона нет. Да что там телефона! – кушетки для осмотра пациентов.

В Брянской области было проведено анкетирование работников ФАПов, где среди прочих вопросов значился следующий: «Как фельдшеры оценивают условия, в которых трудятся?». Большинство ответили, что эти условия не соответствуют требованиям. На многих пунктах нет необходимого: холодильников, нормального отопления, а где-то – и водоснабжения, отсутствует обеспеченность транспортом. Интересно, что помимо устранения этих проблем, респонденты считают необходимым расширить перечень манипуляций для выполнения фельдшерами, оплачивать не только первичные посещения пациентов, присылать на стажировку на ФАПы выпускников медицинских колледжей. Сильнее всего обижает фельдшеров равнодушное, снисходительное отношение некоторых врачей ЦРБ, невнимание к ним при доставке пациента в больницу, рекомендации мероприятий, которые они не имеют права проводить.

По словам главного фельдшера Брянской городской станции скорой помощи Любови Байдиковой, фельдшер весьма востребованный специалист на селе, а грамотный, хорошо образованный, опытный – тем паче.

– Сельские фельдшеры готовы работать по современным стандартам, – уверяет она, – что требует не только должного оснащения и высоких знаний, но и развития инфраструктуры села. Для этого необходимо, чтобы административные органы территорий, а также органы управления здравоохранением проявляли больше заинтересованности в укреплении и развитии ФАПов.

По мнению П.Локтева, фельдшер может рассматриваться как самостоятельное звено на этапе оказания первой медицинской помощи населению в сельской местности. Нельзя фельдшеров ФАПов, скорой помощи отодвигать в сторону, забывать о них, как бывает сейчас. Если в ЦРБ проводятся какие-то конференции, то 99% участников этих мероприятий – медицинские сёстры данного стационара (т.е. центральной районной больницы). Почему бы не привлечь фельдшеров ФАПов для профессионального обучения?

– Нужно реализовать программу непрерывного образования и повышения квалификации для работников сельской медицины, – подчеркивает П.Локтев.

К сожалению, на большинстве ФАПов отсутствует возможность пользования интернетом, что затрудняет процесс непрерывного профессионального обучения и возможность получить срочную профессиональную консультацию.

– Обязательно должен работать канал интернет-связи между ФАПом, участковой больницей, ЦРБ и использоваться для консультаций с врачами, проведения обучающих конференций, мастер-классов и т.д. То есть нужно приблизить обучение к месту работы сотрудника, потому что не всем доступно выехать в районный центр, – считает П.Локтев.

Информационные технологии применяются во многих сферах жизни, а на ФАПах они нужнее, чем где бы то ни было.

Нормальное оказание первичной медпомощи населению окажется попросту невозможным, если оснащённость фельдшерско-акушерских пунктов не будет приведена в соответствие с реальными потребностями и современными требованиями к обслуживанию – к такому выводу пришли участники симпозиума.

На их взгляд, необходимо, чтобы государство приняло программы экономической поддержки сельского здравоохранения, направленные на укрепление первичной медико-санитарной помощи, включая развитие ФАПов и врачебных амбулаторий, с учётом критериев физической доступности. Неотложным должно стать совершенствование и укрепление ЦРБ как основного звена в повышении качества и эффективности медицинской помощи сельским жителям.

– Нынешняя система сельского здравоохранения функционирует в ситуации организационного, кадрового и социально-экономического дисбаланса, что, несомненно, требует кардинальных изменений и ряда комплексных мер, направленных на создание эффективной модели сельского здравоохранения, – считает А.Тайченачев.

По его мнению, мотивировать специалистов на работу в сельском здравоохранении можно, предоставив жильё на условиях социального найма с последующей приватизацией (после 10 лет отработки), и продолжив реализацию программы «Земский фельдшер». Оптимизация сельского здравоохранения – это не ликвидация фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий, штатных единиц, а комплекс мероприятий для достижения наилучшего результата деятельности системы, выявление наиболее проблемных зон на основе анализа и индивидуального подхода. Нельзя всех равнять под одну гребёнку. Сегодня основные медицинские ресурсы сконцентрированы в городах. Между тем сельские жители в ряде субъектов РФ составляют до 40% населения. И не стоит радоваться тому, что введя понятие домовых хозяйств, мы научили слесаря Ивана измерять давление. Надо, чтобы помощь селянам оказывали квалифицированные медицинские работники.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Ситуация

«Будем креативить»…

И шагать от министерства одиночества – к министерству счастья?

Конечно, сегодня в нашей стране жизнь для многих граждан не такая уж весёлая. Немало людей прозябают за чертой бедности, отчего чувствуют свою невостребованность, ненужность. Начиная приблизительно с 1970-х годов, одним из главных врагов человека объявлен стресс. «Верными спутниками» людей становятся синдром хронической усталости, неудовлетворённость собой, соматические заболевания, вызванные нервным истощением, потеря интереса к работе и жизни… В техническом плане человек получил много такого, о чём несколько десятков лет назад даже не помышлял. Но вот беда – «вещественные» приметы благополучия часто сопряжены с равнодушием, жестокостью, самоубийством, эмоциональной аморфностью, психической неполноценностью, безразличием к искусству.

Бичом жителей не только мегаполисов, но и малых населённых пунктов признано одиночество. В мире почти 61% людей, по данным ВОЗ, живут в одиночестве. Для кого-то оно – добровольный и осознанный выбор, кто-то по сути заболевает им и, более того, становится «инвалидом» от одиночества, в результате чего значительно сокращает свой жизненный срок. По данным ВЦИОМ, почти половина сограждан убеждена, что количество одиноких в России из года в год возрастает.

Ради блага народа

И вот не так давно председатель Совета Федерации РФ Валентина Матвиенко высказала идею о создании министерства… одиночества.

– Может быть, когда-то мы создадим министерство одиночества, я не знаю, – заявила Валентина Ивановна. – Я уже предлагала создать министерство счастья, как-то не очень поддерживают пока меня. На очереди – министерство одиночества. Будем креативить, может быть, и достучимся.

При этом Матвиенко «целевой аудиторией» считает исключительно людей солидного возраста: «Это очень важная тема – одиночество пожилых людей. Пожилые люди требуют повседневного внимания. Даже не столько деньги нужны, сколько внимание», – говорит она.

Так стоит ли смеяться или пора всерьёз озадачиться данной проблемой?

– Предложение, конечно, нестандартное и очень неожиданное, – комментирует высказанную мысль руководитель Республиканского центра репродукции человека и планирования семьи, доктор медицинских наук, профессор Михаил Корякин. – Но оно не так уж лишено смысла, как это может показаться на первый взгляд. Одиночество – это действительно болезнь, которая свидетельствует о глубоких психологических проблемах человека. Люди – существа социальные. Одиночество для них противоестественно, а жизнь в коллективе и в паре – единственно возможное приемлемое состояние. Потому-то только в окружении родственников, как по крови, так и по духу, человек способен жить полноценно.

Так-то оно так, но, следуя подобной логике, почему бы не создать в придачу к обозначенным ещё и прежде описанные известным писателем-футурологом министерства войны и мира, правды и любви?

– Одиночество, несомненно, является очень и очень тяжёлым состоянием, когда человек никому не нужен, у него нет семьи, а если и есть, то либо он её оставил, либо она его бросила. И переживается это очень тяжело, – разделяет тревогу главный научный сотрудник Института лидерства в управлении здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, кандидат философских наук, профессор Игорь Гундаров. – Всё это негативным образом влияет на физиологические процессы в организме, усиливает заболевания и приближает смерть. С этим нужно что-то делать. Только что?

Пока спикер Совета Федерации лишь констатировала, что одиночество – наиболее значимая проблема для человечества. В качестве примера она привела Великобританию, где подобное министерство уже создано.

Действительно, чуть более месяца назад глава британского правительства Тереза Мэй назначила министра спорта и общества Трейси Кроуч на должность главы нового ведомства. Правда, до сих пор неизвестно, чем конкретно будут заниматься первый в мировой истории министр по вопросам одиночества и её подчинённые. В Англии одиночество стало настоящей эпидемией.

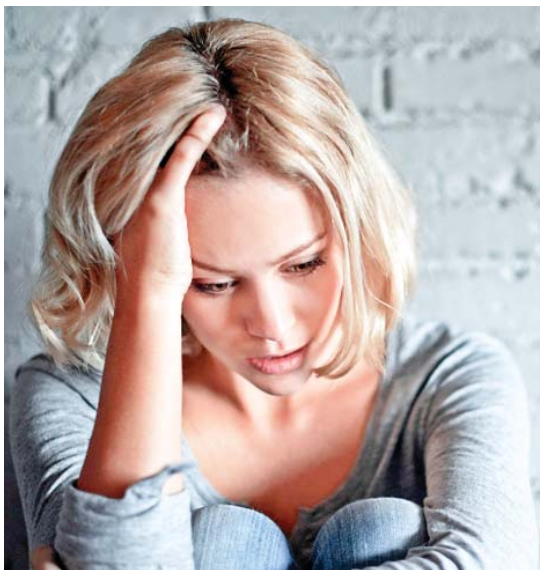
– Нужна ли нам очередная попытка копирования чужого опыта? – задаётся вопросом профессор И.Гундаров. – Лучше бы народные избранники активно «креативили» в законотворческой области, направленной на формирование достойной жизненной среды своих граждан. В медицине существует 3 вида лечения: симптоматическое, патогенетическое и этиологическое, каждое из которых преследует определённые цели. Симптоматическое не избавляет пациента от болезни, оно лишь улучшает его состояние, снимает боль, устраняет некоторые проявления заболевания. Благодаря патогенетическому лечению, когда мы не знаем, что вызывает заболевание, но нам известно, как оно протекает, мы блокируем механизмы развития болезни. Самым надёжным и эффективным способом избавить пациента от заболевания является этиологическое лечение, при котором устраняются причины и источники болезни.

То, что предлагает В.Матвиенко, – «симптоматическое лечение». Это, как если бы мы для борьбы с проституцией решили учредить министерство проституции, как несколько лет назад предлагали в Казахстане. Тоже ведь благие намерения: в случае её легализации государственный бюджет может получить огромные деньги, люди, в том числе молодёжь, станут заниматься сексом в определённых местах, использовать средства контрацепции, что не повлечёт за собой заболеваний, передающихся половым путём, и т.д. В некоей степени, это «средство» действительно сделает порок менее болезненным. Но я думаю, это не тот путь, по которому нужно идти цивилизованному миру, в том числе и нам.

Поэтому куда важнее бороться с самим явлением под названием «одиночество», чтобы не было необходимости заниматься улучшением жизни одиноких людей. Думаю, всем очевидно, что одиночество очень часто – признак порочных социально-экономических условий, когда человек становится никому не нужным, когда атмосфера в семье настолько деформирована, что вполне состоятельные дети находят тысячу объяснений, лишь бы отправить родителей в дома престарелых, объясняя, как там им будет хорошо… Да пожилому человеку нужно жить дома! В любви и согласии. И внукам нужны старики, передающие им свою мудрость. Если сравнить, к примеру, эстонцев, литовцев, латышей и армян, грузин, народы Дагестана, то мы увидим, что домов престарелых больше в Прибалтике, а вот, например, в Дагестане их почти нет. Мне могут возразить, дескать, это «неразвитая» республика. Но причина в ином: там отправить старика в дом престарелых – позор. Этого нет в традициях, в культуре, наоборот, к пожилому человеку там уважительное отношение. Поэтому и нет одиночества, как в «северных» странах. Отсюда я считаю, что предложение В.Матвиенко непрофессионально.

Страдальцы или паразиты?

В нашей стране нет системного подхода к изучению одиночества как явления. За рубежом же этому явлению уделяют пристальное внимание. Например, в Японии детально исследуют жизнь представителей определённых слоёв населения, по сути, полностью выпавших из жизни общества. Один из них – хикки.



В каких единицах измерить счастье?

Термину «хикикомори» немногим больше 10 лет, однако само явление «хикки» приобрело известность по всему миру. Первоначально оно означало «нахождение в уединении» и использовалось для обозначения молодых японцев, добровольно ограничивших жизненное пространство пределами своей комнаты. В Японии это явление приобретает поистине жуткие масштабы. По некоторым данным, около 1% всего населения страны являются хикки. Чаще всего хикикомори становятся школьники, подростки, молодые парни. Они могут годами не выходить из своей комнаты. Сфера их интересов – чтение, интернет, просмотр аниме, компьютерные игры, программирование (среди них встречаются хакеры).

При этом они ощущают свою ущербность, пустоту собственного существования, мечтают выйти из этого и… не могут. Среди них достаточно высок процент самоубийств.

К лучшему будущему для всех

Оказывается, в мире проблемой всеобщего облагодетельствования занимаются достаточно давно и всерьёз. Например, в Венесуэле в 2013 г. было учреждено вице-министерство по делам высшего народного счастья. В 2016 г. та же В.Матвиенко после встречи с вице-президентом и премьер-министром Объединённых Арабских Эмиратов на пресс-конференции с журналистами поделилась удивившим её опытом ОАЭ по реформированию правительства: «Они создали министерство счастья. Это, наверное, единственная страна, где есть такое министерство. Мне кажется, такое министерство было бы очень полезно и для России».

Власти страны уточнили, что руководитель нового министерства будет «делать общество более счастливым» за счёт консолидации всех государственных планов.

И вот самая свежая информация: две недели назад в Дубае в рамках 6-го Всемирного правительственного саммита (World Government Summit), посвящённого вопросам эффективного государственного управления и внедрения современных технологий в различные сферы жизни, учреждена Глобальная коалиция счастья. В неё вошли шесть стран – ОАЭ, Казахстан, Коста-Рика, Мексика, Португалия и Словения. На церемонии подписания соглашения вице-президент и премьер-министр ОАЭ, эмир Дубая Мохаммед ибн Рашид Аль Мактум заявил: «Мир нуждается в новых формах коалиций, которые бы работали во имя благополучия и счастья народов. Глобальная коалиция счастья отражает идею, в которой устремления ОАЭ встречаются с амбициями разных наций по всему миру, нацеленными на создание лучшего будущего для всех. Настало время объединить усилия правительств для формирования новых подходов и механизмов, которые позволят добиться счастья для людей и улучшить качество их жизни. Мы воспринимаем счастье народов как показатель эффективности правительства, важный индикатор оценки его политики и программ. В то же время счастье – это общая цель, для достижения которой взаимодействуют правительства и частный сектор. Новая коалиция – это возможность для её членов обмениваться идеями и опытом, а также поучиться нашему опыту и показать видение ОАЭ в отношении важности счастья как окончательной цели любого правительства».

Таким образом, Эмираты стали образцом для подражания. Власти ОАЭ добились очень высокого уровня жизни населения и последовательно внедряют современные технологии в различные сферы жизни и экономики. А термин «счастье» здесь стал одним из важнейших критериев и целей работы государственных органов разного уровня.

– Говоря о министерстве счастья, – продолжает И.Гундаров, – сегодня становится всё более очевидной необходимость включать в показатели оценки эффективности государственного управления не только материальные показатели – валовой продукт, дефицит, профицит бюджета и т.д., что характеризует уровень жизни, но и нематериальные показатели, которые свидетельствуют: хорошо человеку или плохо, счастлив он или нет? Ведь в конечном итоге социальный прогресс заключается не только в квадратных метрах жилья, количестве автомобилей, сумме счёта в банке. Всё это средство, а не цель. Цель – быть счастливым, здоровым, радостным. Научные исследования показывают, что счастье зависит от экономики примерно на 30%. А на 70% – от организации социальной жизни, отношения к человеку, нравственности, духовности, высших ценностей…

Чтобы оценивать эти параметры, введено понятие «качество жизни», подразумевающее, насколько человек счастлив. Первым, кто предложил эту идею, был наш великий фантаст Иван Ефремов. В социально-философском романе «Туманность Андромеды» он рисует картины далёкого будущего и впервые описывает, что на планете Земля должна быть самая большая и могущественная организация – Академия Горя и Радости, изучающая бездны человеческой души и потому занимающая центральное место в системе ноосферной цивилизации. Ежегодно академия измеряет динамику этих параметров, с тем чтобы сказать: правильно или неправильно осуществляется управление. Она ведёт оценку крупных проектов, которые могут оказать влияние на баланс «горя» и «радости». С помощью сложных статистических вычислений академия устанавливает меру (равновесие) в двусторонних диалектических оценках реальных последствий тех или иных решений общественных советов, например, экономики, здоровья, чести и права.

Да, в Великобритании и в ряде иных стран учредили подобное министерство, но важный вопрос заключается в следующем: в каких единицах измерять счастье? Разработаны ли такие критерии? Например, в известном индексе развития человеческого потенциала, который выдают за «индекс счастья», на самом деле в учёт берётся основной из 4 параметров – валовой внутренний продукт на душу населения.

Наша же группа учёных предлагает другой индекс. Ещё в 20-е годы XX века советские статистики ввели понятие «моральная статистика», где по ряду показателей можно условно измерить уровень нематериального состояния общества и человека. Например, по количеству самоубийств можно измерить концентрацию безысходности в обществе. Самоубийство – это индикатор тоски, выражающий безысходность. А вот уровень озлобленности проявляется в убийствах. О духовном благополучии в семье свидетельствует уровень разводов, о потере мамами инстинкта материнства – социальные сироты и т.д. По этим параметрам мы предлагаем измерять «концентрацию зла». И оказывается, что даже такие заповеди, как не убий, не укради, не прелюбодействуй, можно измерить с помощью статистических индикаторов. Убеждён, динамику духовного состояния общества и уровень счастья вполне можно оценивать по показателям, которые я перечислил. Нам необходимо ввести стандарт отчёта, куда обязательно должна входить информация об убийствах, самоубийствах, разводах, брошенных детях, кражах, грабежах и т.д., которая отражает индекс качества жизни. И правительство обязано ежегодно отчитываться о проделанной в этом направлении работе, что послужит своеобразным механизмом контроля над эффективностью власти.

«На свете счастья нет, но есть покой и воля», – как-то нетрадиционно, в духе буддизма отметил Пушкин. Однако на протяжении последних 5-6 лет человечество ежегодно 20 марта празднует Международный день счастья, объявленный ООН. Видимо, людям ничего не остаётся, как быть массово охваченными счастьем…

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 9 (2134)

Синдром Криглера – Найяра

(Продолжение. Начало в № 9 от 07.03.2018.)

Синдром Криглера – Найяра 1-го типа

Наследование

Практически все авторы согласны с тем, что СКН – аутосомно-рецессивная патология (Drenth, Peters, Jansen, 2002; Servedio et al., 2005; Sellier et al., 2012; Yildiz et al., 2013).

Гендерные данные

Синдром встречается как у мальчиков, так и у девочек. Соотношение женщины: мужчины в Тунисе 1 : 2 (Aloulou et al., 2010).

Средний возраст проявляемости

В Тунисе от 4 дней до 9 месяцев (Aloulou et al. 2010).

Этиология

По данным Ranjan et al. (2011) этиологическим фактором СКН являются генетические нарушения – мутации в кодирующей последовательности гена фермента уридин-5'-дифосфат-глюкуронозилтрансферазы (УДФГТ1А1), ведущие к выработке дефективного фермента, обеспечивающего у здоровых людей перевод в печени непрерывно поступающего туда с кровью продукта распада эритроцитарного гема – непрямого билирубина в прямой и его удаление с желчью. При СКН-1 активность фермента снижена практически до 0, а при СКН-2 – активность фермента сохраняется в пределах 20-25% от нормы.

Молекулярно-генетическая основа

Drenth, Peters, Jansen (2002) считают, что СКН-1 и СКН-2 – аутосомно-рецессивная болезнь, связанная с резким снижением (СКН-2) или полным отсутствием (СКН-1) УДФГТ1А1 ферментативной активности. При этой болезни наблюдается постоянная неконъюгированная гипербилирубинемия с колебаниями 300-850 мкмоль/л в плазме крови, выше при 1-м типе и ниже при 2-м.

Kraemer, Scheurlen (2002) пишут, что молекулярные дефекты СЖ и СКН были охарактеризованы в течение последнего десятилетия. Они вызваны мутациями в локусе гена УДФГТ1А1.

За развитие СКН ответственен тот же самый фермент, который дефективен при СЖ – УДФГТ1А1 (Canu et al., 2013). Цифры билирубина, встречающиеся при СКН-1 – примерно 342-684 мкмоль/л, и они ведут к тяжёлой интоксикации нервной системы пациента. СКН-2 протекает более мягко, с уровнем билирубина в диапазоне от 103 до 342 мкмоль/л.

Авторы дают обзор всех мутаций, известных к моменту выполнения работы, ведущих к СЖ и СКН.

Servedio et al. (2005) анализировали ген УДФГТ1А1 у 31 неродственных пациентов с СКН. Они выявили 22 мутации, 12 из которых ранее не были описаны, что расширяет спектр известных мутаций УДФГТ1А1 до 77. Новые мутации, которые считаются патогенными, включали одну нонсенс мутацию, два изменённых сайта сплайсинга, одну единственную базовую делецию и девять миссенс-мутаций в кодирующих экзонах и фланкирующих интронах гена фермента УДФГТ1А1. Несколько новых мутаций локализуются в критическом домене гена этого же фермента.

Авторы считают, что их исследование представляет собой молекулярную характеристику самой большой когорты итальянских пациентов с СКН и СЖ, изученных до сих пор. Оно увеличивает мутационный спектр аллельных вариантов УДФГТ1А1 во всём мире и обеспечит новое понимание проблемы, полезное для клинической диагностики и генетического консультирования.

В тунисской популяции исследованием СКН занимались Aloulou et al. (2010). Они провели большой метаанализ, с оценкой клинических, генетических и терапевтических аспектов СКН-1. Все описанные авторами случаи были госпитализированные в педиатрическое отделение больницы Хеди Чакер в течение 21 года (с 1 января 1986 по 31 декабря 2006 г.). Было выявлено 30 случаев СКН – 10 девочек и 20 мальчиков (соотношение полов 1 : 2). Средний возраст пациентов составил 41 день (от 4 дней до 9 месяцев). У всех больных имелась выраженная желтуха. Генетический анализ проведён у 9 пациентов и была выявлена одна и та же мутация во всех случаях: – C1070 > G в экзоне 3 гена УДФГТ. Лечение: всем применялась традиционная фототерапия. В 28 случаях констатирована смерть – они умерли от ядерной желтухи.

В Нидерландах и Бельгии изучением СКН занимались Sneitz et al. (2010). Эти авторы также считают, что СКН вызывается неактивностью изоформ фермента УДФГТ1А1 и характеризуется тяжёлой неконъюгированной гипербилирубинемией. В этом исследовании они проанализировали 19 пациентов с СКН (18 в Нидерландах и один в Бельгии). Выявлено 14 различных мутаций УДФГТ1А1, 4 из которых ранее не описаны. Две одинаковые мутации присутствовали у нескольких неродственных пациентов, что свидетельствует о наличии двух родоначальников мутаций в Нидерландах. Кроме того, была установлена связь полиморфизма промотора УДФГТ1А1*28 (rs5719145insTA) с тремя структурными мутациями. Функциональные исследования частично активных мутантов УДФГТ1А1 ограничены. Поэтому авторы провели исследования in vitro для определения функциональной активности 7 миссенс-мутаций, выявленных в этом исследовании, и трёх ранее сообщавшихся другими авторами. В дополнение к билирубину, они определили их активность в отношении восьми других субстратов УДФГТ1А1. Показано, что 5 мутантов имеют остаточную активность, которая в зависимости от субстрата варьируется от необнаруживаемого до 94% активности УДФГТ1А1 дикого типа.

Делается вывод, что идентификация 4 новых патогенных мутаций и анализ остаточной активности мутантов 10 УДФГТ1А1 полезны для клинического диагноза и дают новое представление об активности ферментов, тогда как идентификация двух мутантов-основателей ускорит генетическое консультирование вновь идентифицированных пациентов с СКН в Нидерландах.

Yildiz et al. (2013) отмечают, что СКН является редким аутосомно-рецессивным наследственным заболеванием, характеризующимся тяжёлой неконъюгированной негемолитической гипербилирубинемией с момента рождения. Они описали девочку с СКН-1, который возник на основе новой мутации и генетического дефекта по типу как при СЖ. Показано, что комбинированные дефекты, даже в доброкачественных генетических формах, вызывают более серьёзное клиническое заболевание. Пациентка лечилась ежедневной домашней фототерапией более 9 месяцев и считалась кандидатом на трансплантацию печени.

Патогенез

В целом патогенез при СКН полностью соответствует таковому при СЖ. Различия в основном в количественном отношении снижения активности фермента УДФГТ1А1.

Клинические проявления

Первые симптомы в типичных случаях появляются в первые часы жизни. У новорождённого развивается желтуха, которая достаточно часто вначале принимается за неонатальную форму. Однако вскоре становится ясным, что речь идёт о другой болезни. Желтуха не только не имеет тенденции к снижению, но, наоборот, может усилиться.

Если с самого начала болезни сущность желтухи не будет распознана, то уже на 2-3-4-й день могут возникнуть признаки поражения нервной системы: судороги, непроизвольные движения тела, нистагм. У ряда пациентов развивается опистотонус.

Желтуха, в отличие от неонатальной, в последующем не имеет тенденции к динамике, уменьшению, а наоборот, может нарастать. Если ребёнок не погибает в первые часы или дни неонатального периода, то можно заметить нарушение умственного развития, неуклонное нарастание всех симптомов болезни. Как правило, такие дети с СКН-1 умирают в течение первых дней, месяцев или первого года жизни из-за интоксикации билирубином, поражения базальных подкорковых ядер с развитием ядерной билирубиновой энцефалопатии.

К базальным ядрам относятся скопления серого вещества головного мозга в глубине белого вещества полушарий: хвостатое, чечевицеобразное ядра, которые подразделяются на скорлупу и белый шар и ещё одно ядро: чёрная субстанция. А эти ядра имеют прямое отношение к координации двигательной активности человека, координируют его деятельность. Поэтому их интоксикация билирубином ведёт к развитию базальноядерной энцефалопатии с резким нарушением координации, судорогами, опистотонусом.

Есть предложения делить билирубиновую энцефалопатию на 4 степени, хотя, сказать насколько это практично и диагностабильно, трудно.

В первой фазе отмечают апатичность и вялость, ребёнок плохо берёт грудь, резко реагирует на раздражители. Часто отмечается срыгивание, иногда и рвота. Крик малыша при этом монотонный, взгляд блуждающий. Развивается дыхание типа Биота.

Вторая фаза может оказаться достаточно продолжительной – от нескольких дней до нескольких месяцев. Мышцы тела делаются напряжёнными, кисти рук постоянно сжаты в кулаки, спина выгибается дугой – опистотонус (признаки ядерной энцефалопатии). Крик из монотонного переходит в очень резкий, пропадает сосательный рефлекс и реакция на звуки. Периодически наблюдаются клонические судороги, храп, потеря сознания.

В третьей фазе наступает временное улучшение. Симптоматика уменьшается, создаётся впечатление развивающейся ремиссии.

Четвёртая фаза проявляться явными симптомами физической и умственной отсталости. Малыш не держит голову, не следит за движущимися предметами, не реагирует на голос близких людей. К сожалению, такое состояние не поддаётся лечению и завершается летально. Смерть пациентов при СКН-1 обусловлена проникновением билирубина через гематоэнцефалический барьер в мозг с поражением базальных ядер, развитием ядерной желтухи, билирубиновой энцефалопатии и наступает в течение первых лет жизни. В редких случаях такие больные доживают до подросткового возраста, особенно, если они получают соответствующее лечение.

Встречаются и другого характера поражения ЦНС. Так, Tabarki et al. (2002) считают, что имеют место мозжечковые симптомы, и они могут быть начальным проявлением ядерной желтухи у детей с СКН-1, но могут быть затушёваны в неонатальном возрасте и проявляться позже. Авторы описали девочку 2 лет, у которой имелись симптомы тяжёлого поражения мозжечка. Состояние больной медленно улучшилось на фоне проведения фототерапии.

Диагностика

Как всегда, в основе диагностики лежит клиника заболевания. Развитие резкой желтухи с первых дней (часов!) после рождения, неуклонно прогрессирующий её характер, характерный крик, клонические судороги, отсутствие нормальных для новорождённых реакций – слежения взглядом, реакции на действия персонала или мам, раннее и выраженное развитие симптомов поражения ЦНС, базальных ядер (ядерная желтуха), энцефалопатия, – всё это даёт основание внимательному врачу сразу заподозрить СКН-1.

Из лабораторных исследование – определение билирубина в крови – анализ прима. Обычно выявляется выраженная общая, но с резким преобладанием неконъюгированной, гипербилирубинемия. К сожалению, в литературе можно найти самые различные цифры – от 324-350 до 528-850 мкмоль/л и выше, то есть в 15-50 раз выше нормы. Отсутствует или резко снижено количество прямого билирубина.

Необходим постоянный мониторинг уровня непрямого билирубина в плазме крови; особенно опасным считается его количество свыше 300-340 мкмоль/л – при такой концентрации билирубин становится способным проникать через гематоэнцефалический барьер.

Проба с фенобарбиталом. Больному даётся 0,1 г препарата 3 раза в день, в течение 2 недель. У больных СКН-1 билирубин в крови не снижается (проба отрицательная). Является патогномоничным признаком для дифференциации с СКН-2, при котором уровень билирубина снижается (проба положительная).

Выявление генетических маркёров. Наиболее точный этиопатогенетический тест, подтверждающий диагноз – генетический анализ – секвенирование и обнаружение мутированного гена УДФГТ1AI.

Лечение

Специфического или этиотропного лечения СКН на сегодняшний день не существует, все терапевтические мероприятия направлены на ускорение распада токсичного непрямого билирубина, его выведение из организма и защиту ЦНС.

Внутривенное введение одногруппной карантинизированной донорской плазмы крови может в какой-то мере вести к разрушению неконъюгированного билирубина и его выведению из организма. Кратность введения и количество плазмы подбирается индивидуально под каждого пациента.

Фототерапия – ежедневное облучение всего тела светом от 12 до 14 часов. В настоящее время облучение производится лампами типа «Облучатель фототерапевтический новорождённых» – КУРС-ФН-01 – («лампа фототерапии») (Ижевск). Лампа имеет следующие инновационные преимущества: сверхъяркие светодиоды CREE® (USA) с увеличенным ресурсом работы; программно-регулируемая интенсивность облучения; индикация времени сеанса лампы фототерапии; автоматическое завершение сеанса фототерапии с включением звуковой сигнализации; малое энергопотребление; компактность и мобильность. Фототерапия приводит к частичному разрушению непрямого билирубина и освобождению рецепторов тканей для новых порций этого токсического вещества, что снижает его концентрацию в крови. Может работать круглосуточно.

Плазмаферез. В научной литературе появляются работы об эффективности плазмафереза при СКН (Sellier et al., 2012). В этой работе была продемонстрирована эффективность плазмафереза для быстрого контроля острой и тяжёлой неконъюгированной гипербилирубинемии у 6-летнего пациента с СКН-1, у которого в неонатальном периоде наблюдалась ядерная желтуха. Несмотря на усиленную фототерапию, у пациента развилась тяжёлая гипербилирубинемия (до 830 мкмоль/л, соотношение билирубин/альбумин 1,2). После двух процедур плазмафереза концентрация билирубина в сыворотке снизилась до 420 мкмоль/л и соотношение билирубин/альбумина до 0,55. После такого острого эпизода очень тяжёлой неконъюгированной гипербилирубинемии, состояние ребёнка значительно улучшилось – неврологическое обследование показало отсутствие ухудшения. Исходя из этого, авторы делают предположение, что плазмаферез, возможно, может предотвращать дальнейшее ухудшение состояния поражённых ядер мозга.

Трансплантация печени. Все вышеуказанные методы лечения очень часто не дают эффекта при СКН-1 и лишь оттягивают наступление летального исхода. Единственным эффективным методом лечения этого заболевания является трансплантация печени (ТП) от родственника или генетически сходного донора. Трансплантация печени – способствует значительному улучшению обмена билирубина и продлевает жизнь таким пациентам на многие годы.

Al-Shurafa et al. (2001) пишут, что ТП в настоящее время является единственным лечебным методом для этого синдрома, который предотвращает серьёзные неврологические осложнения, являющиеся основной причиной смерти и инвалидности в течение всей жизни при СКН-1. Идеальный возраст для ТП составляет 3-5 лет. Авторы считают, что несмотря на появление вспомогательной трансплантации, ортотопическая ТП – оптимальное лечение и идеальный метод при СКН-1.

Aloulou et al. (2010) отмечают, что традиционное лечение – это пожизненная фототерапия. Эффективность мала. Единственный эффективный метод – пересадка печени. Ozçay et al. (2009) описали ТП от живых родственников детям, больным СКН-1. Трое были младенцами в возрасте 2,8 и 15 месяцев и соответственно с массой тела 5, 8 и 10 кг. До ТП концентрация неконъюгированного билирубина составляла от 22 (367,4 мкмоль/л) до 30 мг/дл (501 мкмоль/л), несмотря на ежедневную от 12 до 14 часов фототерапию.

Трём пациентам были пересажены левые боковые сегменты печени, а одному – левая доля. У всех пациентов концентрация неконъюгированного билирубина нормализовалась с первого дня ТП и фототерапия была отменена.

После трансплантации у одного ребёнка с подозрением на энцефалопатию наблюдалась гипотония, спастичность нижних конечностей и бессознательное состояние. Он умер через 10 месяцев после трансплантации на фоне приступа рвоты, возникшей во время сна. Остальные пациенты выжили и не имели признаков поражения ЦНС.

Из этих данных можно сделать заключение, что необратимое повреждение головного мозга может произойти на ранней стадии СКН-1. Даже срочное интенсивное лечение, включающее плазмаферез, введение плазмы, при необходимости – обменное переливание крови, фототерапия и ТП, не всегда предупреждают повреждение головного мозга. Такие младенцы должны тщательно оцениваться для выявления тонких признаков и симптомов билирубиновой энцефалопатии. ТП эффективна лишь в случае её проведения до развития неврологической дисфункции.

Трансплантация гепатоцитов. Polgar et al. (2017) отмечают, что из-за сложности трансплантации органов и нехватки доноров во всём мире разрабатывается трансплантация гепатоцитов (ТГ) в качестве мостиковой терапии, проводимой до тех пор, пока не появятся донорские органы или для улучшения состояния при наследственных заболеваниях печени.

Крысы Ганна позволяют моделировать молекулярный и метаболический СКН-1. Они удобны для оценки влияния ТГ или генной терапии, поскольку степень замены УДФГТ1А1 может быть оценена путём последовательного определения уровней билирубина в сыворотке, а выделение глюкуронидов билирубина с желчью является окончательным доказательством функционирования трансплантированных гепатоцитов или эффективности генной терапии.

Генная терапия в эксперименте. Porro et al. (2017) также подтверждают, что ТП является единственной эффективной лечебной мерой, но она имеет несколько ограничений и рисков.

Авторы испытывали метку гена и введение, без использования нуклеаз, безпромоторной терапевтической кДНК в локус альбумина на мышиной модели in vivo. Это приводило к полному предотвращению от неонатальной летальности, со снижением билирубина в плазме, продолжающимся в течение, по меньшей мере, 12 месяцев. У мутантных мышей, у которых имелось около 5-6% активности УДФГТ1А1, морфология печени оказалась нормальной, не было также признаков нарушения моторно-координационных функций, что указывает на отсутствие функциональных нарушений печени или головного мозга.

Результаты показывают, что безпромоторная генная терапия применима при СКН, и она приводит к образованию терапевтических уровней внутриклеточного свеянного с мембраной фермента, профилактирует это смертельно опасное метаболическое заболевание печени. К сожалению, это лечение пока не дошло до стадии клинической практики – лечения больных людей.

Попытки проведения генной терапии предпринимали Ronzitti et al. (2016). В своей работе авторы использовали аденоассоциированный вирусный вектор, экспрессирующий трансген УДФГТ1А1 для лечения СКН. С этой целью они разработали и протестировали in vitro и in vivo множество кодонов с оптимизированными кДНК трансгена УДФГТ1А1. Они также оптимизировали некодирующие последовательности в участке экспрессии трансгена.

Результаты работы этих авторов показали, что оптимизация трансгенного кодона является стратегией, которая может повысить эффективность передачи генов, но ещё необходима тщательная проверка этого явления in vitro и in vivo. Используя трансляционно оптимизированный аденоассоциированный вирусный вектор, экспрессирующий трансген УДФГТ1А1, они, на крысах Ганна и УДФГТ1А1 дефицитных мышах, продемонстрировали возможность профилактики фенотипического проявления СКН. Было показана долгосрочность действия такой модели (год). Авторы считают, что результаты их работы позволяют уже перенести такое лечение на пациентов. Однако в научной литературе такие попытки не описаны.

Прогноз

В редких случаях пациенты с СКН-1 доживают до подросткового возраста. Смерть пациентов обусловлена развитием билирубиновой энцефалопатии и наступает в течение первых лет жизни. В то же время, после трансплантации печени они могут жить долго, иметь детей. Costa et al. (2006) описал беременную женщину с СКН-1. Пренатальная диагностика выявила, что ребёнок был интактен.

Синдром Криглера – Найяра 2-го типа

Общие сведения

СКН-2: (его ещё называют синдромом Ариаса) активность фермента менее 20% от нормальной. Заболевание также обусловлено мутациями в кодирующей последовательности гена УДФГТ1А1. Эта болезнь развивается тогда, когда способность фермента УДФГТ1А1 связывать непрямой билирубин меньше, чем при СЖ, но не падает до 0, как это бывает при СКН-1.

Клинические проявления

Второй тип – СКН-2 – более доброкачественный тип болезни. Он занимает промежуточное положение по тяжести клинических проявлений между СКН-1 и СЖ.

Как правило, жалоб не бывает, поведение ребёнка обычное. В первые дни желтуха не проявляется, а если и появляется, то может быть ортодоксальной желтухой новорождённых. У ряда больных желтуха может не развиваться до подросткового возраста и клиническая симптоматика отсутствует.

У тех, у кого болезнь более пенетрантна, желтуха развивается в первые годы жизни (часто уже в подростковом возрасте). Она может манифестироваться в любом возрасте при различных инфекциях, физических и нервных стрессовых состояниях. При этом в ряде случаев отмечается резкое повышение непрямого билирубина в крови и даже с проявлениями билирубиновой энцефалопатии.

У тех, у кого желтуха проявляется в раннем или подростковом периодах, она требует особого внимания и диагностики, ибо, если не проводить возможного лечения, то у пациента могут развиться признаки поражения НС.

Проявления желтухи у больных СКН-2, раз появившись, могут сохраняться на протяжении всей жизни. Поэтому все больные, особенно с выраженными проявлениями, требуют длительного лечения, соответствующего данному этапу развития медицины.

При лечении фенобарбиталом, который стимулирует активность фермента УДФГТ, уровень билирубина сыворотки крови может снижаться на 25%.

Течение заболевания доброкачественное. Продолжительность жизни практически равна популяционной.

Nilyanimit et al. (2013) описывают случай с 4-месячным мальчиком с кардинальными симптомами СКН-2. Молекулярно-генетический анализ показал гомозиготную мутацию в промоторе гена фермента УДФГТ1А1 (A (TA) 7TAA) и гетерозиготную вставку одного аденозинового нуклеотида между положениями 353 и 354 в экзоне 1 этого же гена, что вызвало сдвиг рамки с преждевременным стоп-кодоном и привело к нарушению выработки полноценного фермента УДФГТ1А1 и развитию СКН-2.

Huang et al. (2006) сообщают о трёх пациентах с СКН-2. У них значения билирубина в сыворотке были выше 171 мкмоль/л и цвет кожи был тёмно-жёлтым. Результаты других анализов функций печени, глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы и гематологические тесты были нормальными, а иммунологические на гепатит А, В и С были отрицательными. У одного пациента был слегка повышен уровень АЛТ (45 МЕ/л). Полимеразная цепная реакция и последовательный анализ гена фермента УДФГТ1А1 выявили новую гомозиготную мутацию T > A на нуклеотиде 479 в экзоне 1 (Val160Glu) у первого пациента; новую гомозиготную мутацию A > G на нуклеотиде 610 в экзоне 1 (Met204Val) у второго пациента. У третьего пациента выявлялись гомозиготное изменение T> G нуклеотида 1456 в экзоне 5 (Tyr486Asp) плюс гетерозиготная вариация G > A на нуклеотиде 211 в экзоне 1 (Gly71Arg / normal). Две из этих мутаций были новые и вариации, идентифицированные в кодирующей области гена фермента УДФГТ1А1, были признаны причиной СКН-2 у всех трёх пациентов.

Редкую гетерозиготную мутацию c.610 A > G (p.Met204Val) в экзоне 1, в дополнение к гетерозиготной мутации c.1091 C > T (p.Pro364Leu) в экзоне 4 нашли Wu et al. (2010) у ребёнка, больного СКН-2 в возрасте 3 лет и 6 месяцев. Эти две мутации были унаследованы от родителей, соответственно. Пациенту было проведено лечение фенобарбиталом per os.

Сложные случаи с нонсенс мутациями

Maruo et al. (2003) проанализировали ген фермента УДФГТ1А1 у китаянки с СКН-1. Были также обследованы родственники пациента. Пациент был гомозиготным по нонсенс мутации R341X. Его отец, сестра и брат – все с диагнозом СЖ были сложными гетерозиготами R341X, P229Q и мутацией в участке TATA (A (TA) 7TAA). Гетерозиготы нонсенс мутаций (Q331X и C280X) в их предыдущем исследовании имели либо СКН-2, либо СЖ, но гетерозиготы R341X (мать и бабушки) были фенотипически нормальны. Экспрессивное исследование in vitro гомозиготных и гетерозиготных моделей R341X показало 0 и 58% соответственно нормальной активности фермента.

Таким образом, считают авторы, результаты данного исследования позволяют говорить о том, что носители нонсенс мутаций по уровню билирубина могут быть нормальными, иметь СЖ или СКН-2.

Результаты также указывают на важность накопления распространённых или полиморфных мутаций в этиологии СЖ и СКН.

Диагностика

Одним из важных признаков СКН-2 является появление желтухи в ранние антенатальные сроки или, чаще, в подростковом периоде. Признаками, важными для диагноза, могут быть также неврологические расстройства, появляющиеся во взрослом состоянии, тогда как в детстве у таких пациентов была лишь желтуха. Также с возрастом могут присоединяться такие проявления, как нейросенсорная глухота или хореоатетоз.

Билирубин: конъюгированная фракция этого соединения в сыворотке крови присутствует в незначительных количествах. О количестве неконъюгированного билирубина в сыворотке крови таких пациентов при СКН-2 говорилось выше.

Фенобарбиталовая проба при СКН-2 положительна.

Изучение концентрации неконъюгированного билирубина в моче показывает его увеличение. Норма билирубина в моче – в пределах 4 мг за сутки.

Молекулярно-генетическая диагностика СКН-2 – выявление мутации гена УДФГТ1А1.

Дифференциальный диагноз следует проводить с обычной транзиторной желтухой новорождённых и СЖ.

Дифференциальная диагностика

В целом ряде случаев (Maruo et al., 2016) подчёркивают, что описаны пациенты, где встречались трудности разграничения СЖ и СКН-2. Они проанализировали японских пациентов (99 мужчин и 64 женщины) с неконъюгированной гипербилирубинемией. Концентрация билирубина в сыворотке у этих пациентов варьировала от 1,2 до 22,2 мг/дл (от 20 до 379 мкмоль/л). Генетический анализ УДФГТ1А1 проводили с помощью ПЦР-амплифицированного прямого секвенирования. Изучена ассоциация между концентрацией билирубина в сыворотке и группой генотипов (типичный СКН-2, промежуточная группа и типичный СЖ). У большинства пациентов выявлены биаллельные мутации УДФГТ1А1. Более того, многие из них (78,5%) имели множественные мутации.

Maruo et al., (2016) при типичном СКН-2 выявили гомозиготную двойную мутацию p. G71R: Y486D. В типичной группе СЖ были обнаружены четыре распространённых генотипа: гомозиготные УДФГТ1А1 * 28, УДФГТ1А1 * 6 / УДФГТ1А1 * 28 и гомозиготные УДФГТ1А1 * 6 и УДФГТ1А1 * 27 / УДФГТ1А1 * 28.

В промежуточной группе были обнаружены три генотипа: сочетание гетерозигот p. G71R: Y486D с УДФГТ1А1*7; p. G71R: Y486D с УДФГТ1А1*6 и гомозиготные УДФГТ1А1*7.

Концентрация билирубина в сыворотке типичного СКН-2, промежуточной группы и типичных СЖ составляет соответственно 12,9 ± 5,1; 5,2 ± 2,2 и 2,8 ± 1,1 мг/дл. Концентрация билирубина в сыворотке крови среди трёх групп статистически достоверно различается (P < 0,0001).

Авторы делают вывод, что концентрация билирубина в сыворотке крови больных непрерывно варьировалась от СЖ до СКН-2 в зависимости от генотипов. Из-за комбинации мутаций и полиморфизмов многие пациенты показали промежуточную концентрацию билирубина в сыворотке между двумя синдромами, тем самым затрудняя клиническую дифференциацию этих двух синдромов.

Лечение

Применимы все методы лечения, приведённые выше при СКН-1. Здесь может проводиться лечение фенобарбиталом.

Барбитураты: СКН-2 лечат назначением фенобарбитала, который принимается внутрь или вводится внутривенно (в зависимости от возраста и тяжести состояния пациента). Взрослым – по 1-5 мг кг/м.т., а детям – по 3-5 мг/кг/м.т. в сутки. Этот метод и это лекарство считается препаратом выбора для лечения больных СКН-2.

Фенобарбитал увеличивает количество или активность фермента УДФГТ1А1, с соответствующим положительным эффектом на клинико-лабораторные показатели. Wu et al. (2010) проводили лечение своего пациента фенобарбиталом. В то же время Kummer et al. (2016) считают, что лечение фенобарбиталом связано с неблагоприятными реакциями, в связи с этим, они исследовали эффект экстракта гиперикум (сухой экстракт травы зверобоя). Авторы лечили 2 больных с СКН-2 в дозе 900 мг ежедневно в течение 8 недель. Этот препарат индуцирует (активирует) фермент УДФГТ1А1. Исследование билирубина до и после лечения показало, что гиперикум уменьшает общую концентрацию билирубина в сыворотке на 30-35%.Авторы делают вывод, что экстракт зверобоя – гиперикум является потенциальной альтернативой фенобарбиталу у пациентов с СКН-2.

Ясно, что гиперикум едва ли заменит фенобарбитал у таких больных, но, тем не менее, знание наличия такого альтернативного лечения – только положительное явление.

Различные состояния организма при синдроме Криглера – Найяра 2-го типа

Беременность

Chaubal et al. (2016) описали случай женщины, страдающей СКН-2, имеющей беременность в первом триместре. Авторы пишут, что неконъюгированный билирубин может преодолевать плацентарный барьер, приводя к поражению НС ребёнка в утробе. В данном случае за ребёнком был установлен тщательный контроль, а матери проводилось лечение фенобарбиталом в таких дозах, которые обеспечивали уровень билирубина в крови матери менее 10 мг/дл. Фенобарбитал не имеет тератогенного влияния на плод в малых дозах, является индуктором фермента УДФГТ1А1 и используется в качестве препарата первой линии лечения у таких пациентов. Лечение обеспечило успешный перинатальный исход.

Оперативные вмешательства

Walmsley et al. (2010) описали первый случай полной артропластики коленного сустава у пациента с СКН-2. Операция осложнилась развитием ядерной желтухи через неделю после выписки из больницы. У пациента обнаружена бактериемия и сепсис с высевом Klebsiella. Больной подвергнут лечению в отделении интенсивной терапии и через 2 месяца выписан в хорошем состоянии.

Авторы из данного случая делают вывод, что врачи, принимающие участие в лечении пациентов с СКН в периоперационном периоде, должны думать о возможности развития у таких пациентов тяжёлой гипербилирубинемии и поражения базальных ядер. Обзор литературы и внутриоперационные наблюдения дают представление о возможной взаимосвязи между гипербилирубинемией и остеоартритом.

Синдром Дабина – Джонсона

Код по МКБ-10. K93.8. Поражение других уточнённых органов пищеварения при болезнях, классифицированных в других рубриках.

Определение

Синдром Дабина – Джонсона (СДД) – генетически обусловленное, аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся хронической конъюгированной гипербилирубинемией, нарушением выделения печенью прямого билирубина и контрастных веществ, тёмно-зеленоватой окраской печени и её тканей, характерным накоплением чёрного пигмента в гепатоцитах. Лабораторные данные: увеличение общего билирубина за счёт связанного, повышенная экскреция в моче изомера копропорфирина I и метаболитов лейкотриена (Regaya et al., 2002; Bosia et al., 2008).

(Окончание следует.)

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

Дагестанский государственный медицинский университет.

Острая тема

Глаза завидущие и руки загребущие

Хроника необъявленного захвата

Один из авторов статьи помнит, как в пору учёбы в мединституте, кажется это было на 3-м курсе, как-то затеялся довольно странный разговор о том, какими органами и частями тела в случае крайней необходимости каждый из нас готов пожертвовать для сохранения своей жизни. В принципе, обыкновенный студенческий трёп, но я хорошо помню, что назывались руки, ноги, почка, но при этом никто из моих сокурсников даже и не подумал заикнуться о глазах.

Завидное место

С тех пор прошло много лет. Однако и сейчас можно с уверенностью сказать, что практически любой человек на нашей планете, если задать ему такой же вопрос, независимо от расы, пола, от того, кто он и что он, где живёт и чем обладает, придёт к такому же выводу. И это естественно: потеря зрения – одно из самых страшных бедствий, которое может обрушиться на человека. Как говорится, такого и врагу не пожелаешь. К счастью, современная медицина успешно борется со многими глазными недугами. Однако, к несчастью, офтальмологи в нашей стране не всегда получают адекватное понимание важности своей работы со стороны властей. Яркий пример тому – та неблаговидная и постыдная возня, которая затеяна в последние годы вокруг знаменитой Московской глазной больницы, история которой насчитывает без малого два века, а если быть абсолютно точным – 192 года.

Московская глазная больница расположена в самом центре столицы, в двух шагах от площади Маяковского. И не надо быть семи пядей во лбу, чтобы догадаться, насколько привлекательным выглядит старинный дворянский особняк, построенный по проекту прославленного русского архитектора М.Казакова, для разных бизнес-структур. Правда, до поры до времени никто не осмеливался покуситься на него, потому что все прекрасно знали, что наша больница является единственным специализированным офтальмологическим консультативным центром высшего уровня в Москве. Но затем кое-кто, видимо решил – пора, а то, неровен час, лакомый кусочек может достаться кому-то другому. И вот против нашей больницы исподволь стали вести «боевые» действия. Естественно, конечную цель – захват здания – никто не афишировал, вся борьба разворачивалась под флагом «модернизации и оптимизации, создания более благоприятных условий для работы коллектива больницы».

Начали с того, что 27 февраля 2014 г. нас лишили самостоятельности и сделали филиалом ГКБ им. С.П.Боткина. Это решение, естественно, ни у кого энтузиазма не вызвало, все мы прекрасно понимали, что ликвидация целостного лечебно-диагностического объединения наносит большой вред московскому здравоохранению. Но мы особо не протестовали: как говорится, «Хоть горшком назови, только в печь не сажай». Главным для нас было то, что сохранился наш коллектив, и мы продолжали работать в привычном ритме и в своих родных стенах.

А вскоре мы узнали, что в Боткинской больнице один из старых корпусов хотят превратить в офтальмологический центр, однако и это нас не встревожило, а, напротив, даже обрадовало: чем больше будет подобных отделений – тем лучше. Столице офтальмологические лечебные отделения нужны позарез, их катастрофически не хватает не только для москвичей, но и для тысяч и тысяч иногородних больных, которые приезжают сюда с надеждой на помощь. Люди ждут операций по многу месяцев, так что появление нового корпуса, безусловно, поможет несколько снизить остроту этой проблемы. Но затем мы узнали, что нас планируют перевести в этот новый центр, а старую нашу больницу закроют.

Это уже было совершенно непонятно. Почему наша больница должна закрыться? Разве в Москве уже решены все проблемы с глазными болезнями и исчезли очереди на операции? Нет, конечно. Так зачем же закрывать действующую глазную больницу со славной историей, с вековыми традициями, с великолепными специалистами и с блестящими разработками? Кому от этого станет лучше? И кому достанется наше здание, какая деятельность развернётся в этих стенах? Ответа на этот вопрос нет. А почему его нет – непонятно. Ведь это, поди, не государственная тайна. Нелепо же предположить, что в самом центре Москвы будет действовать какая-то засекреченная организация, о характере деятельности которой нельзя говорить вслух. Логичнее предположить, что на наше здание, как это обычно бывает, положили глаз некие бизнес-структуры.

Сразу скажем, что поначалу в такое просто не верилось, настолько дико всё это звучало. В самом деле, как можно отдать на откуп денежным мешкам то, что исторически принадлежит народу? Наша больница создавалась на народные деньги и для оказания помощи народу. Наряду с Лондонским глазным госпиталем, она является одним из первых глазных медицинских учреждений в Европе. В России 26 января 1826 г. вышло Высочайше утверждённое положение Комитета министров «Об утверждении в Москве Глазной больницы». На первоначальное её устройство было отпущено 10 тыс. руб. из городских доходов – деньги по тем временам немалые, но их хватило только на «стартовые» работы. Дальше собирали «с миру по нитке»: в этом благородном деле принимали участие все слои тогдашнего московского общества. Кто мог – давал деньги, другие несли мебель, постельное бельё, умывальники и прочую утварь. Это была истинно народная стройка, а цели, которые ставил Комитет министров при создании учреждения, выражены такими словами: «В общеполезное сие заведение предложено принимать больных всякого возраста, пола и звания, преимущественно неимущих, безо всякой платы за содержание и пользование».

А когда больнице стало тесно в первоначальных пределах и возник вопрос о приобретении нового здания для неё, 12 марта 1830 г. в Москве был дан благотворительный концерт, который почтил своим присутствием император Николай I и «наше всё», поэт Александр Сергеевич Пушкин. Об этом событии писали так: «…был дан концерт в пользу Московской глазной больницы; его императорское величество изволил осчастливить оный своим высочайшим присутствием; многие благородные обоего пола особы, споспешествуя благотворительной цели в пользу страждущего человечества, украсили оный концерт своими талантами; съезд состоял из 2657 особ из числа коих на хорах было 600». Именно пожертвования, собранные на этом концерте, позволили выкупить 8 мая 1830 г. у графини Дмитриевой-Мамоновой каменный дом «отдельному заведению для пользования страждущих глазными болезнями» с мебелью и надворными постройками, расположенный на углу Тверской улицы и Мамоновского переулка. 15 ноября 1830 г. глазная больница разместилась в этом здании, где располагается и по сей день. А в 1831 г. Николай I принял Московскую глазную больницу под своё Августейшее Покровительство, запретив когда-либо продажу или перепрофилирование здания больницы.

Логике вопреки

Мы полагали, что больнице с такой историей, с вековыми традициями и с бесценным накопленным опытом врачевания гарантирована неприкосновенность. Как, например, тому же Лондонскому глазному госпиталю, который англичане, насколько нам известно, сохраняют и как медицинское учреждение, где по сей день продолжают лечить людей, и как исторический памятник. Вот и у нас всегда будет так – думали мы. И ошибались – видимо, большие деньги и большие связи способны любой бред сделать явью.

Хроника необъявленного захвата нашего здания велась по всем неписанным правилам подобных рейдерских операций. Вначале нам было объявлено, что здание наше ветхое, того и гляди развалится, что больничные палаты малы и темны, что у нас устарели коммуникации, перекрытия прогнили и того гляди рухнут, ну и т.д. Но всё это, мягко говоря, не совсем соответствует действительности. В 2007 г. была проведена инженерно-техническая экспертиза нашего здания, которая подтвердила, что оно прекрасно простоит ещё много лет, что перекрытия в нём выполнены из сибирской лиственницы, славящейся во всём мире легендарной долговечностью и поразительной крепостью – достаточно сказать, что вся Венеция вот уже много веков стоит на опорах из сибирской лиственницы, и никаких проблем не испытывает. Да и палаты у нас достаточно просторные, к тому же все они с большими окнами. Что же касается устаревших коммуникаций, то это действительно так, но, наверное, в XXI веке их обновление не представляется особо сложной задачей, не так ли?

Никто у нас не возражал и не возражает против капитального ремонта, но и с этим нет никакой ясности. Вот два ответа на наши запросы из Департамента здравоохранения Москвы, подписанные начальником Управления строительства и капитального ремонта В.Михайловым. Оба они пришли в один и то же год – 2014-м. В одном из них говорится следующее: «…В здании офтальмологического стационара филиала № 1 ГБУЗ «Городская клиническая больница им. С.П.Боткина (далее филиал № 1 ГКБ им. С.П.Боткина), расположенного по адресу: Мамоновский переулок, д. 7, стр. 1, проводится капитальный ремонт. По состоянию на 25.08.2014 в здании стационара выполнены работы на 2-м и 3-м этажах. Общее выполнение работ в здании стационара составляет 42%. Завершение ремонтных работ планируется на 2015 г.». Второй ответ резюмирует: «В связи с реорганизацией учреждения путём присоединения к Городской клинической больнице им. С.П.Боткина ремонтные работы приостановлены». Повторяю: оба ответа получены в 2014 г. Впечатление такое, что правая рука не знает, что делает левая.

Естественно, мы не могли равнодушно наблюдать за всем этим: писали в Департамент здравоохранения Москвы, обращались к мэру С.Собянину, в администрацию Президента России. И мы намерены продолжать борьбу за право работать в больнице, которая создавалась на народные средства и для народа, а не для ублажения бизнес-интересов. Мы прекрасно осознаём свою ответственность и своё значение как в деле оказания специализированной глазной помощи москвичам, так и в разработке новых методов лечения глаз. Потребность в глазной помощи жителям столицы, особенно старшего поколения, чрезвычайно велика. Вот в данный момент, когда вы читаете эти строки, очередь только на плановую госпитализацию составляет до 3 тыс. человек. В сутки у нас выполняется до 90 глазных операций, в год оперируется более 16 тыс. человек. Работаем с полной отдачей сил, но, несмотря на это, не можем вовремя помочь всем страждущим. Со всех поликлиник Москвы, Московской области и других регионов России в нашу больницу для диагностики и лечения направляются уникальные сложные больные – более 110 тыс. человек ежегодно! И вот на таком фоне нас хотят закрыть. Как это понимать?

Нам говорят, что под офтальмологию в Боткинской больнице отведены новые помещения и новые операционные. Вот и славно! Они пустовать не будут. Растите в ней свои кадры, набирайтесь опыта, лечите людей, и они вам за это скажут спасибо. Но зачем же при этом закрывать такое старейшее медучреждение, как наша глазная больница? Разве она как-то мешает создаваемому новому боткинскому офтальмологическому центру? Нет ведь. Или, может быть, в Москве уже наблюдается избыток клиник «для всех»? Отнюдь! Кроме нашей, на данный момент их в столице всего лишь две: это институт глазных болезней им. Гельмгольца и Фёдоровская клиника. Этого катастрофически недостаточно, в этих клиниках гигантские очереди. Это нормально? Конечно же, нет! И на этом фоне решение о закрытии нашей больницы выглядит странно. А если в результате всех этих манипуляций в нашем 6-этажном особняке появятся, скажем, ряд модных фитнес салонов или разного рода сомнительные платные медучреждения под модными кричащими вывесками, которые после щедро оплаченной рекламы на ТВ начнут «доить» деньги с доверчивых клиентов – то это будет идти вразрез с интересами людей, не обладающих достаточными финансовыми возможностями для получения высококачественной медпомощи в области глазных болезней.

Не отступим

На базе нашей больницы действует кафедра офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, где ежегодно обучаются и повышают квалификацию сотни врачей со всех концов страны. Кому всё это мешает? Тот или те, кто задумал «прихватизировать» нашу больницу, должны знать, что мы не станем покорно и молча терпеть подобное, мы обратимся к общественному мнению и сделаем так, что эти люди станут нерукопожатными. Мы используем все разрешённые законом средства и способы борьбы за сохранение нашей больницы, и мы готовы идти в своей борьбе за правое дело до конца. И нам гарантирована помощь со стороны наших пациентов, сотни из них письменно выразили готовность принять самое деятельное участие в нашей борьбе. На нашей стороне и Президент России Владимир Путин, который в своём недавнем Послании Федеральному Собранию сказал: «Важнейшая задача, которая касается каждого, – это доступность современной, качественной медицинской помощи. Мы должны ориентироваться здесь на самые высокие мировые стандарты». Как раз этим мировым стандартам и отвечает наша больница, из стен которой вышли 70 кандидатов и 15 докторов медицинских наук, многие из которых стали академиками и профессорами, обрели известность и высочайшее уважение не только в России, но и во всём мире.

В нашем народе родилось такое крылатое выражение: «Глаза – зеркало души». Обращаемся ко всем, от кого зависит дальнейшая судьба Московской глазной больницы: «Не плюйте в зеркало души!». За это никто вам не скажет спасибо.

Пока у нас складывается ситуация, которая отражена в известной русской поговорке «Видит око, да зуб неймёт». Весь вопрос только в том, дадут ли власти этому самому «зубу» окончательный окорот, или он всё же в конце концов откусит лакомый кусочек, да при этом ещё и не подавится.

Тамара НИКОЛЬСКАЯ,
врач высшей категории рентгенодиагностического и терапевтического отделения филиала № 1 Офтальмологическая клиническая больница ГКБ им. С.П.Боткина.

Игорь АЛЕКСЕЕВ,
кафедра офтальмологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, доктор медицинских наук, профессор.

Исследования

Позднее акне у женщин

В его лечении удалось достичь определённых успехов

Являясь самым распространённым заболеванием кожи, акне относится к одному из клинических проявлений гиперандрогенных состояний у женщин, связанных с пубертатной перестройкой организма или нарушениями функции эндокринной системы вследствие различных заболеваний.

Несмотря на то, что акне не является заболеванием, затрагивающим жизненно важные органы, и не оказывает влияние на основные системы организма, оно заметно влияет на качество жизни пациентов, вызывая серьёзные социально-экономические и психологические проблемы. В различных исследованиях было показано, что в 30-50% случаев акне приводит к развитию дисморфофобии.

Не менее 15% пациентов с акне требуется дорогостоящее лечение из-за тяжести клинического состояния, у 2-7% из них косметические недостатки, обусловленные длительным течением дерматоза, остаются на всю жизнь. В соответствии с данными National Ambulatory Medical (США), акне является ведущим заболеванием среди 10,2 млн диагнозов, на которое приходится 25,4% среди 10 наиболее распространённых дерматозов.

Ежегодно во всём мире врачами выписываются препараты для лечения акне на сумму свыше 1 млрд долл. Затраты на системную и наружную терапию дерматоза составляют 12,6% от общей стоимости препаратов для лечения заболеваний кожи.

Акне рассматривают как хроническое воспалительное заболевание сальных желёз исключительно человека. Этиология акне пока изучена не полностью, но широко признано, что при этом заболевании результатом воздействия андрогенов на сальные железы является формирование себореи, патологического фолликулярного гиперкератоза, активизация анаэробной флоры и местное иммунное воспаление.

Современные исследования обусловили изменение классического взгляда на патогенез акне в связи с более подробным изучением фенотипических характеристик дерматоза. На сегодняшний день считается, что основные механизмы развития акне обусловлены многофакторным действием андрогенов, изменением соотношения липидов кожи, а также активностью отдельных нейропептидов. Кроме того, существует всё больше свидетельств того, что наследственные факторы играют важную, но косвенную роль в развитии данного дерматоза.

Известно, что мужские половые гормоны оказывают выраженное влияние на размер и функцию сальных желёз, а также на деление кератиноцитов в устье сально-волосяного фолликула. Гормональная регуляция сальных желёз осуществляется на уровнях: гипоталамус, гипофиз, кора надпочечников, половые железы. К гормонам, подавляющим салоотделение, относятся эстрогены, в то время как андрогены, прогестерон, адренокортикотропный гормон, тироксин и глюкокортикоиды – стимулируют продукцию кожного сала.

Акне, как правило, развивается в то время, когда надпочечники активно начинают вырабатывать дегидроэпиандростерон сульфат (адренархе). В условиях избытка андрогенов начинается гиперпродукция кожного сала и, как следствие, формируется акне. Также при акне отмечается изменение рецепторной регуляции. Установлено, что на участках кожи, где располагаются элементы акне, отмечается наиболее высокая плотность андрогенных рецепторов и повышено содержание фермента 5α-редуктазы по сравнению с непоражённой кожей.

Также было обнаружено, что синтез липидов в сальных железах стимулируется андрогенами через лиганды пероксисомальных пролиферативно-активных рецепторов (PPAR), которые так же, как и андрогенные рецепторы, располагаются в большом количестве в сальной железе. Доказательством андрогенного влияния является и положительное воздействие на течение акне приёма антиандрогенных препаратов, а также лекарственных средств, блокирующих андрогенные и PPAR рецепторы.

Сальные железы чувствительны ко всем известным андрогенам, но если влияние слабых андрогенов, таких как дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и его сульфата на салоотделение минимально, то андростерон, тестостерон и особенно дегидротестостерон оказывают значительное воздействие на функцию сальных желёз.

Сложность и многогранность этиопатогенеза акне подтверждается многочисленными исследованиями. Комплекс нарушений секреции рилизинг факторов, гипофизарных и стероидных гормонов яичников и надпочечников весьма многообразен.

Современные подходы к лечению акне включают назначение различных системных и наружных препаратов, влияющих на большинство звеньев патогенеза. Выбор методов лечения должен основываться на адекватной клинической оценке степени тяжести акне, типа высыпаний на коже, наличия сопутствующих заболеваний.

В лечении акне в последние годы удалось достичь определённых успехов, однако единственными средствами, влияющими на основной этиологический фактор развития себореи и акне – гиперандрогению (ГА), остаются препараты с антиандрогенной активностью.

Следует отметить, что патологический синтез андрогенов может регулироваться различными железами внутренней секреции, что обуславливает дифференцированный подход к выбору антиандрогенной терапии.

В результате исследования, проведённого на кафедре кожных и венерических болезней (заведующий кафедрой профессор Ю.Перламутров) Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, которое включало в себя клинические, лабораторные, инструментальные методы, женщины в возрасте 20-40 лет с диагнозом акне были разделены на группы в зависимости от формы ГА. При этом было выделено 6 групп.

Так, с яичниковой формой гиперандрогении (ЯГА) было 26,07% женщин, с ЯГА и инсулинорезистентностью – 65 женщин (19,94%). Наличие надпочечниковой формы ГА выявлены у 9,51%, смешанной – у 15,03%, СГА и гиперпролактинемия – у 8,28%. Отсутствие ГА было констатировано у 21,17% женщин с акне.

ЯГА оказалась наиболее частым регистрируемым гиперандрогенным состояниям у женщин. К овариальной ГА относится хорошо известный синдром поликистозных яичников и его особая форма – стромальный текоматоз яичников.

Частота синдрома поликистозных яичников в женской популяции колеблется от 3 до 10%. Синдром связан с нарушением механизма гипоталамической регуляции гонадотропной функции гипофиза и ЛГ-зависимой овариальной гиперсекрецией андрогенов гиперплазированной тека-тканью фолликулов и стромальными клетками. Почти 90% больных имеют прогрессирующий гирсутизм, при этом часто появляются и другие симптомы андрогензависимой дермопатии: себорея, акне, реже – алопеция. В некоторых случаях отмечаются симптомы вирильного синдрома – маскулинизация фигуры, барифония, гипертрофия и вирилизация клитора. В связи с тем, что при ЯГА в 90% случаев отмечается наличие акне, ведение пациенток должно осуществляться вместе с дерматовенерологом.

ГА надпочечникового генеза, её стёртые формы (неклассические, стёртые формы адреногенитального синдрома) являются ведущим фактором невынашивания у 30% женщин с ГА. Эти состояния связаны с врождённым дефектом фермента 21-гидроксилазы, что нарушает синтез гормонов в коре надпочечников и приводит к функциональной ГА и гормональной дерматопатии.

До настоящего времени не было сообщений об особенности течения акне и лечения этого дерматоза при надпочечниковой гиперандрогении (НГА), что послужило поводом выделения женщин с НГА в отдельную группу.

Анамнестические данные характеризовались ранним началом проявлений акне и признаков гирсутизма – средний возраст первых клинических проявлений составил 10,5 ± 1,2 лет. Обострение акне, со слов больных, возникало преимущественно в результате стресса.

При подробном сборе семейного анамнеза наличие акне у родителей отмечалось у 100%, гирсутизма матерей у 54,84% больных этой группы, что свидетельствовало о явной генетической предрасположенности к возникновению акне у пациенток с НГА.

При дерматологическом осмотре отмечены особенности клинических проявлений и локализации акне. У большинства женщин с НГА преобладали в большем количестве закрытые комедоны, которые регистрировались как на лице, так и на туловище.

При осмотре и подсчёте гирсутного числа была зарегистрирована III степень гирсутизма.

Антропометрические измерения показывают достоверное повышение индекса массы тела по сравнению со здоровыми и больными с ЯГА. При этом повышение массы тела произошло за счёт висцерального ожирения.

Клиническая картина СГА представляет собой объединённые симптомы, характерные для пациенток с НГА и ЯГА.

ГА смешанного происхождения может быть обусловлена генетическим дефектом 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы. Этот ферментный комплекс имеется в яичниках, надпочечниках и периферических тканях и превращает ДГЭА в андростерон, прегненолон – в прогестерон и 17-гидроксипрегненолон – в 17-гидроксипрогестерон. Клинические проявления недостаточности 3-бета-гидроксистероиддегидрогеназы обусловлены накоплением ДГЭА – слабого андрогена. Умеренное повышение уровня Т в сыворотке обусловлено его образованием в периферических тканях (в этих тканях дефект 3бета-гидроксистероиддегидрогеназы не проявляется).

Дебют акне в этой группе женщин отмечается в возрасте от 14 до 18 лет. Обострение возникает преимущественно в различные периоды менструального цикла. Генеалогический анализ выявил генетическую предрасположенность к возникновению акне у большинства пациенток (69,74%).

У большинства женщин (89,47%) акне располагаются только на коже лица, а сочетанное расположение (лицо, туловище и конечности) регистрировалось у 10,53%. Преимущественной локализации элементов сыпи не отмечалось, соотношение комедонов, папул и пустул равнозначно.

Пациенток с СГА в зависимости от уровня пролактина необходимо подразделять на 2 группы.

Стандартный глюкозотолерантный тест выявил и подтвердил наличие инсулинорезистентности при повышенном пролактине, что проявлялось увеличением базального и стимулированного инсулина, а также в конечной точке. Содержание глюкозы после стимуляции и в конечной точке достоверно превышало эти показатели по сравнению со здоровыми пациентами с недостоверным повышением площади под кривой.

По данным эпидемиологических исследований, в 20-30% случаев акне у женщин не связано с гиперандрогенными состояниями. В свою очередь, некоторые авторы указывают, что у таких больных при нормальном уровне гормонов увеличена аффинность рецепторов к ним.

В настоящем исследовании в шестую группу были включены пациентки без лабораторных признаков ГА в возрасте от 23 до 36 лет.

В этой группе дебют акне женщины отмечали в возрасте от 18 до 32 лет, при этом возникновение акне после 25 лет было отмечено у 37,68%. Обострение возникало преимущественно под воздействием стрессов – 43,48% больных.

Генеалогический анализ не выявил генетической предрасположенности к акне в этой группе. Жалобы на нарушение менструальной функции не предъявляла ни одна из женщин.

У большинства женщин этой группы (82,61%) элементы сыпи располагались только на коже лица (щёки и лоб), а сочетанное расположение (лицо и плечи) регистрировалось у 17,39%. Необходимо отметить наличие у всех пациенток этой группы рубцов, локальной пигментации, эрозий и корок, что указывает на скарификацию кожи.

Зависимости степени тяжести течения акне от возраста, наследственности и длительности заболевания установлено не было.

Признаков гирсутизма, отклонений при антропометрическом исследовании, в гормональном статусе, стероидном профиле мочи и биохимическом анализе крови не было выявлено.

На основании результатов, полученных в ходе исследования, были разработаны алгоритмы обследования женщин с акне.

Таким образом, для диагностики формы ГА у женщин с акне необходимо проведение комплекса лабораторных исследований, включающего в себя профиль стероидов в крови с обязательным определением уровня пролактина, стероидный профиль мочи, биохимические показатели углеводного и жирового обмена.

Эффективность антиандрогенной терапии на сегодняшний день составляет 35-48%. Поэтому комбинированные оральные контрацептивы и другие антиандрогены являются препаратами второй линии при лечении больных женщин с акне. Однако повышение эффективности стероидных препаратов возможно при детальном обследовании пациенток с выявлением этиологии ГА, дифференцированном назначении антиандрогенов.

Игорь ГОЛОУСЕНКО,
доктор медицинских наук,
доцент.

Кафедра кожных и венерических болезней Московского медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Авторитетное мнение

Спасение при сосудистых катастрофах

Информирование и обучение взрослого населения о «тревожных» признаках угрожающих жизни болезней становится всё более важным аспектом стратегии по снижению смертности

В городской клинической больнице № 15 им. О.М.Филатова функционирует один из крупнейших в нашей стране региональный сосудистый центр. Он оказывает все виды помощи больным с острым инфарктом миокарда и острыми нарушениями мозгового кровообращения. В его структуру, помимо общепринятой инфарктной и инсультной служб (с общим числом коек – 262, 42 из которых – реанимационные), входят отделение кардиохирургии со своим реанимационным отделением, нейрохирургии и сосудистой хирургии на 106 коек. То есть структурно и по кадровому потенциалу – это уникальное подразделение, которое принимает больных в любое время суток. О его работе, проблемах и достижениях в лечении таких грозных заболеваний как инфаркт и инсульт, обозреватель «Медицинской газеты» Алексей ПАПЫРИН беседует с руководителем этого сосудистого центра, заместителем главного врача ГКБ № 15, доктором медицинских наук Олегом АВЕРКОВЫМ.

– Олег Валерьевич, в Москве огромное внимание уделяется оказанию экстренной помощи больным с острым инфарктом миокарда и нарушением мозгового кровообращения. Изменились ли принципиально подходы к диагностике и лечению этого класса заболеваний?

– И не только в столице. Серьёзные и во многом успешные реформы в этом направлении идут по всей стране. Но первопрестольная является одним из реальных лидеров. Здесь уже несколько лет как радикально реорганизованы структура и работа системы по оказанию помощи больным с острым инфарктом миокарда. Правильнее говорить – с острым коронарным синдромом, так как неотложная госпитализация всех больных с подозрением на инфаркт миокарда (а именно подозрение лежит в основе термина «острый коронарный синдром») – залог успешного его лечения. В основе реорганизации – тесное и продуктивное взаимодействие бригад скорой помощи и специально оснащённых и подготовленных стационаров, объединённых в общую сеть и функционирующую как единый организм. В течение 2017 г. отлаженную и давшую положительные результаты модель применили уже к больным с мозговым инсультом.

– Можно ли сказать, что диагностика и сортировка больных проводятся быстро и чётко?

– Необходимость быстрой диагностики уже достаточно давно регламентирована действующими стандартами и клиническими рекомендациями. Согласно этим документам, мы должны начать оперативное лечение инфаркта миокарда в пределах часа от поступления больного, завершив к этому времени всю первоначальную диагностику (в большинстве случаев мы укладываемся в 30 минут). В ведении больных с острым нарушением мозгового кровообращения важнейшей временной характеристикой качества оказания помощи является время от поступления больного до получения изображений мозга с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии. Оно не должно превышать 20 минут. Ясно, что для соблюдения этих временных интервалов, службы, оказывающие помощь таким больным, должны работать 24 часа в сутки, 7 дней в неделю. Более того, в нашем стационаре, как и в большинстве московских центров круглосуточно функционируют два кабинета ангиографии и не менее двух установок для визуализации мозга.

– Какому количеству больных, госпитализированных в сосудистый центр, выполняются так называемые эндоваскулярные (внутрисосудистые) вмешательства?

– Доля таких больных, среди тех, кто поступает с большим, развивающимся инфарктом миокарда, уже не один год превышает 90%, а в отдельные месяцы приближается к 100%. В более доброкачественной и более разнородной группе пациентов с

острым коронарным синдромом, мы выполняем коронарографию примерно половине. По её итогам, как правило, делается коронарное стентирование, а в отдельных случаях – экстренная операция на открытом сердце (коронарное шунтирование).

К сожалению, среди больных с острым нарушением мозгового кровообращения доля кандидатов для эндоваскулярного лечения гораздо меньше. Главным ограничителем в этой клинической ситуации является время: чем позже от начала инсульта больной доставлен в стационар, тем меньше вероятность получить всё необходимое лечение. Это правило применимо и при лечении инфаркта миокарда, но из-за разной жизнеспособности сердечной мышцы и мозга, мы можем выполнять эндоваскулярные вмешательства при мозговом инсульте только в первые 6 часов болезни, а при инфаркте миокарда – в пределах 2 суток от его начала. Ясно, что лечение даст наилучшие результаты, если оно проведено как можно раньше. Внутрисосудистые операции при ишемическом инсульте в нашем центре находятся на этапе освоения. Таких операций в 2017 г. у нас сделано 45 (в 2016 – 6).

– А как вы относитесь к применению тромболизиса скорой помощью?

– При лечении больных с инфарктом миокарда – как к вынужденной мере в условиях, когда нет возможности (или желания) организовать современную инфраструктуру для ведения больных с острым коронарным синдромом. В идеале эта структура должна работать так, чтобы все нуждающиеся в экстренном открытии сосуда, кровоснабжающего участок погибающей сердечной мышцы, очень быстро попадали в стационары для осуществления экстренных внутрикоронарных вмешательств. Московский опыт организации подобной инфраструктуры говорит о том, что очень многое зависит от активности и настойчивости врачей-энтузиастов. Вторым обязательным условием является всесторонняя поддержка не только руководства здравоохранения, но и руководства региона. В Москве уже более двух лет бригады скорой помощи не применяют тромболизис при инфаркте миокарда. И больные от этого только выигрывают. Практически все они, нуждающиеся в экстренном открытии сердечной артерии, в Москве подвергаются внутрисосудистым вмешательствам. Эти вмешательства, при сравнении с тромболизисом, более эффективны и безопасны.

Сходная ситуация с исчезновением тромболизиса как метода лечения инфаркта миокарда и в некоторых европейских странах, где инфраструктура и логистика оказания помощи таким больным оптимальна. Догоспитальное применение тромболизиса при ишемическом инсульте представляется очень привлекательным, но для принятия решения о подобном лечении требуются результаты визуализации мозга с помощью компьютерной или магнитно-резонансной томографии. К сожалению, оборудование для такого обследования достаточно громоздко и располагается в стационарах. В некоторых странах, например, в Германии, уже используются автомобили скорой помощи, оснащённые компьютерным томографом. Они как раз и предназначены для догоспитального тромболизиса при инсульте.

– Сегодня много внимания уделяется реабилитации больных, перенёсших инфаркт миокарда и инсульт. Есть ли возможности для этого в ГКБ № 15?

– Да, разумеется, но нужно понимать, что процесс реабилитации больных с сосудистыми катастрофами не ограничивается периодом пребывания в стационаре. Тем более, что при правильном начальном лечении и благоприятном течении болезни, этот период теперь длится всего несколько дней. Стационарный этап реабилитации начинается фактически с первого дня госпитализации. Уже в отделении интенсивного наблюдения и лечения к ведению больных подключаются инструкторы по лечебной физкультуре, психологи, у значительной части больных с инсультом – логопеды. Помимо физического «восстановления» важнейшим элементом ведения больных с инфарктом миокарда и с острым нарушением мозгового кровообращения является психологическая реабилитация больного. Огромную роль здесь играет ближайшее его окружение. Для возвращения больного к нормальной жизни и работе критически важно активное участие близких, фактически – с первых дней болезни.

– Переоснастить новым оборудованием неврологическое и кардиологическое отделения, нейрореанимацию и кардиореанимацию – половина дела. Чтобы поменялась модель работы по порядку оказания медицинской помощи, надо иметь для этого финансовые возможности. Удаётся ли Московскому городскому фонду ОМС компенсировать все затраты стационару, который выполняет функции «скоропомощной» больницы?

– В целом – да. Использование достижений высоких технологий достаточно затратно и так называемые тарифы на лечение больных с инсультом и инфарктом – одни из самых высоких в системе ОМС. С моей точки зрения, крайне непродуманным до настоящего времени является финансирование начальной диагностической активности у больных, доставленных с подозрением на острый коронарный синдром или острое нарушение мозгового кровообращения. Здравый смысл и имеющийся опыт подсказывают, что эти диагнозы подтверждаются далеко не в каждом случае (согласно действующим рекомендациям по ведению больных с острым коронарным синдромом этот диагноз должен быть «снят» примерно в половине случаев). Но чтобы исключить этот диагноз, в первые часы пребывания в стационаре больной подвергается очень интенсивному обследованию, так как помимо инфаркта миокарда, сходные с ним проявления могут иметь десятки других болезней. Среди них есть и угрожающие жизни больного, например, расслоение («надрыв») аорты или тромбоэмболия ветвей лёгочной артерии. В ходе поиска причины жалоб у такого больного используются различные данные лабораторных методов диагностики, ультразвуковое обследование, эндоскопия, компьютерная томография и даже ангиография. Если в результате обследования больному устанавливается диагноз, не требующий, как правило, стационарного лечения, например, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофагит (воспаление слизистой пищевода) или истерия, то становится непонятным, как будет оплачен этот весьма затратный диагностический процесс.

– Вы – признанный эксперт в области острых коронарных синдромов и антитромботического лечения, член рабочей группы по созданию российских рекомендаций по ведению больных с острым инфарктом миокарда и с острым коронарным синдромом. В чём состоит методология составления клинических рекомендаций? И помогают ли они на практике специалисту?

– Клиническая медицина очень динамична. Ежегодно завершаются десятки крупных клинических исследований, меняющих наши представления о механизмах развития болезней, диагностике и подходах к лечению больных. Разумеется, что наиболее значимые достижения современной медицинской науки находят отражение в рекомендательных документах, большая часть которых создаётся группой экспертов, представляющих одно или несколько профессиональных сообществ. Существуют разные подходы к обновлению рекомендаций. В Европе, а в след за ней и в России, чаще всего прибегают к созданию обновлённых документов 1 раз в несколько лет, как правило – 3-5. Мне лично больше импонирует заокеанский подход. Там, помимо выпуска серьёзных многостраничных документов, радикально обновляемых 1 раз в 3-5 лет, практически ежегодно издаются короткие дополнения, отражающие свежую важную информацию.

Говоря о методологии создания рекомендаций, следует сказать, что в последние годы используется градация рекомендуемых подходов к диагностике и лечению. Дополнительно указывается уровень доказанности или обоснованности каждого из положений рекомендаций. Так, в кардиологии существуют три класса градаций: 1 – использование метода, лекарства или подхода обязательно, 2 – использование возможно, 3 – использование запрещено. Уровень доказанности может быть высоким, например, когда данные о целесообразности/нецелесообразности применения данного вмешательства воспроизведены в нескольких (минимум в двух) клинических исследованиях, а может быть низким, например, когда в основе целесообразности метода или подхода лежит субъективное мнение экспертов. Что касается практического врача (если речь идёт о современном, цивилизованном докторе), то для него клинические рекомендации – основной инструмент при принятии решений в стандартных ситуациях. Разумеется, что клинические протоколы – не догма. Настоящий врач-профессионал неизбежно индивидуализирует процесс диагностики и лечения, грамотно обосновывая необходимость отклониться от действующих стандартов и рекомендаций.

– Сегодня кажется, что вот-вот наступит время, когда появятся «интеллектуальные помощники» врача. И в процессе диагностики, лечения врачам будет предлагаться компьютерный алгоритм принятия решений. Как вы считаете, не приведёт ли это к тому, что российская медицина потеряет квалифицированных клиницистов? А если вся эта умная техника остановится, то лечение больных вообще станет невозможным?

– Тотальное замещение человека в процессах диагностики и лечения больного в обозримом будущем нереально. Обозначенное в вашем вопросе «восстание машин» в медицине, по-моему, невозможно. Тем не менее, уже сейчас трудно представить современного врача без регулярного обращения к «наладоннику» или планшету, нередко и у постели больного. При принятии решений мы всё чаще используем различные шкалы оценки риска, например, риска кровотечения или риска инсульта. Итогом обращения к подобным шкалам может быть выбор конкретного лекарства или воздержание от его назначения. Привыкнув к такой «помощи» и оказавшись в какой-то момент без смартфона, начинаешь осознавать свою «зависимость» от помощников, названных вами интеллектуальными. Внедрение в рутинную врачебную деятельность достижений современных технологий неизбежно и оправдано. Уже сейчас некоторые из моих молодых коллег кардиологов могут позволить себе заменить процесс аускультации сердца эхокардиографией. Всё чаще под сомнение ставится такой старинный метод физического осмотра больного как перкуссия. В научной медицинской литературе уже не один год всерьёз обсуждается «смерть фонендоскопа». Мне кажется, что в отношении к подобным переменам «цепляться» за традиции глупо. С другой стороны, одним из важнейших достижений современной науки в целом является создание портативных, компактных устройств. В медицине это, например, ультразвуковые приборы. Буквально на днях в одной из англоязычных статей всерьёз обсуждалось появление пятого метода рутинного осмотра больного – «озвучивания» (речь идёт об использовании ультразвука), наряду с традиционным опросом, пальпацией, перкуссией и аускультацией.

– Доступность медицинской помощи определяет многое. Понятно, что в Москве – прекрасные дороги, но движение по ним часто ограничивают автомобильные пробки. Удаётся ли «скорой» доставлять больных в течение «золотого часа»?

– В последние несколько лет в абсолютном большинстве случаев доставка больного в стационар укладывается в 20 минут. Произойдёт ли в итоге такой доставки поступление больного в пределах «золотого часа», зависит не только от медиков. К сожалению, одной из главных проблем лечения больных с инфарктом миокарда, инсультом и неотложной медицины в целом, является запоздалое обращение больных за медицинской помощью. Информирование и даже обучение взрослого населения о «тревожных» проявлениях болезней и необходимости своевременного обращения за помощью, является ключевым элементом стратегии по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Участие средств массовой информации в этом обучении я считаю судьбоносным. Поэтому мне до сих пор непонятен отказ центральных телеканалов от демонстрации, с моей точки зрения, мотивирующего к своевременному обращению за медицинской помощью, ролика, созданного одним из известных российских режиссёров.

К несчастью, даже среди людей, образованных в нашей стране, в случае острой болезни, всё ещё широко распространены самолечение и стремление «подождать до утра».

Что касается составляющих успешности своевременной доставки больных в стационар, то здесь помимо медицинских организационных элементов («сетевое» покрытие территории с жёстким зонированием и направлением бригады «03» в ближайший стационар, непрерывное мониторирование перемещения автомобилей скорой помощи), есть вклад и других логистических решений, например, «выделенных» полос на автомобильных дорогах.

– Как вы относитесь к реформированию столичного здравоохранения? Не боитесь, что часть специалистов перейдёт работать из стационаров в поликлиники?

– К реформированию отношусь как к неизбежному. Мне ясно, что оставить всё так, как было «при социализме» нельзя. Есть вероятность, что в ходе реформ будут ошибочные действия и решения. Не ошибается тот, кто ничего не делает. Обсуждённый выше пример с изменениями в оказании помощи больным с инфарктом миокарда, приведших к реальному и очень заметному снижению смертности от этой болезни, позволяет быть оптимистом. Перемещения части специалистов из стационаров в поликлиники меня не смущает, есть вероятность, что это улучшит оказание амбулаторной медицинской помощи.

– Олег Валерьевич, над решением каких новых задач коллектив сосудистого центра работает в этом году?

– В планах на 2018 г. широкое использование операций коронарного шунтирования у больных с острым коронарным синдромом. Речь идёт о больных с тяжёлым, потенциально фатальным, поражением коронарных артерий, не подходящим для типового эндоваскулярного лечения. Основания для этого – появившееся в 2018 г. финансирование такого лечения в рамках ОМС. У этой категории больных, и других с тяжёлой острой сердечной недостаточностью планируем шире использовать такой вспомогательный метод, как экстракорпоральная мембранная оксигенация. Что касается ведения больных с острым нарушением мозгового кровообращения, то всерьёз рассматриваем возможность расширения временного «терапевтического окна» для выполнения тромбоэкстракции при ишемическом инсульте у отдельных, специально отобранных больных. Возможность такого подхода обозначилась в нескольких крупных исследованиях, результаты которых были представлены во второй половине 2017 г. и уже нашли отражения в рекомендательных документах в некоторых странах, например, в США. Будучи участниками пилотного проекта Департамента здравоохранения Москвы по реабилитации, с нетерпением ждём дооснащения клиники ультрасовременным «восстановительным» оборудованием, появления в больнице возможности осуществлять полный цикл реабилитации больных с нарушениями мозгового кровообращения.

Ориентиры

Подытожив «актив», посчитали «пассив»

Развитие основных принципов охраны здоровья оценил совет при полпреде Президента РФ в Северо-Западном федеральном округе

Какие сегодня доступность и качество медицинской помощи в административных образованиях Северо-Запада? Об этом шла речь в Санкт-Петербурге на заседании совета при полномочном представителе Президента России в СЗФО Александра Беглова. Большое совещание по видеосвязи прошло с участием заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец. За овальным столом в полпредстве присутствовали также главы регионов, входящих в состав СЗФО.

По утверждению Александра Беглова, за минувшую пятилетку 11 субъектам РФ, расположенным в пределах северной территории европейской части страны, удалось достичь значительных результатов по выполнению Майских указов главы государства. В качестве доказательства полпред Президента привёл такие цифры и факты: продолжительность жизни россиян на Северо-Западе увеличилась на 2 года и теперь составляет 72,7 года. Развивается сеть больниц, поликлиник, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, обновляется автопарк скорой медицинской помощи, на подъёме находятся санитарная авиация и телемедицина. Только зданий ФАПов было приобретено или построено 155, а число автомобилей, пополнивших парк станций СМП – 1530. У «крылатой медицины» на Северо-Западе в силу территориальной специфики есть государственная поддержка: в прошедшем году республики Карелия и Коми, Архангельская, Вологодская и Псковские области, Ненецкий автономный округ получили субсидии на закупку авиационной услуги для оказания лечебно-диагностической помощи.

Существенные подвижки, как явствовало из выступления руководителя аппарата Северо-Западного полпредства Президента, произошли в закреплении медицинских кадров на одной десятой части территории страны. Заработная плата врачей выросла в 1,5 раза, среднего медицинского персонала – на 40%, младших медицинских сотрудников – на 66%. За время реализации программы «Земский доктор» в федеральном округе подъёмные в размере 1 млн руб. были выданы 1595 медицинским работникам.

Подытожив «актив», А.Беглов счёл нужным обратить внимание и на «пассив». Он конкретизировал узкие места в здравоохранительной сфере, требующие ресурсных, финансовых и интеллектуальных вложений. «На сегодняшний день не удалось снизить до запланированных показатели смертности от болезней системы кровообращения и онкологии. Ряду медицинских учреждений необходим капитальный ремонт, нужно продолжать восстанавливать и развивать сеть ФАПов, реализовывать программы закрепления кадров в сельской местности. В этой работе регионам важна федеральная поддержка», – считает полномочный представитель Президента. При этом он указал на потребность регионов Северо-Западного федерального округа в софинансировании программ льготного лекарственного обеспечения, в частности, больных с орфанной патологией, со стороны федерального центра.

К выполнению демографических целевых показателей, обозначенных в Майских указах Президента, на примере субъектов Северо-Западного федерального округа обратилась в своём выступлении Ольга Голодец. Заместитель председателя Правительства РФ констатировала снижение смертности в СЗФО по всем медицинским профилям, сопроводив слова для наглядности цифрами: за 2017 г. по сравнению с аналогичным периодом удалось сохранить почти 5,2 тыс. человеческих жизней. Касаясь обеспеченности мегарегиона медицинскими кадрами, она признала их нехватку, но отметила: уровень этой обеспеченности на Северо-Западе выше, чем в среднем по стране. Проиллюстрировала О.Голодец в красноречивых цифрах и здешнюю доступность высокотехнологичной медицинской помощи: объём ВМП вырос в 1,8 раза.

Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева остановилась на выполнении в субъектах СЗФО пилотного проекта «Бережливая поликлиника», дав позитивную оценку усилиям на создание комфортных условий пребывания посетителей, в том числе с ограниченными физическими возможностями, в учреждениях поликлинического звена.

Прирост субвенции ФОМС для регионов Северо-Западного федерального округа в нынешнем году исчисляется суммой 35,8 млрд руб., что значительнее увеличения субвенций в целом по стране. Об этом поведала на заседании совета при полномочном представителе Президента РФ председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко. Такой прирост, по её мнению, делает реальным достижение целевых показателей повышения заработной платы «указных» категорий медработников в 2018 г.: по врачам 200% от средней заработной платы в регионе их проживания, по среднему и младшему персоналу – соответственно 100%, а также увеличение всех других расходов на 4%.

А как оценивают доступность и качество медицинской помощи губернаторы? По сообщению главы администрации Ленинградской области Александра Дрозденко, важнейшая задача – обеспечить равный доступ к получению медицинских услуг как в городских, так и в сельских поселениях, чтобы жители знали, какие процедуры им гарантированы в ФАПах, амбулаториях и поликлиниках вне зависимости от места проживания».

Глава региона проинформировал, что наряду со строительством новых медицинских учреждений первого уровня в области реализуется программа реновации и переоснащения ЛПУ. Также начато сооружение нового здания детской областной больницы в Сертолово, возводится реабилитационный медицинский центр в Коммунаре, запланировано создание современного лечебного комплекса онкологического профиля в Кузьмолово. Добиваться значительного улучшения качества медицинской помощи, и, как следствие, серьёзных результатов в снижении уровня детской смертности и смертности в результате ДТП, в повышении продолжительности жизни помог переход на проектное управление.

Участники совещания обсудили также достижения и нерешённые проблемы в оказании медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями.

Не прошло и трёх дней после заседания совета при полномочном представителе Президента в Северо-Западном федеральном округе, как А.Беглов предпринял рабочую поездку в Гатчину, чтобы провести мониторинг выполнения Майских указов Президента в самом крупном и современном из городов Ленинградской области и воочию взглянуть на плоды отдельно взятого регионального опыта по проектному управлению здравоохранительной сферой. Он познакомился, в частности, с работой стационара сестринского ухода «Родные люди». В этом частном учреждении оказываются услуги общего и психо-гериатрического профиля пожилым и престарелым. Как пояснил гостю сопровождавший его губернатор, региональное законодательство позволяет напрямую из бюджета финансировать как государственные организации, чья деятельность подразумевает важную социальную миссию, так и частные. Главное, чтобы было соответствующее соглашение и предлагался определённый набор услуг. Благодаря такому подходу в регионе и стали появляться дома сестринского ухода с частной формой собственности, спрос на которые в Ленинградской области, где среди жителей последние годы увеличивается доля самых старших возрастных групп, очень высок.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург –
Ленинградская область.

А как у них?

Товар особого вида

За медикаментами в торговой сети Германии особый контроль

В отличие от многих других европейских стран, в Германии даже безрецептурные медикаменты продаются только в аптеках. Почему немцы не спешат следовать примеру соседей, и кто от этого в выигрыше?

По трём категориям

Ситуация, когда придя домой с работы, поужинав, у тебя вдруг разболелась голова и ты полезешь в домашнюю аптечку за аспирином, а аспирин кончился, и ты сможешь найти открытую аптеку поблизости, такого здесь точно нет. Аптек в Германии более 20 тыс., есть, наверняка, и поблизости, но закрываются они самое позднее в 19 часов. Дежурная же, работающая всю ночь, может оказаться на другом конце района, поскольку дежурят аптеки по очереди.

Рядом – супермаркет, открытый допоздна. За углом – круглосуточная заправка с широким ассортиментом не только углеводородных товаров. Но аспирина ни в магазине, ни на бензоколонке в Германии не купишь. Только в аптеке.

У них существует 3 категории лекарственных препаратов. Первая – это допущенные к свободной продаже где угодно: слабодействующие витамины, травяные настойки и чаи, лечебные грязи, пластырь от мозолей, соли для ванн, минеральные добавки типа магнезия, цинка или кальция, якобы омолаживающие кремы, дезинфицирующие средства.

Лекарства, отпускаемые без рецепта врача, то есть медикаменты второй категории, купить можно опять-таки только в аптеке. К тому же платить за них надо из своего кармана. Исключение составляют дети до 12 лет (в некоторых случаях до 18) и хронические больные – им врач имеет право выписать соответствующий рецепт, по которому аптека получает деньги от больничной кассы.

Третья категория – лекарства по рецепту. Их можно получить только в аптеке. Оплачивают их, к слову, не пациенты, а больничные кассы (будь то частные или контролируемые государством), в которых застрахованы практически все жители Германии.

Лекарства без рецепта можно купить в супермаркетах Европы, но не в Германии. Порядки на этот счёт в Германии значительно строже, причём не только чем в США, где ибупрофен в огромных пластмассовых банках стоит на полках супермаркетов рядом с йогуртом, но и многих европейских стран.

Попытки добиться либерализации рынка безрецептурных медикаментов предпринимались и в Германии уже давно. Однако из той затеи ничего не вышло, хотя немецкие супермаркеты и обещали продавать популярный аспирин и другие болеутоляющие по ценам на 45% ниже, чем в аптеках. Все попытки добиться изменения действующего в Германии закона о лекарственных препаратах, разрешающего только аптекам торговать безрецептурными лекарствами, оказались тщетными.

Строгое дело

Аптека в Германии – это святое. И профессия аптекаря – тоже. Чтобы получить диплом и лицензию, надо учиться 4 года, потом ещё год практики и госэкзамены.

Открыть свою собственную аптеку или выкупить разорившуюся в Германии имеет право только человек, имеющий образование аптекаря и соответствующую лицензию. Прежде чем выдать разрешение, местные власти придирчиво проверяют соблюдение целого ряда требований: размер помещения, наличие оборудованной лаборатории, достаточно вместительного склада, отдельной комнаты для ночного дежурного, справочной фармакологической и юридической литературы…

Владелец аптеки к тому же обязан лично ею руководить и нанимать на работу только продавцов, имеющих соответствующую квалификацию. Отсутствовать в собственной аптеке владельцу разрешено не более 3 месяцев в году. В это время замещать его может только такой же дипломированный аптекарь.

Конкуренты не дремлют

В Германии, в отличие от многих других стран, к тому же нет сетевых аптек, принадлежащих какому-нибудь одному владельцу или фармакологическому концерну. Кроме своей основной аптеки, её владелец имеет право иметь ещё только три управляемых нанятыми аптекарями филиала, причём расположенных в том же или в соседнем районе.

У немецких аптекарей – сильное лобби, ревниво отстаивающее их корпоративные экономические интересы. На все попытки конкурентов из числа супермаркетов выйти на рынок безрецептурных медикаментов они отвечают срочными судебными исками.

Урсула Зеллерберг из Федерального объединения немецких аптекарских союзов (ABDA) приводит – по понятным причинам – другие аргументы, объясняя, почему такие лекарства должны продаваться только в аптеках. «Безрецептурные – не значит безобидные, – пояснила она. – Так, например, слишком длительный и частый приём болеутоляющих препаратов может привести к хронической головной боли. Возникает порочный круг: от какой боли пациенты принимают все больше таблеток».

Другой пример, который привела У.Зеллерберг, касается каплей от насморка: если пользоваться ими более семи дней подряд, то могут возникнуть необратимые изменения слизистой оболочки – ощущение постоянно заложенного носа. «Вот всего два примера того, с какими рисками связано употребление казалось бы безобидных лекарств», – заявила она.

И в самом деле: датские учёные недавно выяснили, что такие широко распространённые болеутоляющие средства, как ибупрофен и диклофенак могут иметь крайне опасные побочные действия вплоть до остановки сердца.

Минздрав предупреждает…

По этой причине и немецкие защитники прав потребителей не поддерживают идею свободной продажи аспирина или парацетамола – пусть в супермаркетах и на заправках они стоили бы заметно дешевле, чем в аптеке.

«Мы, конечно, не в восторге от явно завышенных аптечных цен, – сказала Регина Берендт из Общества защиты прав потребителей федеральной земли Северный Рейн – Вестфалия. – Но если на одной чаше весов – цена, которую вынуждены платить покупатели, а на другой – риск для их здоровья, то мы считаем приоритетом второе».

Такой же точки зрения придерживаются и в Министерстве здравоохранения Германии. Поэтому на любой, в том числе и безрецептурный медикамент с возможным побочным эффектом ставится специальная маркировка «apothekenpflichtig». То есть он допускается к продаже только в аптеке, обязанной предоставить покупателю квалифицированную консультацию.

Несколько лет назад немецкие суды запретили даже самим аптекарям выставлять такие медикаменты в торговых залах на полках самообслуживания. «Лекарственные препараты – это товар особого вида и подлежит передаче покупателю квалифицированным лицом», – говорится, например, в решении административного суда Ахена.

Юлия ИНИНА.

По информации Deutsche Welle.

Угроза

Мобильный Альцгеймер

Исследование учёных из Американской медицинской ассоциации показало, что длительное нахождение включённого мобильного телефона в непосредственной близости с головой человека изменяет метаболизм глюкозы в головном мозге. Это может привести к возникновению болезни Альцгеймера.

Некоторые эксперты считают подобное заболевание ещё одной разновидностью сахарного диабета, так называемый диабет мозга. Это обуславливается тем, что клетки данного органа теряют способность полноценно использовать глюкозу в качестве основного источника энергии, отчего со временем умирают. Кроме того, излучение, распространяемое мобильным телефоном, выступает в качестве благоприятного условия для повышения уровня фрагментов белка, которые имеют название бета-амилоиды. Именно формирование бляшек из этого вещества являются основным фактором, ведущим к возникновению болезни Альцгеймера.

Многие научные исследования показывают, что влияние даже низкого уровня радиации мобильного телефона на протяжении часа нарушает природный процесс выработки мелатонина, а использование гаджетов в ночное время суток вызывает нарушения сна, в том числе и бессонницу.

Ранее уже было доказано негативное влияние радиации мобильного телефона на органы эндокринной системы, в частности на щитовидную железу. При этом наблюдается повышение концентрации тиреотропного гормона, который напрямую связан с гипотиреозом. Совокупность таких нарушений влечёт за собой утрату памяти, ухудшение концентрации, хроническую усталость и проблемы с принятием решений. Стоит отметить, что подобные признаки также характерны для болезни Альцгеймера. В качестве профилактики подобного недуга следует лишь взять за привычку держать мобильный телефон подальше от головы во время сна.

Александра БЕРЧЕНКО.

По информации Daily Mail.

Взгляд

Твоя вина в моей привычке

Растёт число пациентов, зависимых от медицинских препаратов

Общественное здравоохранение Великобритании (Public Health England, PHE) пересмотрит тысячи рецептов на медицинские препараты, вызывающие зависимость. Согласно данным Национальной службы здравоохранения (National Health Service – NHS), каждому одиннадцатому пациенту выписывается рецепт на лекарства, применение которых вызывает привыкание и зависимость.

Специалисты из PHE встревожены увеличением зависимости пациентов от медицинских препаратов и опасаются, что ситуация может выйти из-под контроля. Комиссия намерена пересмотреть рецепты на мощные седативные средства, обезболивающие и антидепрессанты.

Под проверку попадают следующие препараты: седативные средства и препараты, уменьшающие тревожность, также известные как бензодиазепины и «z-препараты» – золпидем и зопиклон; болеутоляющие и препараты для лечения эпилепсии, такие как опиоиды, прегабалин и габапентин; антидепрессанты.

За последние 5 лет количество рецептов на вышеперечисленные препараты, согласно отчётам терапевтов Великобритании, увеличилось на 3%. Как сказал министр общественного здравоохранения Стив Бринн: «Нам известно, что проблема зависимости от медицинских препаратов широко распространена и в других странах. Мы намерены провести расследование с целью убедиться, что врачи имели основание для назначения опасных препаратов».

Представители комиссии, осуществляющие проверку выписанных рецептов, заверили, что наверняка многие рецепты останутся в силе, и подчеркнули, что пациенты не должны отказываться от вышеперечисленных препаратов без предварительной консультации с лечащим врачом.

А для тех пациентов, уже угодивших в ловушку зависимости, Британская медицинская ассоциация планирует создать горячую линию поддержки и бесплатные консультации. «Необходимо обеспечить более активную поддержку зависимых пациентов», – сказал пресс-секретарь ассоциации.

В связи с обострением проблемы зависимости англичан от медицинских препаратов PHE введёт ужесточённую систему проверки всех рецептов, которые будут выписаны врачами. Терапевты также будут обязаны провести консультации с пациентами перед назначением сильнодействующих препаратов, в ходе которых обсудить побочные эффекты от их применения.

Профессор Хелен Стокс-Лэмпард, председатель Королевского колледжа врачей-терапевтов, сказала: «Перед назначением сильнодействующих препаратов врач обязан учесть индивидуальные физические и психологические особенности организма пациента». Также она сообщила, что согласно её наблюдениям многие пациенты сильнодействующим препаратам предпочитают альтернативные виды лечения.

Инга КАТАРИНА.

По материалам the UK.one

Книжная полка врача

Дневник доктора Ливанова

Далекое это российской провинции

Недавно в Рыбинске вышла весьма необычная книга – «Записки доктора (1926-1929)» К.Ливанова.

Доктор Константин Ливанов (1874-1942) родился в многодетной семье священника в селе Александрова Пустынь Рыбинского уезда Ярославской губернии, окончил Рыбинскую мужскую гимназию, затем Ярославскую духовную семинарию, а в 1901 г. – медицинский факультет Императорского Юрьевского университета. Работал земским врачом в Ярославской губернии до 1907 г., когда был на год посажен в одиночную камеру рыбинской уездной тюрьмы за принадлежность к запрещённому Крестьянскому союзу. После освобождения занялся частной лечебной практикой в Рыбинске. С началом Первой мировой войны назначен на должность старшего врача и начальника военного лазарета на 80 коек, а после окончания войны вернулся к частной практике, работал врачом в поликлинике им. Семашко. Старший сын К.Ливанова, увлекавшийся математикой, подсчитал, сколько пациентов прошло через отца – получилось около 200 тыс. посещений. Весной 1930 г. по обвинению в контрреволюционной агитации против колхозов и массовой коллективизации К.Ливанов был арестован и заключён в местную тюрьму, откуда год спустя постановлением Особого совещания при коллегии ОГПУ выслан в Казахстан, перенёс там инсульт с развитием паралича и афазии. Стараниями жены переведён в Рыбинск, где провёл 10 лет «в неподвижности и немоте». Реабилитирован посмертно в мае 1957 г.

Отрывки из дневника доктора Ливанова под заголовком «Без Бога» были впервые опубликованы в 2002 г. в журнале «Новый мир» и высоко оценены А.Солженицыным. «Издание их отдельной книгой — дело, надеемся, недалёкого будущего», – отмечалось в предисловии к публикации. Ждать пришлось 15 лет. В рецензируемом издании «Записки» впервые публикуются в полном объёме, в серии «Эхо эпохи: дневники и мемуары». Им предшествует вводная статья заместителя председателя

К.Ливанов (фото 1912 г.)

совета Рыбинского отделения Всероссийского общества охраны памятников истории и культуры А.Серебрякова. «Из разрозненных отрывков складывается широкая общественная панорама, наполненная духовной атмосферой, в которой пребывал Рыбинск и вся провинциальная Россия в середине 20-х годов прошлого столетия», – пишет он.

Доктор Ливанов в школьной тетради фиксирует случаи из своей врачебной практики, цитирует Библию, античных и современных авторов, особенно писателя В.Розанова. Описывает пьянство, насилие, нужду, размышляет о браке. «Мужики пьянствуют, а бабы аборты делают – вот и вся наша теперешняя распоганая жизнь!» – приводит он слова одного из больных. Прямая речь пациентов доктора Ливанова наглядно иллюстрирует состояние социума. Например: «Как человек, сведущий в медицине, ненавижу я мочевую кислоту, от которой организму получается зло сверхъестественного масштаба. Ну, это между прочим, а главное, с чем я к вам обратился, – это боли у меня в правом подреберье, те самые, которые бывают при воспалениях печени, так называемых циррозах, при некоторых душевных и нервных состояниях».

Другой случай: «Революция несчастная! Вот всё с неё и хвораю…». А вот услышанный в амбулатории разговор: «Сколько больных?! И откуда они берутся?» – «Откуда? А жизнь-то какая – из-за жизни больше и больных!». Или сценка, знакомая любому, кто хоть раз сидел на амбулаторном приёме: «Потрудитесь, товарищ Ливанов, осмотреть меня: страдаю головными болями и вообще желаю весь осмотреться». – «Но ведь вы ко мне на приём не записаны, без записи я не могу вас принять». – «Какие ещё тут записи, я работать не могу, у меня голова болит, и весь я нездоров!»

1920-е годы, эпоху НЭПа принято считать временем относительного благополучия. Но послушаем, что говорят доктору больные: «Пища у нас очень плоха – один только хлеб. Найдётся когда луковка, так уж это большая радость… Посыпешь сольцой, и поешь, и Бога поблагодаришь!».

Вот запись от 23.10.1928: «За последний месяц ежедневно обращаются ко мне больные с просьбами о рецептах на муку, манную крупу и рис: «Хлеб, что выдают, есть невозможно: кислый, клейкий, в рот не лезет, а как поешь – весь живот изрежет»; «Молока покупать не на что, а чем без молока кормить ребят: никаких круп не дают»; «Уж вы вместо лекарства-то напишите, сделайте милость, рецептик на мучку беленькую, а если можно, то и на манную крупу: все и болезни-то наши от голода, как бы ели хорошо, и к докторам бы не ходили, не беспокоили бы их»; «Уж вы мне скажите, доктор, откровенно: стоит принимать лекарства, когда пищи нету?»…

Доктор Ливанов пользовался безграничным доверием своих больных: «Уж я вам покаюсь: чтобы не идти в Красную армию, водки настоял с перцем и борной кислотой да и выпил. Два месяца прошло, а все поправиться не могу».

Он отмечает безграмотность коллег: «Врач в больничном листке пишет: «улудьшение» (улучшение)». Больные такого же мнения: «Какой у нас доктор?! Пощупал да в книжку посмотрел, опять потрогает – снова в книжку. «Нет, думаю. Дело неладно, надо в город ехать к настоящему доктору»; «Ухо заложило, а боюсь к ушному-то идти: уж больно он гордый!»; «Что же у нас-то так-то не лечат: и не осматривают, и не ослушивают? Подойдёт эдак со смешком, похлопает по плечу, да и даст каких-то жёлтых капель».

«В больнице врач предлагает больной уходить домой. «Всё равно, говорит, помирать: што дома, што здесь, а нам, говорит, место нужно».

Ливанов любил применять народные средства. В «Приложениях» дан очерк-воспоминание Алексея Золотарёва, посвящённый Константину Ливанову. «Народную медицину он ставил очень высоко, прислушивался к мнению и лечебным навыкам деревенских баб и вслед за гением Пастером мог бы повторить его знаменитые слова: «Я только научно подтверждаю и обосновываю то, что знает любая деревенская женщина либо хорошая хозяйка». Так, помню, он лечил меня очень удачно во время рецидива чахотки, и от всяческого рода нарывов и прыщей народными средствами, главным образом – коровьим маслом», – отмечает Золотарёв.

Удивительно, что, несмотря на ужасы окружающей жизни, Константин Ливанов остаётся оптимистом. Вспоминаются библейские строки: «И свет во тьме светит». Вот запись от 06.11.1929: «Рано утром вызвали меня к больному профессору политехнического института С.Алексееву-Аскольдову из Петербурга, специалисту в области западноевропейской философии. Колоссальное желудочно-кишечное кровотечение – вероятно, на почве язвы желудка. Профессор сослан в Рыбинск на три года. Живёт вдвоём с другим ссыльным. Комнатка маленькая, в частном доме. Профессор лежит на неудобных козлах, жёсткий тюфяк. Питание плохое, заработков никаких. Для ухода за больным приехала его дочь, девушка 18-19 лет. Профессор – последователь Вл.Соловьёва, тонкий знаток и ценитель Достоевского, Розанова, А.Белого. Красивое, одухотворённое лицо в рамке белых волос, что-то от Соловьёва в нём. Невольно думается – есть какой-то глубокий провидческий смысл в том, что такие люди рассеиваются по лицу земли Русской».

Решившим посвятить свою жизнь медицине, настоятельно рекомендуется прочесть «Записки доктора» К.Ливанова. Они займут почётное место в одном ряду с рассказами А.Чехова, «Записками врача» В.Вересаева и «Записками юного врача» М.Булгакова.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
профессор кафедры философии и истории медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Душевное дело

Музей-библиотека открывает двери

Уникальная коллекция врача Виктора Околова стала достоянием общественности

Музей-библиотека «История российской хирургии за 300 лет» открылся на базе Пятигорского медико-фармацевтического института. За этой будничной фразой стоит уникальное во всех смыслах явление. Во-первых, аналогов такому научно-медицинско-просветительскому учреждению нет ни в России, ни в мире. Во-вторых, экспонаты, в числе которых более 5 тыс. редких медицинских изданий, диссертаций, монографий, портретов (многие – с автографами), охватывают период с 1755 г. (!) по настоящее время. И, в-третьих, – весь этот неподъёмный труд по собирательству, классификации, приведению в порядок документов, иногда в буквальном смысле рассыпающихся от времени – дело рук одного человека – пятигорчанина Виктора Околова, хирурга, доктора медицинских наук, который в возрасте 80 лет не только практикует, но ещё и преподаёт, имея 4 высших образования: медицинское, педагогическое, политическое, богословское. Уникальный человек, который собрал уникальную коллекцию – наш собеседник.

– Виктор Леонидович, по сути, ваша просветительская работа по истории медицины, и в частности – хирургии, под силу только целому коллективу научных работников. Как всё это вы «подняли» в одиночку?

– Этим я занимаюсь уже 50 лет. Экспонаты, выставленные в залах – всего лишь малая часть. В архивных папках материалы о жизни и деятельности более 6 тыс. российских хирургов за трёхсотлетний период отечественной хирургии, причём, там только доктора наук и профессора. За 50 лет я написал более 100 тыс. писем во все медвузы России и опубликовал 35 монографий по различным разделам истории хирургии, причём, большинство – за свой счёт.

– А почему выбрали именно такую форму – музей-библиотека?

– Просто библиотека – это, если хотите, «кладбище» человеческих мыслей, а в нашем случае налицо присутствуют все основные принципы дидактики: научность, информативность, наглядность, эстетичность. Например, можно во всех подробностях ознакомиться с судьбой корифеев нашей

В.Околов знакомит коллег с необычными экспонатами

медицины – Пирогова, Фёдорова, Склифосовского, где представлены письма, другие редкие документы – всего более 1000 портретов на 35 стендах.

– А «новейшей истории» нашлось место в залах музея?

– Безусловно. Например – подборка трудов 500 женщин-хирургов наших современниц и деятелей недавнего прошлого.

– Особый раздел посвящён религии и науке, и в этом смысле нельзя не упомянуть преподобного архиепископа Луку, в миру известного как Войно-Ясенецкий.

– Конечно, и здесь я хочу привести пример из его биографии. Желая подшутить над его религиозными чувствами, его ученики-атеисты на лекции задали вопрос: «Валентин Феликсович, вы тысячи раз вскрывали грудную клетку и так ни разу не увидели там душу?» На что он очень остроумно ответил: «Молодые люди, я не меньше раз вскрывал и череп, но не всегда видел там ум, а в душе – совесть».

– Большинство экспонатов вы приобрели за свой счёт, на свои деньги. И с этим связана одна курьёзная история. Расскажите, пожалуйста.

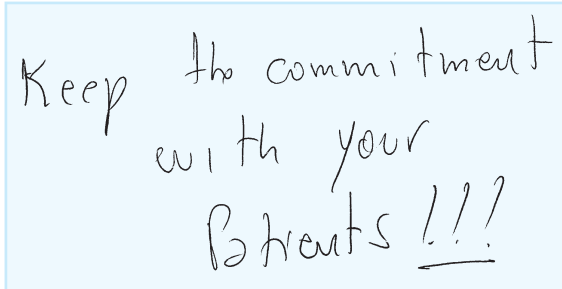
– В 1971 г. в Одессе в букинистическом магазине я накупил целую кипу книг и при этом не хватало 15 руб. Я вышел на улицу, а это была как раз знаменитая Дерибасовская, самая оживлённая улица Одессы, снял пиджак и тут же продал его за 30 руб. Вот так появилась необходимая сумма.

Остаётся добавить, что по вполне понятным причинам с книгами и документами в этой необычной библиотеке можно будет ознакомиться только в читальном зале. А посетителями этого уникального во всех смыслах заведения станут практикующие врачи, студенты-медики, старшеклассники, думающие «делать жизнь с кого» и просто любознательные люди.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото Василия ТАНАСЬЕВА.



Доктор Хуан ПОЛИТЕЙ:

В процессе общения с пациентами я чувствую прилив сил...

Ежегодная конференция «Вейновские чтения» – мультидисциплинарный форум, на котором обсуждаются актуальные вопросы, стоящие на стыке неврологии и смежных врачебных специальностей. Одной из тем нынешней, 14-й по счёту конференции, стала борьба с редкими заболеваниями. Среди тех, чьё выступление вызвало особый интерес, был гость из Аргентины – сотрудник фонда по изучению нейрометаболических заболеваний в Буэнос-Айресе, невролог, доктор медицинских наук Хуан Политей. Он охотно согласился побеседовать «по душам» с корреспондентом «МГ».

– Дон Хуан, почему вы решили стать врачом?

– Мой отец – педиатр. В детстве я часто слышал, как он старался успокоить родителей, пытался помочь их детям – буквально горел работой. Думаю, что это была одна из основных причин, чтобы мой выбор пал на медицину. А почему именно неврология? Вообще-то я хотел стать психиатром, но решил сначала изучить неврологию, чтобы лучше понимать, как функционирует человеческий мозг. Но когда проходил ординатуру и впервые увидел пациентов с нейропатической болью, которым мало кто тогда мог помочь, то принял для себя решение остаться в неврологии.

– Вы стали заниматься изучением нейрометаболических заболеваний?

– Да, я буквально заболел этой темой. Через 14 лет после ведения пациентов с нейромышечными нарушениями, я впервые столкнулся с орфанным заболеванием. Ко мне на приём пришла 16-летняя пациентка с тяжёлыми нейропатическими болями в стопах и ладонях. До этого она бывала у многих врачей, неоднократно госпитализировалась, но никто так и не смог поставить ей правильный диагноз. В итоге это оказалась болезнь Фабри. Было больно смотреть на её страдания, и, наверное, это подтолкнуло меня к выбору специальности, которой я занимаюсь сейчас – лечению нейрометаболических нарушений.

С тех пор в моей практике было более 400 пациентов с таким диагнозом. В тот момент, когда я только приступил к лечению своей первой пациентки, в Европе как раз появилась ферментозаместительная терапия. Мы начали изучать болезнь Фабри, в том числе и для того, чтобы назначить пациентам лечение. Это сложное полисистемное заболевание, при котором поражаются почки, сердце, кожные покровы, снижается слух. Невролог, работающий с такой группой пациентов, должен постоянно повышать свой уровень знаний, много читать и работать со смежными специалистами – кардиологами, неврологами, нефрологами, обсуждая с ними возможные варианты терапии.

– Что входит в сферу деятельности вашего фонда, какое направление вы ведёте?

– Фонд был основан около 40 лет назад. Наши сотрудники занимаются не только лечением, но и научными исследованиями. Сейчас мы работаем с разными генотипами и проводим генетические тесты. Также мы разработали большую образовательную программу. К нам приезжают врачи, студенты, выпускники медицинских школ, мы их обучаем, помогаем консультировать и наблюдать пациентов с орфанными заболеваниями. И для меня, наверное, это одна из наиболее значимых частей работы: возможность делиться опытом и обучать коллег. В латиноамериканских странах врачи до сих пор мало что знают о нейрометаболических заболеваниях, именно поэтому мы фокусируемся на образовательных программах.

Ещё один принципиальный момент – выработка рекомендаций и консенсусов по терапии. При болезни Фабри лечение надо начинать как можно раньше, с момента дебюта заболевания, который, как правило, происходит в детском возрасте. Мы активно работаем с педиатрами, акцентируем их внимание на основных симптомах заболевания, чтобы они его не пропустили и вовремя направили ребёнка к неврологу.

– Насколько важно врачу установить доверительные отношения с пациентом? Как мотивировать его на лечение?

– Это ключевой вопрос. Врачу надо завоёвывать доверие пациента. В первую очередь это означает, что он должен быть компетентным специалистом в своей области, иметь широкий кругозор и профессиональный опыт. Быть с пациентом всегда на связи, дать ему свой мобильный телефон, чтобы он сам или ваши коллеги, к примеру, если ваш подопечный экстренно госпитализирован, могли с вами связаться и обсудить детали лечения. Одним словом, если вы не берёте на себя этих обязательств, то вам лучше не идти в профессию.

Мы рекомендуем пациентам стать членами пациентских организаций. Очень важен позитивный опыт, кроме того, членство в ассоциации повышает шансы получить адекватную терапию. К примеру, наша пациентская организация, объединяющая больных с нейрометаболическими нарушениями, благодаря благотворительной помощи, помогает обеспечить больных приборами для дозированного введения растворов и препаратов при проведении инфузии. Это позволяет им не ездить каждые две недели в клинику, а лечиться дома, что, несомненно, повышает приверженность к терапии.

– Сегодня существует общая мировая регуляторная проблема, заключающаяся, с одной стороны, в нехватке государственных средств, а с другой, в острой потребности внедрения последних научных технологий для лечения пациентов. Как, по вашему мнению, системам здравоохранения можно найти баланс?

– Аргентина, как вы знаете, развивающаяся страна, поэтому у нас тоже имеются серьёзные экономические проблемы. Но к счастью, у министерства здравоохранения есть финансовая возможность обеспечивать дорогостоящую терапию пациентов с онкологическими, ревматологическими и другими серьёзными, в том числе и редкими, заболеваниями. Лично я веду 40 пациентов с болезнью Фабри и ещё 50 человек наблюдаю в качестве консультанта, и все они получают адекватное лечение.

– Насколько сочетается российский и аргентинский опыт в плане ведения орфанных больных?

– Я встречался с российскими коллегами неоднократно, и должен сказать, что мы имеем примерно сравнимую ситуацию по многим аспектам лечения редких болезней. Но что действительно отличается – это наличие в России большого числа пациентов с установленным диагнозом, которые, увы, не получают лечения. Однако важно, что у вас в стране сейчас есть все инструменты, которые нужны для ранней диагностики, а это самое главное.

– Как вы оцениваете уровень подготовки российских специалистов? Что нового удалось вам почерпнуть в ходе конференции?

– Как я уже сказал, есть ещё много врачей в разных странах, и Россия не составляет исключение, которые до конца не знают, что представляет собой болезнь Фабри и другие редкие заболевания. Думаю, что очень важным было присутствие на конференции пациентов, которые выступили перед врачами и рассказали об истории своей болезни. У обоих из них ушло практически 20 лет на симптоматическое лечение до того, как был поставлен окончательный диагноз. Вы только подумайте: 20 лет на установление диагноза, и все эти годы люди неимоверно страдали. В то же время другой пациент, который сейчас находится на терапии, сообщил, что его симптоматика существенно улучшилась после всего лишь одного года лечения. Это, наверное, самое важное сообщение для всей врачебной аудитории.

– Доктор Политей, вы имеете дело с очень трудной категорией пациентов. Как вам удаётся снять усталость? Есть ли у вас хобби?

– Хороший вопрос! Мои пациенты имеют хроническое заболевание и, хотя с помощью терапии можно стабилизировать симптоматику, оно останется с ними до конца жизни. Я практически круглосуточно с ними на связи – звонки по телефону, сообщения в Whats'App... Но в процессе общения с пациентами я чувствую прилив сил...

Хобби у меня есть, но времени на него нет. Я люблю собирать пазлы: это позволяет уменьшить когнитивные нарушения, в частности, служит профилактикой болезни Альцгеймера. И я не шучу! Когда вы собираете большой пазл, вы задействуете очень много отделов мозга и его функций.

Ещё я хороший повар. Как настоящий аргентинец, люблю и умею готовить аргентинское барбекю. А вот на спорт, к сожалению, времени нет. Иногда, правда, играю в теннис.

– А вы танцуете танго?

– Нет, но очень люблю поэтизм этой музыки. Это очень по-аргентински, ведь наше танго отличается от испанского. Аргентина – это совершенно другая история, другая культура. Думаю, что мне нужно начать танцевать танго с женой. Но это будет лет через 10, когда, наконец, появится время (улыбается).

– Вы первый раз в России? Удалось ли вам познакомиться с Москвой, её культурной жизнью?

– Да, впервые, хотя в течение многих лет мечтал тут побывать. Вчера вечером даже смог добраться до Красной площади и погулять. Увидел московскую зиму, снег, храм Василия Блаженного… После прогулки позвонил домой, и мне сообщили, что в Аргентине был сильный ураган и 36 градусов тепла – у нас сейчас разгар лета. В Буэнос-Айресе снег – большая редкость. Раз в 100 лет выпадет, и моментально тает. Очень хочу приехать в Россию следующей зимой, но уже не один, а со своей семьёй.

– Есть ли у вас литературные предпочтения?

– К сожалению, за последние 15 лет я читал только медицинские книги и это конечно огромная ошибка. У меня есть список книг российских авторов, которые я решил прочитать в будущем – Толстого, Достоевского, и, конечно, Чехова. Ведь это его слова: «медицина – моя законная жена, а литература – любовница». Прекрасная фраза! Чувствуете, чему он отдавал предпочтение?

– Время нашей беседы, к сожалению, подходит к концу. Что вы можете пожелать российским специалистам?

– Берите на себя обязательства перед пациентами и выполняйте их! Мы должны быть преданы своей профессии, тесно работать с министерством здравоохранения и с правительством. Потому что самое главное – это наши больные, мы должны биться за них.

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Перевод автографа: «*Берите на себя обязательства перед пациентами!*».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: 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 – Г.ПАПЫРИНА.

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 № 18-02-00266
Тираж 18 895 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 – помесячная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.