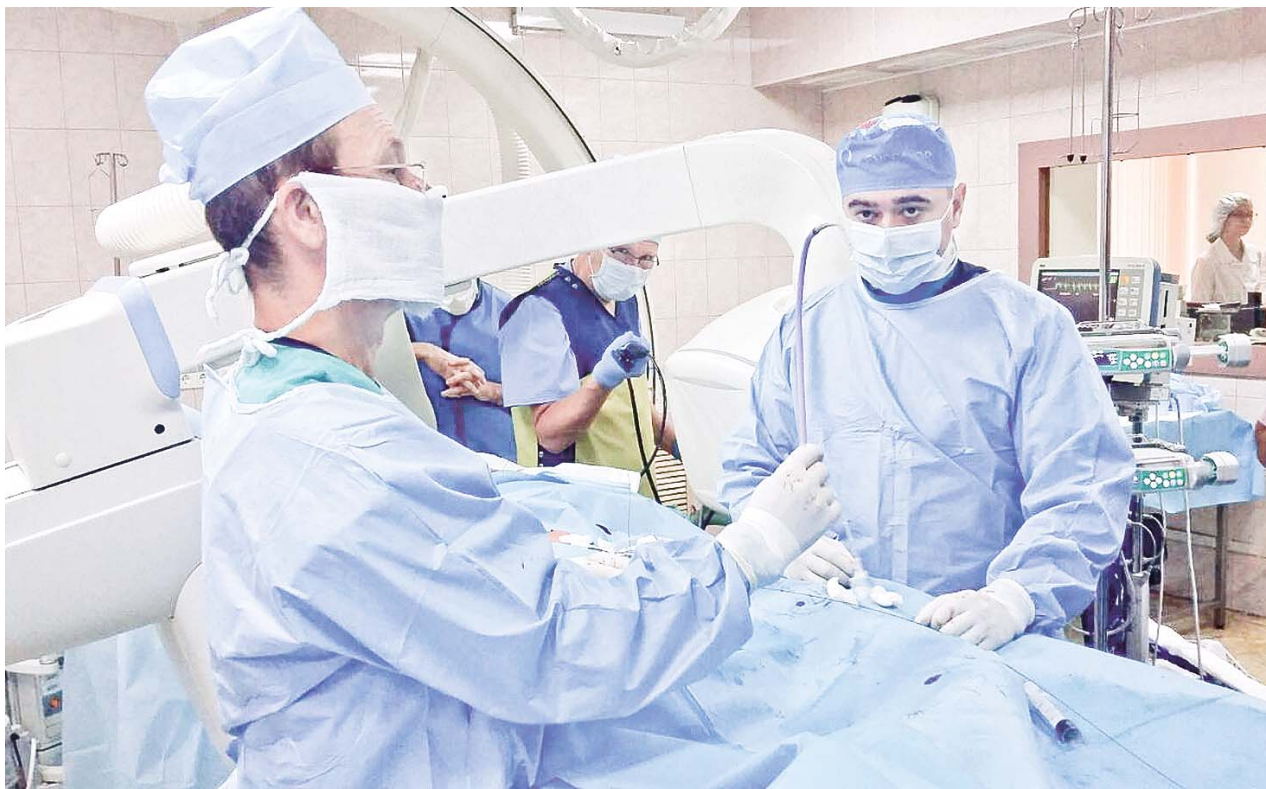


Работают мастера

Дважды первые!

В безвыходной ситуации победу одерживают смельчаки



Первыми в России хирурги Института кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра РАН выполнили операцию эндоваскулярной имплантации трикуспидального сердечного клапана. Они же стали первыми в мире, кто использовал этот метод лечения в детской кардиохирургии. До сих пор, говорят в институте, за рубежом выполнено всего 30 подобных операций, и все – взрослым пациентам.

Пациентом томских врачей был 5-летний мальчик с врожденной аномалией, вызвавшей дисфункцию трёхстворчатого клапана. Малыш перенёс уже две операции по установке биологических протезов клапана, однако в обоих случаях имплантаты быстро выходили из строя.

Как пояснили в НИИ кардиологии, перед докторами стояла непростая задача – имплантировать очередной биологический протез в ранее имплантированный в трикуспидальной

Сердечный клапан идёт до места длинным путём – по вене

позиции сердца, и сделать это не открытым доступом, как оперировали маленького пациента до этого, а через одну из периферических вен. Ещё одно вмешательство на открытом сердце было невозможно из-за очень высоких рисков.

– Мы должны были доставить искусственный клапан в сердце через вену диаметром менее 7 мм, ввести его в предсердие и установить в необходимую позицию между правыми желудочком и предсердием на место имеющегося протеза, – рассказывает руководитель хирургической бригады, старший научный сотрудник НИИ кардиологии, кандидат медицинских наук Виктор Варваренко.

Помимо обычного рентгеносопровождения, проводился интраоперационный 3D-эхокардиографический контроль. На выполнение поставленной задачи хирургам потребовалось в общей сложности чуть больше часа.

Операция прошла успешно, ребёнок был переведён из реанимации в отделение детской кардиологии уже на следующий день.

Важно отметить, что успех первой российской эндоваскулярной имплантации трикуспидального клапана обусловлен уровнем профессионализма томских кардиохирургов. Достаточно сказать, что сам Виктор Варваренко – лауреат Премии Правительства РФ за внедрение в кардиохирургическую практику сложнейших эндоваскулярных методов лечения врождённых пороков сердца.

Как подчёркивают в институте, высокотехнологичная операция выполнена мальчику за счёт средств федерального бюджета.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Томск.



Владимир САВЕЛЬЕВ,
главный врач Ялтинской городской больницы № 1:

Мы уже полностью вписаны в российскую систему оказания медицинской помощи.

Стр. 6–7



Сергей ТЮЛЯНДИН,
президент Российского общества клинической онкологии, профессор:

В онкологии происходит технологическая революция, и с каждым годом наше отставание от развитых стран увеличивается.

Стр. 10



Павел КОЛХИР,
старший научный сотрудник НИО иммунозависимых дерматозов Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, доктор медицинских наук:

К сожалению, в России больным крапивницей в качестве пробной терапии часто назначают противопаразитарные препараты, хотя паразитарная инвазия не была подтверждена.

Стр. 11

Сотрудничество

Удивили японцев

Врачи Сахалина приняли участие в международном онкологическом симпозиуме, прошедшем недавно в Японии на Хоккайдо. В состав российской делегации вошли представители областного Минздрава, специалисты Сахалинского онкологического диспансера и областной клинической больницы.

В ходе визита сахалинцы посетили государственный университет Хоккайдо, медицинский университет Саппоро, ведущие больницы и клиники.

С докладами на симпозиуме выступили заместитель главного врача областного онкологического центра Сергей Старцев и заведующая отделением лучевой диагностики Ирина Ухова.

– Японские коллеги активно задавали вопросы. Их удивило, что у нас врачи владеют всеми методиками лучевой диагностики. Тогда

как в Японии врач, как правило, специализируется на каком-то одном направлении, – отметила Ирина Хегай, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и лекарственного обеспечения регионального Минздрава.

Организаторы и делегаты симпозиума делились результатами исследований в области лечения и диагностики злокачественных образований, рассказывали об уникальных наработках.

Встреча была познавательна не только для российской стороны. Японцев, например, очень заинтересовали действующая на Сахалине кадровая программа, созданные в её рамках механизмы и преференции, опыт по закреплению специалистов в районах.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Перспективы

Столица стимулирует медицину

За 9 месяцев нынешнего года на медицинскую помощь из бюджета Московского городского фонда ОМС было направлено 125 млрд руб. При этом общий объём запланированных расходов фонда на этот год составляет 193,3 млрд руб.

Такие цифры на втором расширенном заседании правления МГФОМС озвучил директор фонда Владимир Зеленский. «В 2017 г. на эти цели планируется направить более 200 млрд руб.», – добавил он.

По словам В.Зеленского, стоимость медпомощи в нынешнем году вырос-

ла, увеличилась и доля расходов на больницы – с 40 до 45% от общих расходов МГФОМС. Таким образом, расходы на стационарную помощь в Москве растут быстрее, чем на амбулаторную. При этом, пояснил он, фактическая стоимость одного обращения к врачу за 3 года выросла больше чем в 2,5 раза – с 831 руб. в 2013 г. до почти 2150 руб. в этом году.

Согласно общепринятым сведениям, в течение года жители столицы более 80 млн раз обращаются в поликлиники. «2,5 млн раз к ним выезжает «скорая», почти 2 млн раз

оказывается неотложная медицинская помощь, а количество госпитализаций составляет 1,7 млн», – подчеркнул В.Зеленский.

Примечательно, что, по плану проекта бюджета Москвы на будущий год и плановый период 2018 и 2019 гг., в 2017 г. на развитие системы здравоохранения столицы будет выделено более 223 млрд руб. В целом расходы консолидированного бюджета страны на здравоохранение в 2017 г. вырастут на 5,9% – до 3,035 трлн.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

DIXION
МЕДИЦИНСКОЕ ОБОРУДОВАНИЕ
ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

Все будут при деле

Бригаду специалистов из 41-го отделения сосудистой хирургии городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова переведут в подчинение станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова. Об этом сообщил заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития профессор Леонид Печатников. «Вся реорганизация заключается в том, что бригады, физически оставаясь в том же месте, где и находятся, переподчиняются самой скорой помощи. При этом они остаются на том же месте. Но время от момента вызова до его реализации сокращается», – пояснил он в ходе пресс-конференции на тему «Обеспечение социальных гарантий населению Москвы».

По словам Л.Печатникова, теперь вызовы будут поступать бригаде напрямую, в то время как раньше приходилось ждать их из «скорой». «Зарплату врачи будут получать даже больше, чем в «Первой градской», – сказал он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Доступно и понятно

Электронный сервис московского портала госуслуг, позволяющий прикрепиться к поликлинике, дополнили информацией об их загруженности. Теперь перед выбором учреждения горожане могут ознакомиться с данными о том, когда можно попасть на ближайший приём терапевта в конкретной поликлинике и бывают ли задержки приёма, назначенного по предварительной записи. Сервис также показывает список терапевтов, работающих в поликлинике, какие участки они обслуживают и сколько пациентов уже закреплено за доктором на каждом участке.

Вся эта информация поможет горожанину сделать оптимальный выбор поликлиники для прикрепления. После прикрепления можно записаться к нужному врачу через портал или приложение. Если пользователь уже обслуживается в каком-то медицинском учреждении, сервис напомнит его номер участка и подскажет имя врача.

С момента запуска услуги возможностью прикрепиться к медицинскому учреждению в электронном виде уже воспользовались порядка 50 тыс. человек. Срок оказания услуги не превышает 3 дней, она доступна любому жителю города старше 18 лет, если его полис зарегистрирован в столице.

Ян РИЦКИЙ.

Москва.

Подозревают в халатности

Следственными органами Следственного комитета Российской Федерации по Камчатскому краю возбуждено уголовное дело по факту смерти двух новорождённых детей, мальчика и девочки, по признакам преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности двум и более лицам вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей).

По версии следствия, 27 сентября 2016 г. 37-летнюю женщину положили в патологическое отделение ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатский городской родильный дом № 1», где врач сообщила о необходимости срочных родоразрешений по медицинским показаниям. После этого беременную женщину перевели в ГБУЗ КК «Петропавловск-Камчатский городской родильный дом № 2» для родоразрешения путём кесарева сечения. 28 сентября 2016 г. женщине сделали операцию. С её слов, дети родились живыми и здоровыми, сроком 6,5 месяцев (28-29 недель). 30 сентября 2016 г. в Петропавловск-Камчатском городском родильном доме № 2 новорождённый мальчик умер. Согласно медицинской документации, причиной его смерти стала врождённая пневмония. После этого новорождённую девочку перевели в детскую краевую больницу, где 18 октября 2016 г. она умерла. Здесь причиной смерти был определён врождённый сепсис неуточнённой этиологии.

В настоящее время следствием выясняются все обстоятельства произошедшего.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Камчатский край.

Печень «укажет»
на пьющих водителей

В Кемеровском областном клиническом наркологическом диспансере завершается тестирование нового метода обследования, позволяющего с высокой точностью определить, имеются ли у человека проблемы с алкоголем. Уже в скором времени сдавать такие анализы обяжут всех водителей с признаками наркологических расстройств.

Как уточнил главный нарколог Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области профессор Андрей Лопатин, на дополнительные обследования будут направлять не только лиц, лишённых водительских прав за езду в нетрезвом виде. Если на человека был составлен административный протокол за нарушение общественного порядка в состоянии опьянения, или он приходил с запахом алкоголя на медкомиссию, которая выдаёт медицинский допуск на права, он также относится к группе риска.

Новое оборудование настроено на выявление печёночного белка трансферрина: превышение определённых показателей расскажет, например, о том, что человек не просто выпивал, а находился в состоянии запоя за 1-1,5 месяца до обследования. Для водителя запой недопустимы в принципе. Полученные результаты дадут медикам законные основания отказать такому соискателю в получении допуска на вождение автомобиля и на год поставить его на профилактический учёт.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

Инициатива

И против инсульта
есть приём...

Если к профилактике подойти грамотно и масштабно

Во Всемирный день борьбы с инсультом и накануне его во всех поликлиниках Омска и сельских центральных районных больницах провели целевые мероприятия, посвящённые этой дате, учреждённой ровно 10 лет назад. Два года ранее Всемирная организация здравоохранения объявила инсульт глобальной эпидемией.

Этот тяжёлый недуг губит и многих жителей Омской области, несмотря на создание в лечебно-профилактических учреждениях сосудистых центров и школ инсульта и артериальной гипертензии, в которых обучаются и родственники страдающих этим заболеванием. И так, во Всемирный день инсульта в Омской областной клинической больнице всех желающих проконсультировали врачи-неврологи. В областном Кардиологическом клиническом диспансере для пациентов провели тематический утренник «Профилактика инсульта» с трансляцией видеороликов, а в центрах здоровья организовали встречи и беседы с пациентами на тему «Как избежать инсульта».

Но, конечно, самым ярким событием стало массовое мероприятие на одной из больших городских площадей. Это – флешмоб «Стоп инсульт!». Его инициировали специалисты областного центра меди-



Мимо волонтеров, приглашающих на флешмоб «Стоп инсульт!», редко кто проходил равнодушно

цинской профилактики. Студентам высших и средних учебных заведений, приглашённым на флешмоб, и многочисленным прохожим раздавались памятки о важности своевременного прохождения обследований, диспансеризаций и постоянного контроля артериального давления, методические рекомендации «Как распознать инсульт?». А поскольку погода выдалась очень тёплой, многие не отказывались, слегка раздевшись, проверить своё давление.

Особое внимание в коллективе центра медицинской профилактики уделили таким многолюдным местам Омска, как рынки и базары, где были устроены радиобеседы о тяжести и коварстве сердечно-сосудистых заболеваний, грозящих инфарктом и инсультом.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Из первых уст

Новый бюджет будет
увеличен

– Консолидированный бюджет, предусмотренный на здравоохранение в 2017 г., будет увеличен и составит 3 трлн 035,4 млрд руб. (прирост к уровню 2016 г. – 5,9%), – сообщила на днях министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – При этом расходы бюджета ОМС определены в 1 трлн 735 млрд руб., расходы федерального бюджета – 380,6 млрд, консолидированный бюджет субъектов РФ – 919,8 млрд.

Прежде всего, консолидированный бюджет будет увеличен за счёт увеличения бюджета ФОМС: доходная часть бюджета федерального фонда увеличится более чем на 44 млрд. Это особенно важно, так как бюджет фонда – составляет около 80% от всего финансирования медицинской помощи в России и 57% – от всего здравоохранения, включая подготовку специалистов, медицинскую науку, строительство новых объектов и др. Доходы бюджета федерального фонда в 2017 г. на 98,4% будут формироваться за счёт взносов за работающее и неработающее население на ОМС.

Прирост размера субвенций территориальным фондам ОМС, по сравнению с предыдущим годом, в 2017 г. составит 154,6 млрд, или 10,6%. Запланированный размер субвенции обеспечивает увеличение размера подушевого норматива на 2017 г. до 9 335,7 руб. (прирост к подушевому нормативу 2016 г. – 10,6%), на 2018 г. –

10 379,3 (прирост – 11,2%), на 2019 г. – 10 917,1. (прирост – 5,2%). Указанный размер подушевого норматива учтён в проекте постановления Правительства РФ о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.

Объём субвенции учитывает расходы на реализацию Указа Президента РФ № 597 от 07.05.2012 в части достижения целевых показателей уровня соотношения средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе. В 2017 г. указанные соотношения составят: по врачам – 180%, среднему медицинскому персоналу – 90%, младшему медицинскому персоналу – 80%. В 2018 г. целевые показатели, установленные Указами Президента по заработной плате, будут полностью достигнуты.

В 2017 г. не только сохранятся все имеющиеся расходные обязательства, но и будут расширены некоторые программы.

Действие программы «Земский доктор» будет продолжено для врачей в возрасте до 50 лет в сельских населённых пунктах, в рабочих посёлках и посёлках городского типа.

Будет продолжено «погружение» высокотехнологичной медицинской помощи в бюджет ФОМС. При этом ВМП, не включённая в базовую программу ОМС, будет финансироваться непосредственно из бюджета ФОМС. Объём

оказанной высокотехнологичной помощи ещё расширится.

В 2017 г. в федеральном бюджете предусмотрены расходы на лекарственные препараты в размере 82 434,4 млн руб., в том числе 70 821,1 млн будут направлены на закупку лекарственных препаратов, 11 613,3 млн – на межбюджетные трансферты в субъекты РФ.

Сумму на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в настоящее время указать невозможно, так как она зависит от численности лиц, которые оставят за собой право в 2017 г. получать лекарственные препараты в натуральном виде (будет представлена Пенсионным фондом РФ после 10 ноября 2016 г.). Эта сумма будет включена в бюджет здравоохранения в 2017 г.

В течение 2017 г. бюджет здравоохранения будет пополняться дополнительными средствами, предусмотренными на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан.

Кроме того, в 2017 г. будут предусмотрены дополнительные бюджетные ассигнования в объёме 3,3 млрд на обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных регионах РФ, путём развития санитарной авиации в рамках приоритетного проекта по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение».

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Москва.

Профилактика

Марафон тестирования — по всей стране

Подведены итоги Всероссийской акции по бесплатному анонимному тестированию на ВИЧ-инфекцию.

В 10 крупных городах России, таких как Иркутск, Кемерово, Барнаул, Челябинск, Екатеринбург, Пермь, Уфа, Саратов, Казань и Нижний Новгород, в популярных торговых центрах были организованы специальные кабинеты, где все желающие смогли пройти бесплатное анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию, узнать свой ВИЧ-статус и получить консультацию специалистов по вопросам ВИЧ-инфекции и СПИДа. Тестирование проводили специалисты территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом, которые также отвечали на вопросы посетителей и делились наиболее актуальной информацией по профилактике ВИЧ-инфекции.

Министр здравоохранения РФ В.Скворцова по поводу этого массового мероприятия высказала своё мнение: «Очень важно реализовывать информационные, разъяснительные и образовательные программы для разных возрастных и социальных групп населения, прежде всего, для молодёжи. Необходимо широко использовать возможности телевидения, СМИ, социальных интернет-сетей, а также проводить всероссийские и региональные акции с привлечением к добровольному тестированию на ВИЧ».

Старт акции был дан в Иркутске, где на открытии с приветственным словом выступил директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России

Олег Салагай. В частности, он сказал: «Сегодня ВИЧ-инфекция – это серьёзный вызов не только для каждого человека, но и для общества в целом, для государства. За последние годы в вопросах профилактики ВИЧ произошли существенные изменения. Увеличен охват тестированием, более чем в 5 раз возросло число лиц, получающих антиретровирусную терапию. Однако важнейшую роль в предупреждении распространения ВИЧ продолжает играть профилактика, в основе которой – ответственное отношение к своему поведению, включая регулярное тестирование».

В акции приняли участие видные политические деятели, спортсмены и звёзды шоу-бизнеса. Так, чемпион Европы среди профессионалов по тайскому боксу Хаял Джаниев, прошедший тестирование в Челябинске, отметил: «Мне бы очень хотелось, чтобы как можно больше людей могли сохранять своё здоровье. С удовольствием поддерживаю акцию и пройду тест на ВИЧ».

В Екатеринбурге на открытии акции принял участие российский гимнаст, серебряный призёр Олимпийских игр 2016 г. в командном первенстве, бронзовый призёр Олимпийских игр 2016 г. в упражнении на параллельных брусьях Давид Белявский. А в Иркутске – целая хоккейная команда «Байкал энергия».

Ляля Габбасова, помощник министра здравоохранения РФ, напомнила о важности ответственного отношения к своему здоровью. Обращаясь к участникам акции, она подчеркнула, что важно помнить простое правило: только они

сами могут защитить себя от ВИЧ/СПИДа.

В Алтайском крае и в Нижнем Новгороде, помимо тестирования в торговом центре, специалисты провели выездные мероприятия в реабилитационном центре для наркозависимых, где не только проверили ВИЧ-статус всех желающих, но и проконсультировали резидентов центра на предмет риска инфицирования и необходимых действий в случае подтверждения положительного диагноза.

Акцию поддержала и столица. В Москве она прошла в рамках концерта МУЗ ТВ «Партийная Зона» в торгово-развлекательном центре «Вегас». Посетители ТРЦ не только могли послушать выступление звёзд российского шоу-бизнеса, но и пройти тестирование на ВИЧ.

Марафон тестирования завершился в Нижнем Новгороде.

Всероссийская акция, в которой приняли участие около 23 тыс. человек, была проведена в рамках масштабной коммуникационной кампании Минздрава России, направленной на информирование населения о профилактике ВИЧ и вирусных гепатитов В и С, в которую входит создание и размещение программ, сюжетов и рубрик на федеральных телеканалах и на региональном телевидении, проведение II Форума для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа и конкурса «Лучший СПИД-центр», развитие и продвижение специального интернет-портала.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Официально

Нужны дополнительные средства

Председатель Счётной палаты РФ Татьяна Голикова заявила, что сферы здравоохранения, образования и социальных услуг необходимо дофинансировать на сумму как минимум в 200 млрд руб. Об этом глава контрольного ведомства рассказала на парламентских слушаниях в Совете Федерации, на которых обсуждался проект закона о федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018–2019 гг.

Т.Голикова обратила внимание на показатель смертности населения, который за 9 месяцев 2016 г. составил 12,9 случая на 1000 населения при запланированном годовом показателе 12,3 слу-

чая. Кроме того, по словам главы Счётной палаты, у предприятий, занимающихся здравоохранением, наблюдается серьёзный износ основных фондов по итогам 2015 г. По её оценке износ составляет 57,4%.

«Для того чтобы остановить эту негативную тенденцию, по нашему мнению, необходимо осуществить дополнительные инвестиции в такие бюджетозависимые отрасли, как образование, здравоохранение и предоставление социальных услуг в объёме не менее 200 млрд руб. за счёт бюджетов всех уровней», – уверена Т.Голикова.

Марк ВИНТЕР.

Москва.

Подписка-2017

Заканчивается подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2017» в отделениях почтовой связи России.

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

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

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



Справки по телефонам: **8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.**

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

Решения

Новый министр Подмоскovie

Губернатор Подмоскovie Андрей Воробьёв предложил занимавшему ранее пост первого заместителя министра здравоохранения Московской области Дмитрию Маркову возглавить министерство. Об этом сообщается на сайте правительства Московской области.

Накануне А.Воробьёв провёл рабочую встречу с главой Минздрава Московской области Ниной Суслоновой. Во время совещания ей было предложено оставить пост министра и продолжить работу в качестве его советника по вопросам здравоохранения.

«Я знаю, что вы очень активно работаете с общественными организациями, с профессиональным сообществом, с Общероссийским народным фронтом – это всё нужно в дальнейшем сопровождении. Я хочу поручить вам эту важней-

шую работу непосредственно под моим руководством», – заявил А.Воробьёв.

Заместителем же Н.Суслоновой губернатор сказал: «Мы рассчитываем, что, возглавив Министерство здравоохранения, вы привлечёте мощную команду и сможете держать высокий темп в обеспечении перемен».

Дмитрий Марков родился в 1970 г. в Чебоксарах. В 1994 г. окончил Чувашский государственный медицинский университет. С 2003 по 2012 г. занимал пост начальника Управления здравоохранения и социальной политики администрации Чебоксар. С 2009 г. – декан лечебного факультета Чувашского государственного университета им. И.Н.Ульянова. 19 июня 2013 г. назначен первым заместителем министра здравоохранения Московской области.

Валентин СТАРОСТИН.
МИА Сити!

Дословно

Минпромторг России поддержал более 20 проектов на сумму 7 млрд руб. в области лучевой диагностики и терапии. Об этом сообщил заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб, выступая на открытии юбилейного конгресса Российского общества рентгенологов и радиологов.

Развивая партнёрство

По словам заместителя министра, в России идёт поступательное развитие медицинской промышленности и внедрение передовых технологий в рентгенологии и интервенционной радиологии, ультразвуковой диагностике, ядерной медицине и радиотерапии.

– Несмотря на то, что российский рынок медицинского оборудования для диагностической визуализации в 2015 г. немного сократился (с более 5 млрд руб. до 4 с небольшим млрд), доля российского оборудования в этом сегменте увеличилась с 30 до 76%. Это показательный момент, – отметил С.Цыб. – Даже притом что рынок сужается в силу ряда объективных причин, рос-

сийские производители не только сохранили свою долю, но и нарастили её. При этом он напомнил, что не бывает высоких технологий для отдельных локальных рынков. Поэтому Минпромторг России и отечественная медицинская промышленность и далее будут активно развивать партнёрство с иностранными компаниями.

Важную роль в выборе правильных направлений развития отечественной медпромышленности играет медицинское сообщество, подчеркнул С.Цыб.

Ирина АНДРЕЕВА.
МИА Сити!

Однако

За пищевод 600 тыс. руб.



Верх-Исетский районный суд Екатеринбурга взыскал 600 тыс. руб. со Свердловской областной клинической больницы № 1 в пользу пациента, 60-летнего жителя Екатеринбурга. Из них 400 тыс. руб. – компенсация морального вреда, 200 тыс. – штраф в соответствии с законом о защите прав потребителей. Об этом рассказал адвокат истца. По его словам, истец ранее перенёс операцию на сердце. В апреле 2015 г. он обратился в областную больницу, поскольку ему была назначена чреспищеводная эхокардиография.

В ходе обследования мужчине в пищевод был помещён специальный датчик. После того, как обследование было закончено, пациент пожаловался на острую боль в шее. Медики скорой помощи отвезли его в другое медицинское учреж-

дение, где у пациента выявили повреждение мягких тканей пищевода, наличие воздуха с правой стороны горла, которую необходимо было экстренно дренировать.

Пациенту провели срочную операцию, после которой несколько недель он провёл в реанимации. Позже его выписали домой, и он обратился к юристу за помощью во взыскании с больницы компенсации. Против медучреждения был подан судебный иск.

Согласно заключению судебно-медицинской экспертизы, между действиями медиков и повреждением пищевода, осложнившегося развитием медиастинита, имеется прямая причинно-следственная связь. По итогам проверки прокуратура также установила нарушения при оказании медицинской помощи истцу. Мужчина до сих пор наблюдается у хирурга.

Борис БЕРКУТ.
Екатеринбург.

Общеизвестно, что сегодня редко какой выпускник медицинского вуза рассматривает перспективу попасть на работу во фтизиатрию. Эта врачебная специальность, в отличие, скажем, от стоматологии, косметологии, акушерства и гинекологии, до сих пор остаётся непрестижной, малооплачиваемой, да к тому же опасной для здоровья и жизни.

И тем не менее не всё так безнадежно. Независимо ни на что, молодые идут в эту достаточно проблемную область медицины и здравоохранения, причём кадры приходят достойные. Работая подчас в сложных условиях, без избыточного, а порой и необходимого финансирования, молодёжь, со свойственными возрасту энергией и энтузиазмом, развивает и совершенствует систему оказания противотуберкулёзной помощи страны, изыскивает новые подходы в профилактике, диагностике и лечении такой опасной инфекции, какой является микобактерия туберкулёза. Создаётся впечатление, будто именно нелёгкая работа воодушевляет их.

Добрая традиция

Действительно, во фтизиатрии так много неизученного, так много возможностей для научного и исследовательского поиска! И мы видим, что многие начинающие изыскатели становятся, прямо скажем, настоящими подвижниками. Руководствуясь чувством ответственности, сохраняют преданность избранному делу. Самые пытливые год от года на суд старших коллег представляют инновации, которые, как знать, со временем вполне могут стать тем прорывом, благодаря которому мы сможем реализовать глобальные задачи Всемирной организации здравоохранения по элиминации туберкулёзной инфекции не только в России, но и во всём мире.

В частности, это подтверждает опыт проведения конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Отдаю, что конкурс вырос в добрую традицию. Уже в третий раз он прошёл среди начинающих фтизиатров России. И с каждым годом становится более востребованным, авторитетным, значимым.

Расширяется его география. За 3 года заявки на участие подали молодые учёные, практикующие врачи и студенты из многих уголков нашей огромной страны: от Ленинградской области до острова Русский (Приморский край) – с запада на восток, и от Архангельска до Ростова-на-Дону – с севера на юг. Кстати, приметой нынешнего этапа конкурса стало то, что основная масса участников была из Сибири и Дальнего Востока. Больше всего – из Новосибирска, Омска, Красноярска, Томска, Владивостока, Екатеринбурга. Кроме того, в нём участвовали соискатели как гражданского сектора здравоохранения, так и систем Министерства обороны РФ и пенитенциарной.

НАША СПРАВКА. Вдохновителем конкурса был член-корреспондент РАН Владимир Ерохин. Конкурсное испытание студентов медицинских и фармацевтических вузов, молодых учёных в возрасте до 35 лет – ординаторов, аспирантов, практических врачей – организовало Российское общество фтизиатров при поддержке Минздрава России, Всемирной организации здравоохранения, профессионального врачебного издания – «Медицинской газеты». Цель акции – содействовать формированию условий для развития медицинского молодёжного научного творчества и пропаганде медицинской науки и образования среди студентов-медиков и молодых специалистов. Основными задачами стали: выявление лучших инновационных проектов талантливых исследователей, работающих в области реализации мероприятий, направленных на борьбу с туберкулёзом (в том числе с множественной лекарственной устойчивостью), проведение мониторинга молодёжных медико-социальных и научных инициатив в нашей стране, содействие профессиональному росту медицинской молодёжи, создание базы данных инициативных исследователей, поощрение творческой активности.

Непрерывно совершенствуясь

Итак, конкурс «Туберкулёз-минус» – 2016 завершился. На днях его итоги подвёл авторитетный экспертный совет под председательством директора НИИ фтизиопульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, главного фтизиатра Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Ирины Васильевой. Также в составе жюри признанные учёные, практики, организаторы здравоохранения, ведущие специалисты в области медицины – президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, помощник

Акции

На волне победы

Подведены итоги конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века»



Победители конкурса 2015 г. (слева направо): Татьяна Умпелева, Александр Яновский, Александр Баженов, Елена Антушева, Руслан Асанов, Магхаби Жихан, Анна Лушников

министра здравоохранения РФ Ляля Габбасова, директора институтов фтизиопульмонологии и туберкулёза, представители Всемирной организации здравоохранения, Федеральной службы исполнения наказаний России, партнёров, благотворительных организаций.

публикации в признанных научных изданиях, выступать на российских и международных форумах. Всё это побуждает анализировать, корректировать исследования, быть критичным, признавать свои просчёты и ошибки. Образование в течение всей жизни необходимо ради одного – пациентов, чтобы они меньше страдали и дольше оставались здоровыми.

Туш – в честь лидеров!

Экспертному совету было весьма непросто определить лучших,

участнику конкурсных испытаний – студенту Сибирского государственного медицинского университета (Томск) Вадиму Полетике за исследование «Факторы дифференцировки и функциональной активности Th17 – и Treg-лимфоцитов при туберкулёзе лёгких».

Стоит подчеркнуть, что за спиной всех этих победителей стоят достойнейшие учителя. Это очень важно. Например, у обладателя 1-го места С.Пустыльникова в обоих случаях научным руководителем был старший научный сотрудник Новосибирского НИИТ доктор

нического противотуберкулёзного диспансера кандидат медицинских наук Анастасия Гайда, бактериолог Омского областного клинического противотуберкулёзного диспансера, младший научный сотрудник лаборатории молекулярной диагностики Омского НИИ природно-очаговых инфекций Ирина Ярусова, фтизиатр Военно-морского клинического госпиталя Минобороны России № 1477 Мария Грабовская и ассистент кафедры фтизиатрии и фтизиохирургии Омского государственного медицинского университета Мария Романова.

Члены экспертного совета убеждены, что все ныне отмеченные победители не остановятся на достигнутом, не станут почитать на лаврах, а продолжат углублять свои исследования в избранной теме. А потому старшие коллеги желают им, а также тем, кому в нынешнем году удача не улыбнулась, и всем, кто пока только раздумывает об участии в конкурсе, новых творческих достижений и благо фтизиатрии и пациентов.

За горами – горы

В недавно вышедшей на русском языке книге Трейси Киддера «За горами – горы» рассказывается о необычном американском докторе Поле Фармере, нашем современнике, который свою жизнь целиком и полностью посвятил помощи тем, кто по всему миру нуждается в ней более всего, в том числе больным туберкулёзом. Произнося имя этого врача, порой можно услышать: «Это тот сумасшедший доктор, который мечтает вылечить всех больных на свете?» Да, это действительно так. Он наивно и всерьёз полагает, что добрая воля может творить чудеса и возрождать надежду. Он меняет мир вокруг, стремится преобразовать умы и системы, согласуясь со своим девизом: «Единственная национальность – человек».

Как тут не вспомнить о российских врачах-гуманистах, о знаменитом Фёдоре Гаазе, известном как «святой доктор», которого также кое-кто называл «безумным филантропом». Его жизненным кредо служила фраза: «Спешите делать добро!» Своим жертвенным служением он навечно вписал своё имя в анналы отечественной медицины, приходя на помощь самым обездоленным, отверженным, лечил их, раздавал заработанное за свой врачебный труд, не гнушался тюрем, облегчая участь арестантов и сыльных.

Во фтизиатрии это особенно важно. А сегодня и вовсе как, пожалуй, никогда. Молодым исследователям стоит постоянно помнить о гуманном принципе в науке и практике. Приведённые примеры убеждают, что мир может менять каждый – леча, проводя исследования, разрабатывая и внедряя новые молекулы, диагностикумы, технологии, методики...

Ну а торжественным аккордом конкурса станет награждение победителей. Церемония чествования пройдёт 25 ноября 2016 г. в Москве в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящённой памяти академика РАМН М.Перельмана.

Вне сомнения, важным подспорьем для молодых лидеров является материальная составляющая, которую обеспечили партнёры конкурса – Партнёрство Лилли по борьбе с МЛУ-ТБ. Победители получат денежные вознаграждения в размере 100 тыс. руб. за 1-е место, 75 тыс. – за 2-е и 50 тыс. руб. – за 3-е. Им и всем остальным будут вручены дипломы.

Учредители испытаний рассчитывают, что в следующем году в конкурсную волну вольётся ещё больше участников. Фтизиатрическое сообщество ждёт от молодёжи интересных работ, свежих идей, мыслей, прорывных технологий.

Александр ИВАНОВ,

обозреватель «МГ».

Фото

Александра ХУДАСОВА.

На благо фтизиатрии

В нынешнем году, как и прежде, жюри учредило несколько специальных номинаций. В номинации «Перспектива» отмечена старший научный сотрудник Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии Наталья Корнева. В номинации «За фундаментальность исследования» – научный сотрудник Уральского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Анастасия Ершова.

Фтизиатр лечебно-диагностического отделения Университетской клинической больницы фтизиопульмонологии Клинического центра Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Алексей Казаков и научный сотрудник Новосибирского научно-исследовательского института экспериментальной и клинической медицины Пётр Кожин отмечены номинацией «За оригинальность идеи исследования».

В номинации «За актуальность исследования» победителями признаны сразу 4 конкурсанта: фтизиатр Архангельского областного кли-

так много представлено фундаментальных проектов достойного качества. Согласно условиям конкурса, критериями оценки служат актуальность, абсолютная новизна, достоверность результатов исследования, оригинальность, научно-практическая значимость материалов. Учитывались также степень и глубина раскрытия темы, аргументированность, ясность, оригинальность изложения, эрудиция авторов. Эксперты долго совещались, чья же работа отвечает всем указанным параметрам.

В результате победителем конкурса признан представитель Сибирской столицы, младший научный сотрудник Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Сергей Пустыльников. В 2015 г. он попробовал себя в конкурсной борьбе со своим исследованием на тему: «Влияние декстранов на рецепторно-опосредованный эндоцитоз ВИЧ и продукцию цитокинов в моделях туберкулёза in vitro и in vivo», за что был удостоен 2-го места. Но как истый, пытливый исследователь, находящийся в непрерывном научном поиске, и в нынешнем году на суд экспертов он представил новую серьёзную работу «Влияние наивных и кондиционированных с poly(A:U) мезенхимальных стромальных клеток на течение микобактериальной инфекции у мышей».

Второе место жюри присудило аспиранту НИИ фтизиопульмонологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Марине Лапенковой за её работу «Исследование активности литического микобактериофага D29 на модели перевиваемой линии макрофагов, инфицированных микобактериями туберкулёза».

Третье место практически единогласно отдано самому юному

Для многих жителей Омской области сообщение об этом съезде стало как гром среди ясного неба. Впервые об излечимости рака заявили не врачи-онкологи, а их давние пациенты. И не просто заявили – пригласили всех желающих, чтобы наглядно в этом убедились, на конференцию.

Конечно, об этой болезни в народе чаще всего особо не распространяются. Она считается неизлечимой. Диагноз «рак» большинство людей воспринимают как смертный приговор. Независимо от стадии заболевания, по словам заместителя главного врача Бюджетного учреждения здравоохранения Омской области «Клинический онкологический диспансер» доктора медицинских наук Олега Леонова, оперируется 95-98% больных. А дальше, как известно, проводится курс химиотерапии. Лечение, однако, далеко не всегда успешно. Метастазы коварны, как преступник, затаившийся за углом в ожидании жертвы. Но немало среди онкологических больных и тех, кто победил этот страшный недуг. И не только благодаря врачам и высококачественной медицинской помощи.

– Мы надеемся, что необычная конференция станет авторитетной площадкой, объединяющей не

Тенденции

Съезд одолевших болезней

Пациентам онкологов было чем поделиться с высокой трибуны

только тех, кому теперь не нужна помощь онкологов, но и стремящихся противостоять онкологическим заболеваниям, верящим в выздоровление. А выздоровление возможно, если упал духом, уповая лишь на одно: «может, пронесёт?». «Сохранение жизненной активности в период болезни, да ещё рядом с людьми, преодолевшими такой же недуг, если не гарантирует, то значительно увеличивает шансы на избавление от онкологических заболеваний», – считает генеральный директор аптечной сети «Омское лекарство» Игорь Богдашин. Это как раз его идею провести необычную конференцию воплотили, скажем по-казённому, в жизнь такие общественные организации города на Иртыше, как некоммерческое партнёрство «Равное право на жизнь» и Омское региональное отделение МОД «Движение против рака». Не только руководитель круп-

ного торгово-фармацевтического предприятия, но и практикующий врач-онкоиммунолог, кандидат медицинских наук Игорь Викторович принял и самое непосредственное участие в конференции, рассказав на ней присутствующим без утайки о личном опыте борьбы с раком.

Таких откровенных выступлений, «выбывающих слезу» у тех, кто ещё проходит лечение от рака, было много, но началась конференция с приветствия её участниками главного врача Омского областного клинического онкологического диспансера Дмитрия Вьюшкова. Онкологи полностью солидарны с общественниками, считающими, что оперативное медикаментозное лечение онкологических заболеваний эффективно при обязательном условии веры пациента в выздоровление. Но проникнуться этой верой невозможно, если, скажем, муж уходит от заболевшей жены или, наоборот, дети правдами и

неправдами определяют кого-то из родителей в хоспис, мать и отец отказываются от ребёнка, у которого обнаружено злокачественное новообразование.

Слава богу, такое отношение к заболевшим раком не стало нормой бытия, оно осуждается в нашем обществе, иначе бы в Омске не случилась эта встреча, собравшая в городском Дворце молодёжи несколько сотен человек разного возраста, как говорится, от мала до стара. Были даже приехавшие из дальних городов и весей. И большинство из них – с надеждой на выздоровление. Почему значительная часть конференции была практической. Игорь Богдашин, например, прочитал лекцию «Иммунотерапия при онкологических заболеваниях». Онколог-фитотерапевт, кандидат медицинских наук Сергей Корепанов поведал о роли растений-адаптогенов в сопроводительном лечении рака и возможностях использования

фитосборов в комплексной терапии онкологических заболеваний.

С докладом «Реабилитация и психологическая поддержка онкопациентов в Омске и Омской области» выступила онколог многопрофильного центра современной медицины «Евромед» Елена Рипп, а секреты лечебного питания раскрыла диетолог Ирина Богдашина. О высокотехнологичных методах лечения рака, один из которых пришлось пройти самой, рассказала хирург Валентина Малкова. А потом были специализированные «круглые столы», за которыми пришедшим на конференцию можно было задавать любые, самые откровенные вопросы специалистам в области онкологии и тем, кто в недавнем прошлом страдал, думалось многим, неизлечимой болезнью.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Острая тема

Храпеть, или не храпеть? Вот в чём вопрос...

Сон за рулём по-прежнему причина многих трагедий!

Шокирующие данные обнаружил Ставропольский сомнологический центр: по причинам, связанным с расстройством сна, в Ставропольском крае ежегодно умирают около 3 тыс. человек!

Казалось бы, самое время бить в колокола, но не очень-то это получается: общество не готово воспринимать эту проблему не то что как угрозу, но и вообще, как что-то серьёзное. Судите сами: храп – один из самых ярко выраженных симптомов апноэ – расстройство сна, для обывателя – не более, чем объект насмешек, анекдотов. Между тем в перечне вышеперечисленных симптомов расстройства сна именно храп значится под номером один. В тестовой диагностике синдрома обструктивного апноэ эти симптомы сформулированы в виде конкретных вопросов. Если получен положительный ответ на два вопроса и более, выставляется диагноз: синдром обструктивного апноэ.

Под номером один, но уже в другом перечне заболеваний, связанных с расстройством сна, значится сонливость (гиперсомния) – причина многих катастроф, за которыми тянется длинный шлейф из тысяч унесённых жизней. Примечательно, что диагностике расстройства сна подвергаются люди лишь наиболее «опасных» с точки зрения концентрации внимания профессий – авиадиспетчеры и пилоты воздушных судов. Безусловно, за спиной пилота (и в буквальном смысле тоже) сотни пассажиров, за жизнь каждого из которых он отвечает. Скажите, а чем в этом смысле от пилота отличается водитель автобуса, за спиной которого тоже десятки людей, да и вообще – любой водитель транспортного средства? С этими вопросами мы обратились к специалисту – руководителю Ставропольского сомнологического центра Александру Фаянсу, врачу-сомнологу-оториноларингологу. – Вы совершенно правы: за бортом группы риска оказались представители очень многих про-



Александр Фаянс проводит очередное обследование

фессий, где положение обязывает к максимальной концентрации внимания. Конечно же, в первую очередь это водители-дальнобойщики и водители пассажирских автобусов, а по большому счёту – вообще, все водители. Статистика говорит о том, что треть из числа всех погибших в ДТП – жертвы сна за рулём... Как правило, в этом случае вообще отсутствует тормозной путь, то есть водитель в какой-то момент теряет концентрацию внимания, засыпает и, не сбавляя скорости, едет навстречу своей смерти или навстречу препятствию, где находятся люди...

В крупных автохозяйствах и транспортных компаниях всех водителей перед отправкой в рейс медик проверяет на наличие алкогольного или же наркотического опьянения. А на сонливость никто никого не проверяет. Между тем существует портативное и высокоэффективное диагностическое оборудование, с которым мы готовы выезжать на предприятия, в организации и на месте проводить диагностику. Ещё раз повторюсь – треть погибших в ДТП можно и нужно было спасти. Продолжая разговор о группе риска, туда можно причислить наших коллег – реаниматологов, анестезиологов,

врачей функциональной диагностики, всех оперативных сотрудников силовых ведомств, сотрудников МЧС, машинистов и диспетчеров железнодорожного транспорта, всех, кто так или иначе связан с применением оружия и т.д. Посмотрите, какой внушительный список получается. Сейчас представители Российского общества сомнологов собирают подписи под обращением к Президенту РФ с тем, чтобы этой проблеме было уделено должное внимание, её наконец-то заметили и она была, что называется, «на слуху».

– К этой важной работе мы подключили науку, – продолжает доктор, – совместно с учёными из Ставропольского государственного медицинского университета разрабатываем одновременно несколько программ по разным направлениям: «Сонливость», «Сон у ребят» (синдром внезапной смерти у детей до одного года), «Сонодиабет», «Бессонница» и др. Надеемся, что общими усилиями удастся сдвинуть эту проблему с мёртвой точки.

Николай ИВЛЕВ.
МИА Сити!

Ставропольский край.

Фото автора.

Вехи

Леонид РОШАЛЬ: «Мы стараемся делать так, чтобы дети лечились бесплатно»

Недавно исполнилось 120 лет со дня основания Научно-исследовательского института неотложной детской хирургии и травматологии Департамента здравоохранения Москвы.

Институт начал свою историю с 1896 г., когда 15 октября в 3-этажном особняке, купленном Иверской общиной сестёр милосердия Российского общества Красного Креста по улице Малая Якиманка, дом 17 (ныне улица Большая Полянка, дом 22), была устроена лечебница для приходящих больных и хирургическая клиника на 6 коек.

Современный новый 6-этажный корпус общей площадью более 20 тыс. м² имеет 4 подземных этажа. На крыше корпуса оборудована вертолётная площадка, а в подземном помещении – операционная с дополнительной реанимацией и парковка для машин. Медицинский процесс и остальные службы организованы так, чтобы при поступлении тяжёлого больного ни одна минута не тратилась напрасно.

Принимая поздравления с юбилеем, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л.Рошаль сказал: «Мы гордимся тем, что у нас такие истоки: учреждение зарождалось общиной сестёр милосердия Иверской иконы Божьей Матери, и эти 120 лет медики старались трудиться так, чтобы россияне были довольны работой. Мы делаем всё, чтобы тяжёлые травмы, черепно-мозговые, спинальные повреждения, переломы костей, острый аппендицит, перитонит и другие заболевания лечились на самом высоком уровне. За все эти годы не было случая, чтобы ребёнка перевели в другое учреждение или отправили на лечение за рубеж.

Наш уровень оказания медицинской помощи сегодня очень высокий – это говорим и мы, и те, кто приходят к нам и смотрят на условия пребывания и лечения детей.

Наша задача – сделать так, чтобы были разработаны новые методы лечения. За последние 15-20 лет

произошла революция в детской неотложной хирургии. Совсем недавно вскрывали брюшную полость, чтобы сделать операцию при аппендиците или перитоните, сегодня практически 100% таких операций выполняется при помощи лапароскопии. Раньше дети при переломах месяцами лежали на вытяжениях, сегодня на 10-й день благодаря различным конструкциям они уже встают на ноги. Были проблемы и с лечением тяжёлых сочетанных травм, сегодня мы научились их успешно решать.

И что важно – стараемся сделать так, чтобы детей лечили бесплатно. Двери в наш институт всегда открыты, к нам дети поступают просто с улицы: болит животик, или сломал руку. И мы всегда оказываем помощь, работая 24 часа в сутки. Кроме того, сейчас много времени уделяется реабилитации – мало сделать хорошую операцию, надо создать условия, чтобы ребёнок встал на ноги. Поэтому в НИИ был создан реабилитационный отдел, где работа идёт на мировом уровне.

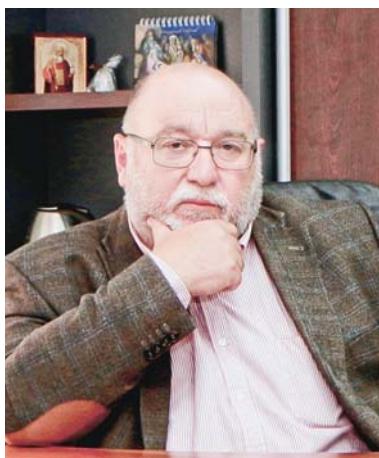
Наше учреждение не является каким-то сверхуникальным – дети в неотложном состоянии лежат и в других клиниках. Россияне могут гордиться своими детскими хирургами, травматологами, нейрохирургами. Нам не стыдно за нашу работу. Хочу просто пожелать родителям, чтобы их дети реже к нам попадали».

Ежегодно в институт за помощью обращаются свыше 80 тыс. детей, более 11 тыс. из них госпитализируются, 70 тыс. обследуются и лечатся амбулаторно, в травматологическом пункте и консультативно-диагностическом отделении, проводится более 5 тыс. операций. А отношение москвичей к учреждению определяет такая цифра: почти 40% всех госпитализированных обращаются в НИИ НДХиТ самостоятельно.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ»

Москва.

За последние 2 года Крым пережил большие перемены, и едва ли есть здесь другая сфера хозяйства, которая претерпела бы такие существенные изменения, как здравоохранение. Изменилась система финансирования, подходы к оценке деятельности врачей, способы планирования, оборудование, кадры... Программа модернизации в России идёт уже 10 лет, а здесь всё это нужно было пройти за год, максимум два. О том, как происходил этот переход, мы беседуем с человеком, который знает здравоохранение южной части полуострова не понаслышке. Главный врач Ялтинской городской больницы № 1 Владимир Савельев работает в регионе всю свою профессиональную жизнь. Здесь он проходил интернатуру после института, был и заместителем главы города Ялта, курировал здравоохранение, и занимал должность министра курортов и туризма Автономной республики Крым. С 2009 г. он главный врач Ялтинской городской больницы № 1, отпраздновавшей в этом году своё 44-летие.



Главный врач больницы
Владимир Савельев

— Владимир Анатольевич, в чём особенность Ялтинской городской больницы? Чем она отличается от других?

— Её главная особенность — что она в городе единственная. «Дублёров» на всю Большую Ялту — а это 70 км побережья и более чем 120 тыс. человек населения — в Крыму нет. Фактически, вся хирургическая и терапевтическая помощь сосредоточена в нашей больнице.

Второй аспект — существенная сезонность. Учитывая, что Российская Федерация переживает непростой период существования в условиях санкций, одним из его проявлений является резкое сокращение турпотоков в зарубежные страны и ориентация на внутренние здравницы. Конечно, население Крыма и Южного берега Крыма в частности в летний период вырастает

Ориентиры

В Крыму год идёт за десять

Главный врач Ялтинской городской больницы № 1 Владимир Савельев: «Мы уже полностью вписаны в российскую систему оказания медицинской помощи»

граждан других стран, мы оказываем им бесплатно экстренную помощь.

— Каков общий объём оказываемой медицинской помощи?

— В 2015 г. в больнице пролечено 16 тыс. больных, произведено 4250 операций. Кроме того, постоянно присоединяются новые филиалы — недавно детское терапевтическое отделение, со дня на день — инфекционное. На данный момент наш коечный фонд составляет 510 коек. Проблем с финансированием сейчас уже нет, мы тесно работаем с территориальным фондом ОМС Республики Крым в целях обеспечения необходимым объёмом и качеством бесплатной медицинской помощи нашего населения.

— Что ещё изменилось после 2014 г.?

— Мы попали в совершенно другую среду. В первую очередь, это система финансирования. До 2014 г. мы получали деньги из городского бюджета Ялты. И в основном это была только экстренная помощь и

реанимация. Лекарства и даже бельё приобретал сам пациент. Оборудование для операций — элементарно, скальпели — врачи покупали за свой счёт. Целевым образом деньги выделялись только на ремонт, какие-то крупные закупки, на всё остальное в бюджете не было ни строчки. Заработная плата медиков была копеечной. Мы всё считали тогда в долларах. В пересчёте средняя зарплата врача была около 100 долл. Сейчас это более 500, или 40 тыс. руб.

На первом этапе нас финансировали напрямую из бюджета. Это позволило в какой-то мере «наверстать упущенное»,

нансирования до этого времени наша больница не видела.

Кроме того, с 2015 г. начало поступать оборудование по программе модернизации, которой раньше у нас никогда не проводилось. Мы получили и установили 130 единиц лечебно-диагностического оборудования и комплектующих к нему на общую сумму более 289 млн руб. Это новый магнитно-резонансный томограф, ангиографический комплекс, рентгеноаппарат, аппараты УЗИ, операционный микроскоп, всё оборудование для будущего сосудистого центра. Сейчас закупаем реанимационные консоли, лабораторное оборудование.

Все специалисты уже прошли необходимое обучение. Часть оборудования запущена, другая ждёт завершения ремонта терапевтического отделения. Так что теперь у нас есть возможность оказать любые виды помощи в соответствии с порядками и стандартами, утверждёнными Минздравом России: при лечении заболеваний с использованием хирургического метода, включая оказание экстренной хирургической помощи, детскую хирургию, онкологию, урологию, нейрохиргию, травматологию, лор и офтальмологическую патологию, терапевтического профиля — включая кардиологию, пульмонологию, неврологию. Конечно, чтобы полностью перейти на работу в соответствии с по-



Приёмное отделение

в 4-6 раз, что влечёт и большую нагрузку на медорганизации. Как следствие — рост заболеваемости по случаям аппендицитов, холециститов, инфекций желудочно-кишечного тракта... Мы берём эти и другие профили, помогаем всем.

Очень многие приезжают на своих машинах, а у нас дорожная инфраструктура не менялась уже 40 лет, да и езда в условиях горной трассы непростая, к её особенностям ещё нужно привыкнуть. Как следствие, много ДТП, летом — почти каждый день. А это значит, что отделения травматологии, нейрохирургии работают в усиленном режиме.

В Ялту приезжает много детей. Только «Артек» летом принимает до 5 тыс. человек. Детская помощь — и хирургическая, и, с недавнего времени, терапевтическая — также относится к нам.

Кроме того, в туристический сезон к нам приезжает много



Металлоостеосинтез выполняет заведующий травматологическим отделением Владимир Скребцов

закрывать самые насущные потребности.

С 2015 г. мы перешли в систему ОМС. Это, конечно, был очень сложный процесс. Всё равно, что отправить человека в совершенно другую страну без знания языка и культуры. Благодаря фонду без серьёзных проколов отработали уже практически 2 года. Пришлось переобучать сотрудников, прежде всего, бухгалтерию, ведь изменилась вся система финансового учёта, программы, изменилась и система учёта медикаментов.

Хотел выразить большую признательность специалистам Федерального и территориального фондов ОМС, которые в течение последних 2 лет оказывали большую методическую и организационную помощь в условиях подготовки работы нашей медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования. Если говорить о финансовой составляющей, то в 2015 г. нам было направлено средств за оказанную медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС в объёме 432 млн руб. Таких денег в виде целевого источника фи-

рядками и стандартами, определёнными Минздравом, нужен ещё не один год. Но мы активно двигаемся в этом направлении. И фактически уже полностью вписаны в российскую систему оказания медицинской помощи.

— Я встречала цифру, что к 2015 г. в среднем медицинское оборудование в Крыму было изношено на 90%. Вы можете это подтвердить?

— Я приведу вам один пример. На 1 января 2015 г. на весь полуостров единственный бюджетный магнитный томограф был только у нас. К тому моменту он работал несколько лет, а ведь когда его покупали, он был уже б/у. Износ у него, наверное, минус 200%. То же самое касалось аппаратов УЗИ — им было по 10-15 лет.

— Расскажите, пожалуйста, подробнее о будущем сосудистом центре.

— Сосудистый центр входит в систему центров, которые уже давно создаются на территории Российской Федерации. Корпус построен, заканчиваем ремонт. В одном 3-этажном здании будут объединены неврология, кардиология и кардиососудистая

НАША СПРАВКА

Ялтинская городская больница № 1

Количество коек — 522, в том числе:

- экстренное хирургическое отделение на 50 коек,
- онкологическое отделение на 40 коек,
- сосудистая хирургия на 10 коек,
- гнойно-септическая хирургия на 30 коек,
- детская хирургия на 30 коек,
- урология на 30 коек,
- нейрохирургия на 30 коек,
- пульмонология на 40 коек,
- офтальмология на 40 коек,
- кардиология на 55 коек,
- терапия на 35 коек,
- неврология на 60 коек,
- травматология на 30 коек, совмещённая с приёмным отделением и диагностическим блоком.

Лечебных корпусов — 3.
Операционных — 7.

В 2015 г. в больнице пролечено 16 028 больных, произведено 4250 операций.

Численность персонала — 114 врачей, 281 сотрудник среднего медицинского персонала.



В отделении лучевой диагностики проводится МРТ головного мозга и органов брюшной полости

реанимация на 12 коек. У него будет собственное приёмное отделение.

Создание центра позволит оказывать современную медицинскую помощь пациентам с инфарктами и инсультами. Мы сможем очень быстро делать коронарографию для поступающих пациентов с инфарктами, ангиографию для больных с нарушениями мозгового кровообращения, будет возможность ставить стенты. Наши специалисты проходили обучение в симуляционном центре Минздрава на базе Республиканской клинической больницы им. Н.А.Семашко, в Санкт-Петербурге, в Московском городском научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В.Склифосовского и центре ФМБА.

До конца года мы должны его запустить.

– Для сосудистых центров критично время довоза пациентов. Здесь сложные дороги: горы, серпантин. Как это влияет на логистику?

– Ялтинская подстанция скорой помощи входит в структуру Центра медицины катастроф города Симферополь, и, насколько я знаю, они обновили свой парк и количество бригад соответствует нормативам. Мы будем выстраивать систему оказания помощи, соответствующую российским стандартам: вызов – постановка диагноза – информирование сосудистого центра – оказание первичной помощи в автомобиле – доставка в отделение сосудистого центра – и далее необходимое оперативное вмешательство.

Кроме того, у нас достраивается ещё одно здание. Это будет многопрофильный хирургический центр, который уже давно планировался. Там тоже будет возможность проводить кардиохирургические операции. Там заложены 2 операционные, ангиограф, ещё один КТ, МРТ, лаборатория и реанимация.

– Какие ещё крупные планы, кроме этих двух центров?

– Всё остальное – это текущая работа. Сейчас у нас работает

проблемы есть, хотя на сегодняшний день в Ялте жильё не выделяется. Возможно, будет вариант выделения служебных квартир. Если удастся, мы сможем получить от 10 до 15 квартир, тогда мы будем искать и приглашать сюда медиков, в том числе участковых терапевтов уже с предоставлением служебного жилья. Непонятно, почему так мало участковых терапевтов. Прекрасная и благородная работа, но трудно привлечь кадры, особенно среди молодых специалистов, хотя здесь большие возможности для профессионального роста, если работать вдумчиво и с душой.

– А откуда к вам приходят кадры? Какие это вузы?

– Преимущественно, это Крымский федеральный университет им. В.И.Вернадского, сейчас получивший статус академии. Кстати, в данный момент мы ведём с ними переговоры о работе на нашей базе и придания нашей больнице статуса клинической.

– Расскажите, пожалуйста, немного о себе. Как помогает вам ваш опыт работы министром курортов и туризма?

– Опыт всегда полезен. Но я бы сказал, что больше всего мне пригодилось то, что я 4 года курировал здравоохранение здесь, в Ялте, в должности заместителя мэра. И, конечно, очень важно



Правосторонняя гемиколэктомия. Оперирует заведующий онкологическим отделением Дмитрий Какунин

полный перечень отделений – от нейрохирургии и травматологии до гнойной и детской хирургии. Это большой труд – обеспечить слаженную работу этой системы.

Важнейшая тема – диспансеризация населения. Есть определённые проблемы. Вся тяжесть диспансеризации сейчас лежит на амбулаторной службе. Но у нас катастрофа с участковыми терапевтами. На данный момент не хватает приблизительно 55%. И найти мы их не можем нигде. Ощущается нехватка специалистов функциональной диагностики для проведения маммографии, УЗИ. Всё это наслаивается одно на другое. В целях повышения уровня охвата населения города Ялта профилактическими мероприятиями между администрацией города, Министерством здравоохранения и территориальным фондом ОМС Республики Крым в сентябре этого года заключено соответствующее трёхстороннее соглашение.

– А как насчёт опыта других регионов? Например, губернаторские программы, по которым выделяется жильё медикам? У вас это есть?

– Пока нет. Но мы обсуждали эту тему с мэром Андреем Олеговичем Ростенко. Понимание

взаимодействие с людьми. Я пришёл сюда в 2009 г., а где-то в марте мы уже начали полноценно работать с городской администрацией. Мэры менялись, но с каждым находилось взаимопонимание. Это очень важно, учитывая нашу географию.

Тесно взаимодействуем с Минздравом Республики Крым и с Минздравом России. Министр здравоохранения Вероника Игоревна Скворцова была у нас уже 3 раза в течение одного года. Хочется сказать ей отдельное спасибо, ведь каждый её приезд сопровождается положительными изменениями.

– И последний вопрос: Владимир Анатольевич, как вы считаете, каким должен быть настоящий врач?

– Он должен, прежде всего, уважать пациента, видеть в нём страдающего человека. Понятно, быть умным, образованным, знающим профессионалом, но, самое главное, – любить своего пациента, какой бы он ни был. Если этих качеств нет, то можно забыть про эту профессию.

Беседу вела
Анна КАБИКОВА,
спец. корр. «МГ».

Фото автора.

Ялта.

Деловые встречи

Начинать раньше, продолжать дольше

Новая стратегия реабилитации после инсульта



Участники встречи (слева направо – С.Петров, Г.Иванова, А.Комаров)

В связи с Всемирным днём борьбы с инсультом, отмечаемым 29 октября, в Москве, в Юсуповской больнице, состоялась встреча, посвящённая современным подходам к реабилитации больных, перенёвших это заболевание.

«Мы находимся на новом этапе развития помощи больным инсультом», – отметила в своём выступлении главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, председатель «Союза реабилитологов России» профессор Галина Иванова (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва). Инсульт – многогранная проблема, включающая профилактику, раннюю диагностику, лечение в остром периоде и реабилитацию. К сожалению, население плохо информировано о первых признаках заболевания, и почти никто не знает, где находится ближайшее нейрососудистое отделение. Поэтому очень мало больных попадает в терапевтическое окно для тромболитика (первые 3,5 часа после начала инсульта). Даже в развитых европейских странах тромболитизис проводится не более чем в 20% случаев ишемического инсульта, а в России эта цифра на порядок ниже.

В течение 8 лет в России действует сосудистая программа, благодаря которой около 80% больных с инсультом госпитализируются в специализированные отделения. Сейчас акцент делается на ранней (в первые 12-48 часов от появления симптомов) реабилитации. «Система реабилитационных мероприятий должна базироваться на трёх основных принципах: комплексность, которая может быть обеспечена только при мультидисциплинарном подходе; преемственность на всех этапах реабилитационного процесса и индивидуальный характер построения реабилитационной программы», – подчеркнула Г.Иванова. Например, обучение ходьбе зависит от локализации очага в головном мозге, подбор терапии определяется возрастом больного и сопутствующими заболеваниями и т.д. В мультидисциплинарной команде (МДК), возглавляемой неврологом, обязательно должен быть психолог. Там, где психолог объяснял больному, что с ним случилось, и помогал пережить психологический шок, летальность оказалась в 1,4 раза ниже. В состав МДК входит медицинский кинезиолог, имеющий высшее физкультурное образование, инструктор-методист ЛФК, эрготерапевт. Специальности «врач по медицинской реабилитации» в реестре медицинских специальностей пока нет, но, по словам Г.Ивановой, скоро появится.

По ОМС оплачиваются 3 недели реабилитации в стационаре, а вот система поликлинического восстановления больного ещё не отработана. Больной боится возвращаться до-

мой, у него возникают проблемы социализации и суицидальные мысли. В этой связи профессор Г.Иванова призвала перенимать шведский опыт социальной интеграции больных после инсульта (см. «МГ» № 60 от 12.08. 2016). Сейчас 13 субъектов РФ участвует в пилотном проекте по развитию медицинской реабилитации, причём 9 из них выбрали инсульт в качестве модели. Проект включает образовательную, юридическую, клиническую и финансовую части. На вопросах финансирования Г.Иванова остановилась отдельно. Речь идёт о перераспределении имеющихся средств. Например, ОМС не будет оплачивать двигательную реабилитацию, если после её проведения нет улучшения по шкале Рэнкина. Расходы ОМС на реабилитацию одного больного инсультом одинаковой тяжести в разных регионах страны отличаются в разы (например, в Екатеринбурге эта цифра составляет 88 тыс. руб., а в Санкт-Петербурге – 250 тыс.), и с этим тоже надо разбираться. На сайте «Союза реабилитологов России» вывешиваются клинические рекомендации по реабилитации. Информационная поддержка неврологов также осуществляется на специальном сайте.

Тему продолжил кандидат медицинских наук Александр Комаров (РНИМУ им. Н.И.Пирогова), подчеркнувший важность когнитивной реабилитации постинсультных больных. Дело в том, что низкий когнитивный потенциал препятствует поступлению больного в высокотехнологичные реабилитационные центры. Помимо реабилитации, то есть восстановления утраченных функций, важна абилитация (обучение новым навыкам). Для достижения поставленных целей нужна фармакологическая поддержка с помощью препаратов с доказанной эффективностью, а также социальная, семейная и психологическая поддержка. В этом плане большую роль могут играть пациентские организации, такие как Межрегиональный общественный фонд помощи родственникам больных с инсультом «ОРБИ».

Кандидат медицинских наук Сергей Петров проиллюстрировал современные подходы к нейрореабилитации на примере 70-коечной Юсуповской больницы, где он работает неврологом. В больнице 4 отделения (неврологическое, реабилитационное, онкологическое и отделение паллиативной помощи). В отделении реабилитации есть тренажёрный зал, практикуется ЛФК, эрготерапия, социально-бытовая адаптация и когнитивный тренинг. Совместно с Юсуповской больницей подготовлен мини-сериял, посвящённый этапам реабилитации, размещённый на портале для больных и их родственников nevrologia.help.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.
Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 81 (2020)

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) – хроническое воспалительное заболевание, возникающее у лиц старше 35 лет под воздействием различных факторов экологической агрессии (факторов риска), главным из которых является табакокурение, протекающее с преимущественным поражением дистальных отделов дыхательных путей и паренхимы лёгких, формированием эмфиземы, характеризующееся ограничением скорости воздушного потока, индуцированное воспалительной реакцией, отличающейся от воспаления при бронхиальной астме и существующее вне зависимости от степени тяжести заболевания. Болезнь развивается у предрасположенных лиц и проявляется кашлем, отделением мокроты и нарастающей одышкой, имеет неуклонно прогрессирующий характер с исходом в хроническую дыхательную недостаточность и лёгочное сердце. Обострения и коморбидная патология вносят вклад в тяжесть заболевания.

Эпидемиология
ХОБЛ относится к частым заболеваниям человека, и распространённость прямо зависит от возраста. По данным крупного международного исследования BOLD в целом распространённость ХОБЛ в мире среди лиц старше 40 лет оценивается около 10% (11,8% для мужчин, и 8,5% для женщин). В России отсутствуют достоверные официальные статистические данные об истинной распространённости ХОБЛ. Однако результаты отдельных исследований свидетельствуют о высокой, сопоставимой с мировой, распространённостью ХОБЛ (около 14,5%).
В настоящее время ХОБЛ является четвертой причиной смертности в мире. По прогнозам «Исследования глобальной угрозы от заболеваний» ХОБЛ к 2020 г. выйдет на третье место среди причин смерти в связи с высокой распространённостью основного фактора риска заболевания – курения.

Факторы и группы риска
Факторы риска развития ХОБЛ:
Внешние
● Табакокурение
● Профессиональное воздействие пыли и химических паров
● Дым от приготовления пищи и обогрева дома биоорганическим топливом
● Респираторные инфекции в раннем детском возрасте
● Бедность, низкий социально-экономический уровень жизни
● Тяжёлая респираторная инфекция в детстве
Внутренние
● Дефицит альфа₁-антитрипсина
● Недоношенность
● Семейный характер заболевания
● Генетическая предрасположенность
● Бронхиальная гиперреактивность

Скрининг
Спирометрический скрининг для улучшения выявления ХОБЛ не предлагается в качестве единственного теста из-за отсутствия убедительных данных о его пользе. Сейчас рекомендуется активно выявлять ХОБЛ, используя основные признаки, позволяющие заподозрить заболевание. К ним относятся симптомы (хронический кашель, мокрота и одышка), воздействие факторов риска в анамнезе, семейный анамнез ХОБЛ. Эти отдельные признаки не являются диагностическими, но их сочетание увеличивает вероятность ХОБЛ. При подозрении на ХОБЛ следует провести спирометрию.

Классификация
В настоящее время решено отказаться от прежнего определения стадии ХОБЛ только по значению показателя ОФВ₁. Тяжесть заболевания оценивается комплексно и включает оценку влияния симптомов на состояние пациента, определение тяжести обструкции, риска обострений, госпитализаций и смерти.

Пример формулировки диагноза (Руководство по первичной медико-санитарной помощи, 2007)
Нозология – ХОБЛ.

Тяжесть течения (стадии болезни): лёгкое течение (стадия I), среднетяжёлое течение (стадия II), тяжёлое течение (стадия III), крайне тяжёлое течение (стадия IV).

Клиническая форма (при тяжёлом течении болезни): бронхитическая, эмфизематозная, смешанная (эмфизематозно-бронхитическая).

Фаза течения: обострение, стихающее обострение, стабильное течение. Выделяют два типа течения: с частыми обострениями (3 и более в год), с редкими обострениями.

Осложнения: ХДН, ОДН на фоне хронической дыхательной недостаточности, пневмоторакс, пневмония, тромбоэмболия, бронхоэктазы (указать локализацию), лёгочное сердце, степень недостаточности кровообращения.

При возможном сочетании с БА привести её развёрнутый диагноз.

Диагностика и лечение хронической обструктивной болезни лёгких

Клинические рекомендации Минздрава России для врачей общей практики (семейных врачей)

Указать индекс курящего человека (в единицах «пачка/лет»).

Пример: Хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлое течение, бронхитическая форма, фаза обострения, ДН 3-й степени, ХЛС, СН 2-й степени.

Принципы диагностики заболевания у взрослых в амбулаторных условиях

ХОБЛ следует заподозрить у пациентов старше 40 лет с жалобами на хронический кашель, хроническое выделение мокроты и одышку и/или с воздействием характерных для этой болезни факторов риска в анамнезе. Подавляющее большинство пациентов является активными курильщиками (стаж курения более 10 лет) или бывшими курильщиками (не курящими более 6 месяцев). Однако около 15% лиц, болеющих ХОБЛ, не курят, у них могут присутствовать другие факторы риска (профессиональные пылевые поллютанты и химикаты, дым от сгорания биоорганического топлива для отопления дома и приготовления пищи). Кроме этого, необходимо активно расспрашивать о случаях заболеваний ХОБЛ у родственников (семейный анамнез).

Хронический кашель – один из ранних симптомов заболевания. Кашель считается хроническим, если пациент кашляет на протяжении 12 недель в течение года. Может быть эпизодическим и непродолжительным. Продукция мокроты – второй основной клинический симптом заболевания. В дебюте болезни мокрота выделяется в небольшом количестве, как правило, утром и имеет слизистый характер. Появление гнойной мокроты указывает на развитие инфекционного обострения. Одышка при ХОБЛ, как правило, нарастает в течение ряда лет, усиливается при физической нагрузке, вначале появляется только при выраженных физических усилиях, например, быстрая ходьба или бег. По мере прогрессирования ХОБЛ, больные отмечают, что не в состоянии ходить с той же скоростью, что и ранее или по сравнению с их ровесниками. У некоторых пациентов одышка может быть ведущим клиническим симптомом, появление её тяжёлых эпизодов свидетельствует об обострении.

Данные клинического осмотра имеют значение при наблюдении за больным. Результаты осмотра не всегда могут выявлять признаки на ранних стадиях ХОБЛ. Отсутствие физических признаков не исключает диагноз ХОБЛ. Физикальные признаки обструкции могут отсутствовать при лёгких нарушениях вентиляции. При прогрессировании обструкции дыхательных путей, степени дыхательной недостаточности, лёгочного сердца клинический осмотр выявляет признаки этих состояний.

При наличии клинических симптомов и факторов риска ХОБЛ необходимо провести спирометрию. Спирометрия является важнейшим инструментом диагностики обструктивных нарушений вентиляции и оценки степени её тяжести. Исследование проводится вне обострения. Обструкция считается хронической, если она регистрируется 3 раза в течение года, несмотря на проводимую терапию. Согласно GOLD постбронхитическое снижение показателя ОФВ₁/ФЖЕЛ ниже 0,7 является диагностическим критерием ХОБЛ. В дальнейшем прогрессирующее снижение объёма форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁) ниже 80% от должного значения определяет степень тяжести обструктивных нарушений.

Степень тяжести ограничения воздушного потока (обструкции) при ХОБЛ (на основании постбронходилатационного ОФВ₁, GOLD, 2011)

У пациентов с постбронходилатационным отношением ОФВ ₁ /ФЖЕЛ < 0,7	
I лёгкая	ОФВ ₁ ≥ 80% от должных значений
II средняя	50% ≤ ОФВ ₁ < 80% от должных значений
III тяжёлая	30% ≤ ОФВ ₁ < 50% от должных значений
IV крайне тяжёлая	ОФВ ₁ < 30% от должных значений

Рентгенограмма органов грудной клетки

У пациентов с хроническими респираторными симптомами рекомендуется выполнение рентгенографии органов грудной клетки.

Рентген грудной клетки пациентов с ХОБЛ обычно отражает признаки гиперинфляции, наличие булл и/или усиление бронхиального и сосудистого рисунка.

Общий анализ крови

Эритроциты следует определять, чтобы исключить анемию как причину одышки, которая часто сопутствует ХОБЛ. Полицитемия может существовать у пациентов с хронической гипоксией; это является показанием для долгосрочной кислородной терапии.

Дифференциальный диагноз

Основное заболевание, с которым необходимо дифференцировать ХОБЛ – бронхиальная астма. Сложности возникают особенно в случае заболевания у курящего пациента, с дебютом болезни после 40 лет с аллергическими заболеваниями. У 10% больных возможно сочетание БА и ХОБЛ.

Дифференциальная диагностика ХОБЛ

Диагноз	Предположительные признаки
ХОБЛ	Начало старше 35-40 лет Прогрессирующее течение В анамнезе курение, воздействие поллютантов
Бронхиальная астма	Начало в молодом возрасте (чаще) Вариабельное течение В анамнезе аллергические заболевания
Застойная сердечная недостаточность	Эхокардиография – снижение фракции выброса левого желудочка, дилатация отделов сердца Отёк лёгких в анамнезе Рестриктивные нарушения вентиляции
Бронхоэктазы	Гнойная мокрота Расширение бронхов, утолщение бронхиальной стенки (рентген ОГК, КТ)
Туберкулёз	Рентгенологические признаки туберкулёза Микробиологическое подтверждение
Облитерирующий бронхиолит	Развитие в молодом возрасте, часто у некурящих лиц, контакта с химическими парами и дымом. КТ – очаги пониженной плотности на выдохе. Могут быть системные заболевания

Критерии ранней диагностики

Выявление пациентов с ХОБЛ в ранней стадии связано с рядом сложностей. Пациенты в ранней стадии ХОБЛ часто не обращаются за медицинской помощью в связи с отсутствием ограничения переносимости физической нагрузки. К ранним стадиям ХОБЛ можно отнести пациентов с I и II степенью тяжести обструктивных нарушений, согласно спирометрической классификации степени ограничения воздушного потока GOLD.

Однако у некоторых больных отсутствует кашель, продукция мокроты и выраженная одышка как при лёгкой ХОБЛ, так и при ХОБЛ средней тяжести. Поскольку ХОБЛ может диагностироваться на любой стадии, у больного при начальной диагностике заболевания может присутствовать любой из вышеперечисленных симптомов.

Для диагностики нарушений проходимости дыхательных путей используется спирометрия. Доступность спирометрии способствует улучшению выявления пациентов с ХОБЛ и другими обструктивными заболеваниями. В России в амбулаторных учреждениях в отделениях функциональной диагностики исследование проводится специалистами. За рубежом исследования свидетельствуют о высоком качестве выполнения спирометрии врачами общей практики, что способствует улучшению диагностики ХОБЛ. Вне зависимости от того, кто проводит исследование (врач функциональной диагностики или врач общей практики), выполненная спирограмма должна соответствовать общепринятым критериям качества ATS/ERS (Американского торакального и Европейского респираторного обществ). Снижение отношения ОФВ₁/ФЖЕЛ ниже 0,7 (в абсолютных числах) – наиболее раннее проявление обструктивных нарушений при ХОБЛ.

С целью активного выявления симптомов и основных факторов риска ХОБЛ предлагаются различные версии опросников, которые удобно использовать в амбулаторной практике. Три положительных ответа на любой вопрос – основание для обследования пациента. Однако наличие любого хронического респираторного симптома также является показанием для спирометрии.

1. Кашляете ли вы несколько раз в сутки большинство дней?
2. Откашливаете ли вы мокроту большинство дней?
3. Появляется ли у вас одышка быстрее по сравнению с людьми вашего возраста?
4. Вы старше 40 лет?
5. Курите ли вы в настоящее время или курили раньше?

Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

Оценка состояния здоровья пациента с ХОБЛ на амбулаторном приёме

Для определения необходимого объёма терапии следует оценить степень тяжести ХОБЛ. Тяжесть обструктивных нарушений при ХОБЛ долгое время приравнялось к тяжести самого заболевания. В настоящее время признаётся несоответствие между значением ОФВ₁ и выраженностью симптомов пациента. Значение только одного показателя плохо коррелирует с выраженностью симптомов при ХОБЛ. Дополнительное определение таких показателей, как индекс массы тела (ИМТ), учёт результатов вопросников CAT и mMRC, количества перенесённых обострений ХОБЛ в году и степени одышки после теста 6-минутной ходьбы, может помочь в установлении прогноза заболевания. Ниже перечислены вопросы и показатели, оценка которых позволяет более точно оценить состояние пациента.

1. Модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести одышки (mMRC) состоит из пяти утверждений о степени выраженности одышки, которую пациент испытывает.

Модифицированный вопросник Британского медицинского исследовательского совета

Баллы	Пометьте только один квадратик, который применим к вам	
0	Я чувствую одышку только при сильной физической нагрузке	
1	Я задыхаюсь, когда иду по ровной местности или поднимаюсь по пологому холму при быстрой ходьбе или при подъёме в горку	
2	Из-за одышки я хожу по ровной поверхности медленнее, чем люди того же возраста, или у меня останавливается дыхание, когда я иду по ровной местности в привычном для меня темпе	
3	Я задыхаюсь после того, как пройду примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности	
4	У меня слишком сильная одышка, чтобы выйти из дому, или я задыхаюсь, когда одеваюсь и раздеваюсь	

2. CAT (COPD Assessment Test) – оценочный тест ХОБЛ.

CAT является коротким и простым для пациента вопросником, который был разработан для использования в повседневной клинической практике, чтобы оценить влияние ХОБЛ на состояние пациента. Вопросник CAT состоит из 8 вопросов, каждый из которых оценивается по 5-бальной шкале. Онлайн-версию можно найти на сайте www.CATestonline.org. Итоговый балл от 1 до 10 оценивается как «незначительное влияние», от 11 до 20 – «среднее влияние», более 20 – «высокая степень влияния», более 30 – «очень высокая степень влияния». Вопросник можно рекомендовать заполнять пациенту дома и приносить на приём к врачу. Частота использования CAT определяется индивидуально в каждом конкретном случае. Эксперты рекомендуют выполнять CAT для оценки динамики состояния пациента каждые 3-6 месяцев.

3. Количество обострений ХОБЛ в предыдущем году. Обострения также вносят вклад в тяжесть заболевания. Каждое обострение способствует прогрессирующему снижению функциональных показателей.

С целью комплексной оценки степени тяжести пациента, а также с целью прогнозирования риска осложнений предложен новый подход, который отражает связь между степенью обструкции по спирометрической классификации, симптомами по шкалам mMRC и CAT и количеством обострений в анамнезе. Пациенты ХОБЛ делятся на 4 группы: A, B, C, D.

Группа A – низкий риск, мало симптомов (CAT менее 10 баллов и mMRC менее 2 баллов), степень обструкции по GOLD I-II и менее 1 обострения в год.

Группа B – низкий риск, выраженные симптомы (CAT более 10 баллов и mMRC более 2 баллов), степень обструкции по GOLD I-II и менее 1 обострения в год.

Группа C – высокий риск, мало симптомов (CAT менее 10 баллов и mMRC менее 2 баллов), степень обструкции по GOLD III – IV, 2 и более обострения в год.

Группа D – высокий риск, выраженные симптомы (CAT более 10 баллов и mMRC более 2 баллов), степень обструкции по GOLD III – IV, 2 и более обострения в год.

При оценке риска выбирается наивысшая степень обструктивных нарушений или частота обострений в анамнезе.

Кроме этого в России исторически существует клиническая оценка степени тяжести ХОБЛ, которая базируется на интенсивности симптомов, выраженности спирометрических расстройств и наличии осложнений, таких как дыхательная недостаточность, правожелудочковая недостаточность и наличие сопутствующих заболеваний.

4. Определение индекса массы тела (ИМТ). ИМТ является независимым предиктором смертности. У пациентов с ИМТ менее 20, как было показано во многих исследованиях, значительно снижается продолжительность жизни и должна быть проведена коррекция питания.

5. Определение насыщения крови кислородом (пульсоксиметрия). SatO₂ 92% или менее у пациента в стабильном состоянии ХОБЛ требует консультации пульмонолога для решения вопроса о длительной кислородотерапии на дому.

6. У пациентов с ХОБЛ часто развиваются сопутствующие заболевания (сердечно-сосудистые, нарушения функций скелетных мышц, метаболический синдром, остеопороз, анемия, депрессия, рак лёгкого). Сопутствующие заболевания могут выявляться у пациентов с любой степенью обструктивных нарушений и оказывать независимое влияние на показатели смертности и госпитализации. Сопутствующие заболевания необходимо выявлять и проводить коррекцию терапии с учётом сочетанной патологии.

7. Комплексные шкалы. Метод BODE (Body mass index, Obstruction, Dyspnea, Exercise – индекс массы тела, обструкция, одышка, физическая нагрузка) даёт комбинированный показатель в баллах (от 0 до 10), который позволяет прогнозировать последующую выживаемость лучше, чем любой взятый по отдельности вышеописанный показатель и используется, в том числе, для определения показаний к трансплантации лёгких.

Ведение пациентов со стабильным течением ХОБЛ

Немедикаментозная терапия

Отказ от курения

Отказ от курения является одним из важнейших компонентов лечения пациентов с ХОБЛ, продолжающих курить. Каждый медицинский работник должен проводить беседы о вреде курения и побуждать пациента отказаться от него. Беседа, проведённая врачом или другим медицинским работником, значительно увеличивает степень отказа от курения по сравнению с попытками, сделанными самим курящим (уровень доказательности A).

Лечебные программы по отказу от курения

Поведенческие:

На этапе врача в первую очередь применяется профилактическое консультирование (т.н. «краткий совет» или «стратегия краткого вмешательства» – 5 «С»). Беседа занимает не более 5 минут и направлена на повышение мотивации пациента бросить курить.

- 5 «С»:
 - спросить (статус курения),
 - сориентировать (на отказ от курения),
 - сверить (собирается ли бросить курить, например, в ближайшие 30 дней),
 - содействовать (направить в центр профилактики или центр здоровья на курс по отказу от курения),
 - составить расписание (посещений для оценки состояния после курса по отказу от курения).

Программы интенсивного консультирования, а также мотивационного консультирования могут быть предложены в центрах здоровья или медицинской профилактики, кроме этого, школы для пациентов по преодолению табачной зависимости могут быть организованы на базе других амбулаторных учреждений здравоохранения.

В рекомендациях NICE краткое консультирование, проводимое специалистами первичного звена, имеет различную силу доказательности: **3 (-) и 2 (++)**, так же, как и программы интенсивного вмешательства **3 (-), 2 (-), 2 (+) и 2 (++)**.

Отсутствуют данные контролируемых исследований об эффективности программы Аллена Карра «Лёгкий способ бросить курить».

Никотинзаместительная терапия

При высокой степени никотиновой зависимости (7 и более баллов по тесту Фагерстрема) показана НЗТ для уменьшения симптомов отмены. В среднем курс лечения составляет 10-12 недель, желательно совмещение 2 препаратов (например, пластырь и жевательная резинка). Монотерапия никотинсодержащими препаратами показана при средней степени никотиновой зависимости (5-6 баллов по тесту Фагерстрема). Комбинированная терапия никотинсодержащими препаратами – при высокой и очень высокой степени зависимости.

Тест Фагерстрема для определения степени никотиновой зависимости

Вопрос	Ответ	Баллы
1. Как скоро после того, как вы проснулись, вы выкуриваете 1 сигарету?	В течение первых 5 мин В течение 6-30 мин 0 мин-60 мин Более чем 60 мин	3 2 1 0
2. Сложно ли для вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено?	Да Нет	1 0
3. От какой сигареты вы можете легко отказаться?	Первая утром Все остальные	1 0
4. Сколько сигарет вы выкуриваете в день?	10 или меньше 11-12 21-30 31 и более	0 1 2 3
5. Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснётесь, чем в течение последующего дня?	Да Нет	1 0
6. Курите ли вы, если сильно больны и вынуждены находиться в кровати целый день?	Да Нет	1 0

Примечание. Степень никотиновой зависимости определяется по сумме баллов:

- 0-2 – очень слабая зависимость
- 3-4 – слабая зависимость
- 5 – средняя зависимость
- 6-7 – высокая зависимость
- 8-10 – очень высокая зависимость

Никотинзаместительная терапия

Препараты никотинзаместительной терапии	Дозы	Продолжительность курса
Никотинсодержащая жевательная резинка (2 и 4 мг)	2 мг: при курении < 20сигарет/день 4 мг: при курении > 21 сигарет/день По 1 жевательной резинке каждые 2 часа, не более 24 шт. в день	до 12 недель
Никотиновый ингалятор	1 картридж содержит 10 мг никотина. Максимальная доза – до 6-12 картриджей в сутки	до 6 месяцев
Никотиновый пластырь	продолжительность действия 1 пластыря – 16 ч 15 мг/16 ч – 3 месяца, 10 мг/16 ч – 3 недели, 5 мг/16 ч – 2 недели	не более 6 месяцев
Никотиновая трансдермальная терапевтическая система/24 ч	21 мг/24 ч – 6 недель, 14 мг/24 ч – 2 недели, 5 мг/16 ч – 2 недели	12 недель

Противопоказания к НЗТ: гиперчувствительность к никотину и ментолу, острый период инфаркта миокарда, нестабильная стенокардия, неконтролируемая артериальная гипертония, выраженные нарушения сердечного ритма; для жевательной резинки: обострение язвенной болезни, стоматиты, эзофагиты, патологии височно-нижнечелюстного сустава, зубные протезы. Ограничения: беременность и период лактации, побочные действия препарата.

Нейротропные и психотропные средства (варениклин)

Прекратить курить нужно на 2-й неделе приёма препарата.

Курс лечения – 12 недель: 1-3-й день – 0,5 мг один раз в день, 4-7-й день – 0,5 мг два раза в день, с 8-го дня – 1 мг два раза день.

Противопоказания: почечная недостаточность, возраст до 18 лет, беременность и период лактации, повышенная чувствительность к компонентам препарата, сердечно-сосудистые заболевания, психические расстройства в анамнезе.

Частые побочные действия: тошнота, головные боли, бессонница, сновидения.

Выявление и устранение других факторов риска

Пациентам рекомендуется по возможности избегать воздействия любых потенциально небезопасных факторов (профессиональных факторов риска, риск загрязнения атмосферного воздуха внутри и вне помещений).

Лекарственная терапия стабильного течения ХОБЛ

До сих пор нет убедительных доказательств положительного эффекта лечения у бессимптомных лиц с ХОБЛ, чтобы предотвратить будущие респираторные симптомы или уменьшить последующее снижение функции лёгких.

Для пациентов с лёгкими симптомами и вне обострения рекомендуется использование бронходилататоров короткого действия. Выбор стоит между салбутамолом или ипратропия бромидом. Объём лекарственной терапии базируется на оценке трёх компонентов – симптомах, частоте обострений за год и результатах спирометрии. Выбор лекарства основан на жалобах пациента, наличии симптомов и предпочтениях пациента, а также побочных эффектах и возможностях препарата уменьшать число обострений. Бронхолитики применяются по потребности или регулярно для предотвращения появления симптомов или уменьшения выраженности симптомов (**уровень доказательности A**). Регулярное применение β₂-агонистов короткого действия и их использование по потребности улучшают показатель ОФВ1 и уменьшают выраженность симптомов (**уровень доказательности B**). Перед выпиской каждого нового рецепта врачом должна быть проверена ингаляционная техника.

Характеристика основных ингаляционных бронхолитиков, применяемых для лечения ХОБЛ

Формотерол	Турбухалер (порошок, 4,5 и 9 мкг/доза) Аэролайзер (порошок, 12 мкг/доза)	9-18 мкг 2 р/сут 12-24 мкг 2 р/сут
Индакатерол	Бризхалер (порошок, 150 и 300 мг)	150-300 мг 1 р/сут
Холинолитики короткого и комбинированного действия		
Ипратропия бромид	ИДА (20 мкг/доза)	2-3 инг 3-4 р/сут
Ипратропия бромид/фенотерол	ИДА (20/50 мкг/доза)	1-2 инг 3-4 р/сут
Холинолитики длительного действия		
Тиотропия бромид	Хандихалер (порошок) 18 мкг/доза	1 инг 1 р/сут

Ингаляционные ГКС приведены в рекомендациях по бронхиальной астме.

Алгоритм ведения пациентов с постоянными симптомами делится в зависимости от значения показателя ОФВ₁: более или менее 50% от должных значений. У пациентов с лёгкой и средней степенью тяжести обструктивных нарушений (ОФВ₁ более 50%) рекомендуется использовать либо длительно действующий β₂-агонист, либо длительно действующий антихолинергический препарат, или их сочетание. Как для β₂-агонистов, так и для антихолинергических препаратов предпочтительно использование длительно действующих препаратов (**уровень доказательности A**). При отсутствии улучшения при применении монотерапии следует назначить комбинацию короткодействующего и длительно действующего β₂-агониста и антихолинергического препарата (**уровень доказательности B**).

Формотерол и сальметерол улучшают показатели ОФВ₁, лёгочных объёмов, выраженности одышки, качества жизни и частоты обострений (**уровень доказательности A**), но не оказывают влияния на смертность и уровень снижения функции лёгких.

Сальметерол позволяет уменьшать частоту госпитализаций (**уровень доказательности B**).

Индакатерол позволяет значительно увеличить ОФВ₁, уменьшить выраженность одышки и повысить качество жизни пациента (**уровень доказательности A**).

Применение тиотропия позволяет уменьшить частоту обострений и связанную с ними частоту госпитализаций, уменьшить выраженность симптоматики, улучшить общее состояние здоровья (**уровень доказательности A**) и увеличить эффективность лёгочной реабилитации (**уровень доказательности B**).

Для пациентов с ОФВ₁ менее 50% рекомендуется присоединение ИГКС. Тяжёлым пациентам показана «тройная терапия»: сочетание ИГКС и длительно действующих β₂-агониста и антихолинергического препаратов.

1. Плановое лечение ИГКС оказывает положительное влияние на симптоматику заболевания, функцию лёгких, качество жизни и уменьшает частоту обострений у пациентов с ХОБЛ при ОФВ₁ < 60% от должного (**уровень доказательности A**), но не оказывает влияния на постепенное снижение ОФВ₁ и не снижает общую смертность у пациентов с ХОБЛ (**уровень доказательности A**).

2. Комбинация ингаляционного ГКС с длительно действующим β₂-агонистом более эффективна, чем отдельные компоненты, в отношении улучшения лёгочной функции, снижения частоты обострений и улучшения состояния здоровья пациентов с ХОБЛ от умеренной (**уровень доказательности B**) до очень тяжёлой степени (**уровень доказательности A**).

3. Комбинированная терапия повышает риск развития пневмонии, но не имеет других побочных эффектов (**уровень доказательности A**).

4. Добавление комбинации длительно действующих β₂-агонистов/ингаляционных ГКС к терапии тиотропием улучшает функцию лёгких и качество жизни и снижает частоту обострений (**уровень доказательности B**).

5. При ХОБЛ не рекомендуется длительная монотерапия пероральными ГКС (**уровень доказательности A**).

6. При ХОБЛ не рекомендуется длительная монотерапия ингаляционными ГКС, поскольку она менее эффективна, чем комбинация ингаляционных ГКС и длительно действующих β₂-агонистов (**уровень доказательности A**).

В настоящее время нет доказательств полезности применения антибиотиков с другой целью, нежели лечение инфекционных обострений ХОБЛ и других бактериальных инфекций (**уровень доказательности B**).

(Окончание следует.)

– **Сергей Алексеевич, как возникла идея проведения ежегодного Российского онкологического конгресса?**

– Идея возникла в 1997 г., когда состоялась конференция по химиотерапии злокачественных опухолей, собравшая около 200 человек. Ежегодный формат оказался очень удачным. В умах профессионального сообщества закрепилось, что в ноябре надо встретиться в Москве для обсуждения важнейших вопросов нашей специальности. С каждым годом процесс набирал обороты. Стало ясно, что проблемы лекарственной терапии опухолей нельзя обсуждать в отрыве от других видов лечения – хирургического, лучевого, паллиативного. Вторая или третья конференция стала мультидисциплинарной и получила название Российского онкологического конгресса. Первые 14 лет его организовывали четыре человека – руководитель отделения клинической фармакологии и химиотерапии НИИ клинической онкологии РОНЦ профессор Август Гарин, ведущий научный сотрудник этого отделения доктор медицинских наук Марина Степина, старший лаборант Наталья Сидорова и ваш покорный слуга. В 2011 г. организация конгрессов перешла под эгиду общества онкологов-химиотерапевтов, которое с 2014 г. называется Российским обществом клинической онкологии. Сейчас оно насчитывает 1600 членов и имеет более 50 региональных отделений.

Пришли новые люди, которые привнесли новые идеи. За последние годы конгресс вырос как по числу участников (на прошлогоднем конгрессе их было около 4 тыс.), так и по числу проводимых заседаний. Последние три года программный комитет конгресса возглавляет профессор Дмитрий Носов. Мне кажется, у конгресса интересная программа, позволяющая обмениваться опытом, внедрять новые интерактивные формы общения, дискуссии и т.д. Мы будем развивать этот процесс. Наш конгресс – живой организм, привлекающий новые силы, новые идеи, новых людей. Каждое региональное отделение может подать заявку на проведение конференции или мастер-класса по интересующей тематике в своём регионе (например, рак почки, лёгкого и т.д.). Формируется бригада, которая туда выезжает. Мы стремимся, чтобы среди докладчиков также были местные специалисты, которые представили свои клинические случаи. За прошедший год проведено 87 таких мероприятий по всей стране.

– **Чем отличаются конгрессы РОКО от конгрессов Американского общества клинической онкологии (АОКО) и Европейского общества медицинской онкологии (ЕОМО)?**

– В США и Европе проводятся научные конгрессы, и мы не можем с ними конкурировать. Мы делаем упор на образовательные программы. Наша задача – сообщить коллегам, что случилось за прошедший год в мировой онкологии и что можно использовать в практической работе. Они из первых уст могут услышать о том, что происходило на американском и европейском конгрессах, поскольку мы приглашаем к себе с докладами ведущих онкологов мира. Как развивается онкология в других странах? Чего нам ждать в ближайшие годы? Как решаются в мире общие для всех нас проблемы, такие как недофинансирование, дефицит кадров или недоступность современных методов лечения?

– **В РОКО создан комитет молодых учёных, возглавляемый вашей дочерью. Чем он занимается?**

– Проводится ежегодный конкурс работ молодых учёных, а в программе конгресса предусма-

тривается молодёжная сессия. Кроме того, налажено взаимодействие с молодёжными комитетами других онкологических обществ. В частности, удалось договориться с ЕОМО о выделении квот по грантам для молодых российских исследователей. К сожалению, наши врачи малоактивны, мы плохо вписываемся в мировую онкологию.

Авторитетное мнение

Онкология как модель

В Москве открылся XX Российский онкологический конгресс

Этот крупнейший форум российских онкологов, ежегодно организуемый Российским обществом клинической онкологии (РОКО), длится три дня и собрал несколько тысяч участников. На нём выступили с лекциями ведущие онкологи мира, в том числе председатель конгресса, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина (РОНЦ), академик РАН Михаил Давыдов, экс-президент Американского общества клинической онкологии (АОКО) Питер Ю, экс-президент Европейского общества медицинской онкологии (ЕОМО) Дэвид Керр и президент Европейского общества лучевой терапии и онкологии Умберто Рикарди. Программа включает широкий круг вопросов – от редактирования генома и возможностей генной терапии в онкологии до сестринской помощи и онкопсихологии.

В преддверии конгресса президент РОКО, заместитель директора РОНЦ и заведующий отделением клинической фармакологии и химиотерапии НИИ клинической онкологии РОНЦ профессор Сергей ТЮЛЯНДИН рассказал корреспонденту «МГ» о достижениях и проблемах отечественной онкологии.

– **Помимо РОКО, существует Ассоциация онкологов России (АОР), которая также проводит свои съезды. Нет ли тут дублирования?**

– Поскольку я вхожу в правление обеих организаций, то могу обозначить отличия. АОР собирает свои съезды раз в 4 года. На них обсуждаются преимущественно организационные вопросы. Например, в России на сегодняшний день нет национальной программы противораковой борьбы. Программа «Онкология», которая решала вопросы перевооружения онкологической службы страны, закончилась в 2015 г. Между тем, по мере увеличения продолжительности жизни, злокачественные опухоли выходят на первое место среди причин смертности. Для достижения поставленной цели нужен план, которого пока нет. За последний год выросла смертность от онкологических заболеваний. АОР взаимодействует с Минздравом, с законодателями.

Недавно Россия подписала на сессии ООН соглашение о сокращении смертности от неинфекционных заболеваний на 15% к 2025 г.

– **Как междисциплинарный характер онкологии отражается на программе Российских онкологических конгрессов?**

– Успех лечения в онкологии зависит от слаженной работы специалистов разных направлений – морфологов, молекулярных патологов, рентгенологов и радиологов, УЗИ-диагностов. Хирургический метод остаётся важнейшим. Необходимо взаимодействие с хирургами, лучевыми терапевтами и другими специалистами. Все сессии нашего конгресса построены так, что в них участвуют разные специалисты. Но прогресс в лечении злокачественных новообразований во многом определяется лекарственными препаратами. Сейчас зарегистрирован новый класс противоопухолевых иммуноонкологических препаратов, но мы ведь глубоко не изучали иммуно-

логию, не знаем механизмы их действия, которые определяют спектр побочных эффектов. Необходимо такое лечение, после которого больной сохранил бы трудоспособность. Онкология должна его не только вылечить, но и вернуть в общество. Если же речь идёт о молодых людях, то лечение должно быть направлено на сохранении их фертильности.

а последующие курсы оплачивает фармкомпания, или наоборот.

Заставить компании снизить цены на свою продукцию не всегда возможно. Ведь большая часть их прибыли идёт на разработку новых лекарственных средств (R&D). Но есть большой задел, связанный с включением в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных пре-

фармкомпаний на проведение клинических исследований. К сожалению, государство научные исследования в области онкологии не финансирует. Эти средства дали нам возможность провести молекулярно-генетическое тестирование у 12 тыс. больных раком молочной железы и 4 тыс. раком лёгкого. Полученные результаты были опубликованы в виде двух

статей в престижных международных журналах. Совместно с одной из зарубежных компаний проведено наблюдательное исследование по определению мутации BRCA при раке яичников. Появляются новые диагностические методы определения мутаций других генов и их комбинаций. Какая мутация является клинически значимой? Совместно с другой компанией разработан алгоритм анализа данных секвенирования генома BRCA.

– **Когда секвенирование генома и определение микро-РНК станет у нас рутинной? Когда будут введены стандарты и госфинансирование генетических тестов?**

– Такие тесты надо проводить у практически здоровых людей, имеющих высокий риск возникновения злокачественных опухолей. Это и есть настоящий скрининг и ранняя диагностика. Сейчас появились так называемые таргетные препараты, которые воздействуют на определённую мишень в опухоли. Их применение оправдано лишь у тех больных, у которых данная мишень (например, мутация определённого гена) имеется. Назначение их вслепую не только не приводит к повышению выживаемости, но связано с удорожанием лечения и повышением его токсичности. К сожалению, молекулярно-генетическое тестирование не входит в программу госгарантий.

– **Удалось ли добиться включения химиотерапии в перечень высокотехнологичной помощи?**

– К сожалению, не удалось. В Москве потолок тарифа на проведение курса химиотерапии при раке молочной железы составляет 24 тыс. руб., а при других нозологиях он ещё меньше. Это не имеет никакого отношения к реальной стоимости лечения. Дело в том, что Московское правительство закупает препараты для своих больных самостоятельно и включает в тариф только расходы на зарплату медперсонала и рутинное обследование. А федеральные центры, включая РОНЦ, вынуждены лечить больных по этому тарифу. Получается, мы работаем в убыток, и выгоднее вообще не лечить больного, если только он не участвует в клинических испытаниях (КИ) нового препарата.

– **Что даёт врачу и больному участие в клиническом испытании?**

– Клинические испытания – это доступ к новым лекарственным препаратам. Они заставляют врача учиться, а больной бесплатно получает высококачественное лечение.

– **Если не попадает в группу плацебо...**

– Плацебо-контролируемых КИ, когда больной получает только плацебо, в онкологии практически нет. По крайней мере, я в них не участвую. Государству выгодно проведение КИ, поскольку они позволяют экономить средства на лечение больных. Тут важен



– **Как решаются вопросы доступности современных методов лечения?**

– Общество должно понимать, что современная терапия стоит дорого. Как рационально расходовать ограниченные средства? Кому назначать дорогостоящие препараты? Тем больным, у кого есть шанс получить наибольший эффект. Статья Конституции РФ, гарантирующая всем гражданам бесплатную медицинскую помощь, входит в противоречие с реальностью. При существующем финансовом обеспечении дорогие методы лечения невозможны. Вопрос стандартов лечения завис, он не решается. Если просчитать стандарты, то для их реализации потребуется многократное увеличение бюджета, поэтому сегодня стандарты не являются у нас законодательными документами, а носят рекомендательный характер.

– **Что вы предлагаете: повысить тарифы на лечение (что в нынешней экономической ситуации проблематично), заставить фармкомпанию снизить цены на свои препараты (аналогично тому, как были снижены цены на антиретровирусные препараты для лечения ВИЧ) или перейти на дженерики?**

– Что касается дженериков, то их применение помогло бы существенно удешевить лечение. К сожалению, соотношение цены и качества в случае дженериков не всегда оптимально. Лишь незначительная часть наших производств перешла на стандарты GMP (Good Manufacturing Practice). А препараты, выпущенные вне рамок GMP, могут быть небезопасны для здоровья. Вопрос в том, какую часть ответственности берёт на себя государство. Совместно с Минздравом нами запущена программа разделения рисков в ряде пилотных регионов, где будет определена модель взаимодействия государства и производителей фармпрепаратов. Например, государство оплачивает первые 3-4 курса химиотерапии,

паратов. Мне непонятно, по каким критериям происходит включение или невключение того или иного препарата в этот список. Считаю, что должны включаться те препараты, которые полезны государству, потому что оно может извлечь экономическую выгоду в результате их эффективности. Государство должно определить ту цену, которая делает использование лекарства выгодным, и на основании полученных цифр разговаривать с фармкомпанией. Если удаётся прийти к компромиссу, препарат включается в список, что значительно увеличивает рынок его сбыта. Это непростой процесс, но данный подход работает во многих странах. Таким образом, сделав процесс прозрачным, можно избежать конфликта интересов.

– **Раз уж вы затронули эту проблему, то поделитесь опытом её решения. Существует ли в РОКО этический комитет?**

– Во-первых, любой докладчик должен в начале своего выступления раскрыть источники финансирования своей работы. Во-вторых, если доклад окажется ангажированным, то в следующий раз возможности выступить на нашем конгрессе у такого человека не будет. У нас работает не этический комитет, а третейский суд из 5 человек, который решает спорные вопросы. Например, РОКО ежегодно обновляет рекомендации по лекарственной терапии злокачественных опухолей, куда включаются препараты, зарегистрированные в России до 1 июля текущего года. Недавно мы столкнулись с вопросом, можно ли включить препарат, который был зарегистрирован 11 июля. Мы обратились в третейский суд, который большинством голосов (4:1) разрешил это сделать.

У нас имеются чёткие и прозрачные правила взаимоотношений с фарминдустрией. Мы получаем доход от проведения сателлитных симпозиумов и выставок во время конгрессов, а также взносы и пожертвования

экономический аспект: врачи и медсёстры, участвующие в КИ, получают дополнительный заработок. Именно проведение КИ позволило сохранить многие коллективы в 1990-е годы. К сожалению, сейчас число проводимых в России КИ снижается.

– **С чем это связано?**
– Во-первых, с непрозрачной и бюрократической процедурой одобрения. Во-вторых, участвующие в КИ больные исключаются из программы ОМС. А ведь компания-спонсор платит только за дополнительную работу, а рутинные исследования не оплачивает. Ряд КИ в нашей стране вообще невозможен, например, противорвотных препаратов при проведении химиотерапии. Казалось бы, чем хуже у нас экономическая ситуация, тем больше государство должно быть заинтересовано в КИ.

– **Почему же это не происходит?**
– Из-за несовершенства закона о лекарственных средствах, который содержит массу ограничений на проведение КИ. Например, невозможно провести национальные КИ. С другой стороны, клинические испытания, проводимые в рамках выполнения диссертационных работ, никак законом не регулируются, участвующие в них больные не имеют страховки и зачастую не дают информированного согласия.

– **Недавно в интервью известного российского онколога прочёл, что 5-летняя выживаемость при раке молочной железы составляет у нас всего 57%, в то время как в США она достигает 90%, в Великобритании – 82%, в Финляндии – 86%. Почему такая разница в цифрах?**

– Дело в том, что у нас нет достоверной статистики 5-летней выживаемости при разных видах рака, поскольку национальный канцер-регистр отсутствует. На самом деле, она может быть ещё ниже.

– **А в других странах канцер-регистры имеются?**

– Они есть практически во всех странах, даже в африканских. Кстати, один из лучших в мире канцер-регистров создан в Ботсване.

– **Почему же его нет у нас?**
– Подозреваю, что Минздрав этого не хочет, потому что тогда станет очевидной неприглядная картина состояния онкологической службы в стране.

– **По вашим словам, в России треть ставок онкологов и лучевых терапевтов вакантны, а среди патоморфологов – две трети. Какие пути повышения престижа специальности вы видите?**

– К сожалению, кадровый голод обостряется, в том числе из-за низких зарплат, трудных условий работы и огромных нагрузок. Онколог принимает за смену до 60 человек. В регионах не хватает хирургов-онкологов и, особенно, анестезиологов. Онкологическая служба не развивается, строительством новых онкоцентров не ведётся, а число больных увеличивается. Во-первых, потому что растёт заболеваемость. Во-вторых, лечить стали лучше, больные дольше живут. Некоторые из них стали воистину «золотыми», получив по 30-50 курсов химиотерапии.

Морфологи очень важны для постановки правильного диагноза, поэтому мы устраиваем для них мастер-классы. Молекулярная диагностика требует огромных инвестиций, но самое сложное – научить людей, подготовить грамотных специалистов. У нас в стране молекулярно-генетические исследования проводятся более чем в 20 лабораториях. Дважды в год мы собираем лабораторное сообщество. В онкологии происходит технологическая революция, и

с каждым годом наше отставание от развитых стран увеличивается.

– **Как осуществляется сотрудничество РОКО с фондом «Сколково»? Принесло ли оно какие-то практические результаты?**

– Биомедицинский кластер Сколково – один из немногих институтов, который пытается что-то сделать, запустить процесс использования новых технологий в медицине. Мы участвуем в экспертизе проектов, проводим совместные сессии и конкурсы на лучшие проекты в области диагностики и лечения онкологических заболеваний. Также ведём общие образовательные программы. В прошлом году провели курс по методологии проведения КИ новых лекарственных средств, а в будущем году планируется большой курс на эту же тему с участием АОКО, РОКО и фонда «Сколково». Вскоре в РОНЦ должны начаться КИ I фазы нового противоопухолевого препарата, разработанного компанией-резидентом Сколково «Терама».

– **Как вы работаете с пациентскими организациями?**

– Мы пытаемся наладить с ними контакт. Это сложная работа, поскольку имеются взаимные претензии. Больные не всегда довольны врачами, но врачи тоже недовольны теми вылеченными больными, которые скрывают своё заболевание. А ведь их поддержка была бы важна для других больных, помогла бы развеять стереотипы о раке как о фатальном заболевании. На Западе пациентские организации – мощная политическая сила, лоббирующая интересы онкобольных. Мы тоже пытаемся разбудить наших больных. Ведь онкологический больной есть почти в каждой семье. Но пока нас плохо слышат на всех уровнях.

– **В журнале «Новый мир» в 2002 г. было опубликовано замечательное эссе музыковеда Татьяны Чередниченко, умершей от рака лёгкого в 2003 г., «Онкология как модель», где есть такие строки: «Рискну предположить, что онкология воспроизводит в обмирщённой культуре то, что традиционно называлось “страх Божий”: безусловный ограничитель самоубийственной свободы притязаний... Поразительно: кроме неё, пожалуй, нет другой области прогресса, плотно интегрированной в рынок, в которой неуклонно избегались бы искушения алчной политики, пустопорожного пиара, виртуальных стоимостей... То есть: профессиональная специфика онкологии, связанная с осознанием масштабов угрозы, заключённой в самом человеке, даже рынок делает моральным. Кодексы онкологии содержат образцы для социальной практики, столкнувшейся с тяжёлыми проблемами. А также для своевременного распознавания таких проблем».**

– **Согласны ли вы с такой оценкой? Моделью чего является российская онкология сегодня?**

– К онкологическому больному нужно относиться как к человеку, попавшему в беду. К сожалению, наша онкологическая служба к этому не готова. Расстояние от автостоянки до приёмного покоя составляет от 100 до 150 м, пройти его пешком больному трудно, а подъехать ближе иногда невозможно. Такие, казалось бы, мелочи имеют большое значение. Атмосфера лечебных учреждений должна быть комфортной для больного и его родственников. Они нуждаются в помощи, в том числе психологической. Но онкопсихологов катастрофически не хватает.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор медицинских наук,
корр. «МГ».

В клиниках и лабораториях

Крапивница: загадки и отгадки

Российские учёные ищут доказательства аутоиммунной природы этой болезни

«Познание начинается с удивления», – выражение, которое приписывают Аристотелю. Точнее не скажешь, когда речь заходит об открытии новой сути явлений, казалось бы, давно и хорошо известных. Например, о том, что крапивница может иметь аутоиммунную природу, а её связь с паразитарной инфекцией – скорее исключение, чем правило. А мы-то привыкли думать как раз наоборот...

Итак, познание: о новых результатах исследований, посвящённых распространённым кожным заболеваниям, в интервью «МГ» рассказал старший научный сотрудник научно-исследовательского отдела иммунозависимых дерматозов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук Павел Колхир:

– К сожалению, причины и механизмы развития многих кожных заболеваний до сих пор неизвестны, что является целью глубокого изучения научных центров во всём мире, включая и наш. Предполагается, что многие из этих болезней, например, псориаз, крапивница, витилиго, алопеция имеют аутоиммунную природу. При этом крапивница представляет особый интерес, потому что среди врачей и пациентов в отношении этой кожной болезни существуют стойкие стереотипы, которые могут негативно влиять на её диагностику и лечение.

– **Один из таких стереотипов – частая ассоциация между хронической спонтанной крапивницей (ХСК) и паразитарными инвазиями?**

– Совершенно верно. Согласно данным нашего систематического обзора, опубликованного в журнале Allergy в 2016 г., паразиты являются нечастой причиной ХСК, несмотря на распространённое мнение об обратном. Мы проанализировали результаты 39 независимых научных исследований, которые были проведены по этой проблеме в мире, обобщили полученные данные и сделали следующие выводы.

Первый: по данным двух третей исследований, распространённость паразитарной инфекции у больных ХСК составляет менее 10%. Второй: лишь у одной трети пациентов при назначении противопаразитарных препаратов наступает облегчение симптомов крапивницы. При этом возможно, что у большинства таких больных ремиссия ХСК наступила сама по себе, спонтанно, и это просто совпало с назначением лечения. Иными словами, применение противопаразитарных средств в терапии крапивницы без анамнестического и лабораторного подтверждения паразитарной инвазии, скорее всего, будет неэффективно и даже небезопасно для пациента.

– **Речь идёт о каком-то конкретном наборе паразитов?**

– У больных ХСК чаще, чем у здоровых людей, обнаруживают простейших, например, лямблии, а также аскариды и гиперчувствительность к Anisakis simplex.

– **А описторхоз? Ведь это заболевание тоже нередко сопровождается появлением кожной сыпи и лечится исключительно токсичными лекарствами.**

– В международных медицинских базах данных практически нет исследований, посвящённых распространённости и причинно-значимой связи между паразитом рода Opisthorchis spp. и ХСК. Что, кстати, само по себе удивительно, ведь, например, в нашей стране



есть регионы, эндемичные по описторхозу. Это указывает на необходимость проведения здесь многоцентровых исследований для изучения роли различных паразитов, включая Opisthorchis spp., в развитии крапивницы.

К сожалению, в России больным ХСК в качестве пробной терапии часто назначают противопаразитарные препараты, хотя паразитарную инвазию либо не искали, либо искали, но она не была обнаружена. Другое дело, когда у пациента с ХСК лабораторно подтверждено наличие паразитов: в этом случае назначение противопаразитарных лекарственных средств оправданно, и на фоне лечения основного заболевания можно ожидать исчезновения симптомов крапивницы. По данным нашего обзора, эффективность такого лечения в отношении симптомов ХСК у больных с подтверждённой паразитарной инвазией варьирует от 78,6 до 100%.

– **Павел Владимирович, что касается аутоиммунного механизма при крапивнице: пока это только гипотеза?**

– Разговоры о роли и значении аутоиммунитета при крапивнице идут уже давно, и достаточное количество научных исследований подтверждает, что до 50% пациентов с ХСК имеют аутоантитела. Эти аутоантитела вырабатываются организмом против иммуноглобулинов E (IgE) и/или рецепторов IgE на тучных клетках и базофилах, активируют их и приводят к выделению биологически активных веществ, в первую очередь гистамина, и появлению симптомов крапивницы.

– **Таким образом, можно говорить о существовании разных типов крапивницы, которые вызваны разными этиологическими факторами: инфекцией, тепловым или холодным воздействием, а теперь ещё и аутоиммунными процессами?**

– Да, это так. В настоящее время принято делить хроническую крапивницу на спонтанную, которая вызвана известной или неизвестной причиной, и индуцированную – холодovou, тепловую, дермографическую и т.д. При этом у одного и того же пациента могут быть оба вида заболевания.

Совместно с коллегами из клиники Charité Universitätsmedizin Berlin (Германия), используя критерии причинности Хилла, мы показали, что аутоиммунные реакции I типа (аутоаллергия, связанная с аутоантителами класса E) и II типа (опосредованные антителами IgG) с большой долей вероятности являются причинно-значимыми при ХСК.

Следующим этапом данного научного проекта станут российско-германские фундаментальные исследования роли аутоантител класса E при хронической спонтанной крапивнице. В рамках этой работы планируется как поиск новых IgE аутоантител, так и новых аутоантигенов, против которых эти аутоантитела могут вырабатываться. В настоящее время данный вектор исследований в аллергологии и дерматологии является мировым трендом не только в отношении крапивницы, но и других аутоиммунных заболеваний, в частности, буллёзного пемфигоида, системной красной волчанки.

– **Что дадут результаты этих научных поисков практическому здравоохранению?**

– Скрининг на выявление того или иного типа аутоиммунных реакций при ХСК позволит персонализировать подход к подбору терапии. В частности, если мы сможем обнаружить определённые аутоантитела и доказать, что они являются функциональными, то есть активируют тучные клетки, обладают гистамин-высвобождающим действием и приводят к симптомам крапивницы, то сможем воздействовать на эти аутоантитела конкретными препаратами.

Как уже сказано, с паразитами связано крайне малое количество случаев крапивницы, менее 10%. У 30–50% больных, по разным данным, в развитии крапивницы имеют значение аутоиммунные реакции, у остальных она – идиопатическая. Соответственно, при выборе тактики лечения следует руководствоваться именно природой крапивницы, подтверждением её эндотипа лабораторными методами, а не только самим фактом появления болезни и уж точно не стереотипами: есть крапивница – значит, есть паразиты.

Таким образом, мы придём к персонализации лечения пациентов с ХСК. Это снизит финансовые затраты на терапию, увеличит её эффективность и уменьшит частоту побочных эффектов. Ускорить этот процесс позволит постоянное изучение врачами актуальной информации по своей специальности и изменение привычной клинической практики в зависимости от появления новых научных данных.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Проблемы и решения

Выбраться из ценового лабиринта

Приживётся ли в отечественной практике модель разделения рисков?

В России, как и во всём мире, расходы на лекарственное обеспечение являются наиболее затратной частью систем здравоохранения. С каждым годом на рынке появляется всё больше лекарств, и они становятся всё более дорогими. Тем не менее, как показывает опыт, более высокая цена нового ЛС по сравнению с имеющимися на рынке аналогами, не всегда бывает оправданной, а его эффективность – сильно преувеличенной.

Как договоритесь

– Когда компании убеждают систему здравоохранения использовать новые препараты взамен хорошо известных, но якобы менее эффективных, почему бы им не разделить ценовые риски, связанные с применением новых продуктов? – отметил руководитель группы «Медицина и здравоохранение» компании «Пепеляев Групп» Сергей Клименко, выступая на форуме «Итоги 2016. Прогнозы 2017», организованном РБК.

Сегодня основной акцент в лекарственной политике стран ЕС и США смещается в сторону пациента. В мировой практике существует несколько инновационных подходов к увеличению доступности лечения. Один из них – так называемая модель риск-шеринга (risk sharing – разделение рисков). В её основу заложены два основных принципа: софинансирования и платежей за результат, согласно которому фармкомпания получает деньги только при условии успешного лечения пациента.

В первом случае предполагается разделение финансовых рисков, связанных с превышением расходов на лечение. Государственный заказчик организует закупку лекарственного препарата в определённом проценте от объёма потребности пациентов. При этом фармкомпания обязуется передать недостающий объём ЛС сверх лимита бюджетных расходов для удовлетворения плановой потребности в лечении (к примеру, если в ходе терапии выяснилось, что требуется большее количество ЛС для результативного лечения или выросло количество



пациентов, нуждающихся в подобной терапии).

При использовании второй модели, государство организует закупку ЛС под условием, что оплата будет произведена только в том случае, если лечение оказалось успешным. То есть возмещение осуществляется только за тот препарат, который реально помог больному. Эта схема более сложная в реализации, поскольку требует жёсткого контроля, большого количества исследований, создания регистра пациентов и т.д.

Есть нюансы

В России ситуация иная, и возмещение за ЛС не увязано с конечным результатом. Госзакупки лекарств осуществляются в соответствии с Федеральным законом № 44-ФЗ, который не предполагает столь «тонкой настройки» системы. Основное преимущество в данном случае – цена, и чем она ниже, тем больше шансов у конкретного лота.

Тем не менее ошибочно полагать, что данный закон является основным препятствием при внедрении в нашей стране моделей риск-шеринга. «Определённые ограничения связаны с отсутствием необходимого инструментария в Гражданском кодексе РФ. Частично они были сняты после завершения одного из этапов реформирования законодательства в части заключения сложных сделок. Кроме того, у большинства участников рынка существует убежденность в невозможности реализации моделей риск-шеринга без внесения изменений в феде-

ральное и региональное законодательство, – подчеркнул эксперт. – Прямого регулирования нет, но мы не видим и прямых запретов».

При соблюдении ряда условий внедрение модели софинансирования потенциально возможно и в рамках действующего законодательства. В частности, при заключении прямых сделок по передаче препарата между производителем и заказчиком, если они не нарушают закона о конкуренции и не вмешиваются в процедуру размещения госзаказа.

Новая статья 327.1 ГК РФ позволяет структурировать такие сделки в одностороннем порядке при соблюдении важного условия: обязанность передать препарат может реализоваться только при наступлении ряда обстоятельств (размещение основного заказа и т.д.). Финальным обязательством по сделке может стать размещение заказа на основной объём препарата при бюджетных закупках.

Тем не менее данная модель предполагает ряд рисков, обусловленных объективными причинами. Безвозмездно передавая препарат, компания преследует и определённые коммерческие цели. Кроме того, снижение цены на ЛС не всегда позволяет достичь экономии бюджетных средств, отметил С.Клименко. Таким образом, данная модель может быть применена в случае недостатка финансирования или при необходимости привлечения внебюджетных источников, к примеру, при повышении потребности в конкретных ЛС.

Фокус на результат

В отношении модели платежа за результат, по словам эксперта, идеальным было бы применение механизма возмещения потерь по статье 406.1 ГК РФ, однако в настоящее время эта норма действует только при соглашениях между предпринимателями. Другой вариант – использовать платёж под условием, но это может противоречить самой сути отношений поставки (качественный товар должен быть оплачен полностью). И, наконец, ещё одна потенциальная возможность реализации такой модели – использование механизма компенсации стоимости препарата в случае неэффективного лечения. В рамках существующей конструкции гражданского права этот механизм позволяет осуществлять компенсацию в натуральной форме. Однако практическое воплощение этой идеи сопряжено с определёнными объективными сложностями (обеспечение доступа к данным пациентов третьих лиц, введение дополнительного документооборота, разработка объективных критериев для терапии заболевания конкретным препаратом, стандартизирование методик анализа и т.д.).

Таким образом, модели платежа за результат могут быть применены для инновационных дорогостоящих препаратов и только по МНН, критерии применения которых прозрачны, а результаты контролируемы и перепроверяемы, считает С.Клименко.

Насколько удачным будет процесс интеграции риск-шеринга в российскую систему здравоохранения – вопрос открытый. «Можно ожидать, что к модели, при её реализации, будет самое пристальное внимание со стороны участников рынка. В идеале именно госзаказчик должен выходить с инициативой реализации такой идеи, и первые шаги в этом направлении уже делаются. Дальнейшее развитие моделей риск-шеринга в нашей стране завязано от того, каким окажется этот опыт – позитивным или негативным», – подчеркнул эксперт.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

На контроль!

Теперь мы идём к вам

До конца года российские инспекторы проверят порядка 180 производственных площадок

На сегодняшний день российский инспекторат завершил 50 проверок зарубежных производственных фармацевтических площадок, 110 – в стадии завершения, сообщил директор Государственного института лекарственных средств и надлежащих практик Владислав Шестаков, выступая на конференции «Правовые вопросы фармацевтической отрасли», организованной The Moscow Times.

Если рассуждать об уровне компетенции и беспристрастности проводимых инспекций, то, по словам директора института, они говорят сами за себя. На сегодняшний день заключение о соответствии производства нормам российских правил GMP получили 29 площадок, отказано в выдаче документа 21-й. «Сначала было больше отказов. Сейчас динамика изменилась, компании стали более тщательно готовиться к инспекции. До конца года мы проверим порядка 180 предприятий», – пояснил он.

Растёт и штат инспектората – сейчас он представлен 35 сотрудниками, до конца года их число увеличится до 40.

По словам Владислава Шестакова, инспекторы из России посетили площадки в Индии, Польше, Венгрии, Испании, США. В ноябре этого года состоится поездка в Японию. «Те площадки, которые работают на международные рынки, а не только на локальный, имеют колоссальный опыт подготовки к инспекции. Они проходят её, и проблем не возникает. Есть компании, которые имеют национальные заключения. Здесь мы сталкиваемся с определёнными сложностями», – отметил эксперт.

В качестве самых распространённых причин отрицательного результата проверки эксперт назвал ситуацию, когда препарат производится не на той площадке, которая заявлена в регистрационном досье. Среди других нарушений – несоответствие заявленному циклу производства, недостаточная очистка оборудования, несоблюдение условий хранения, невыполнение требований об информировании Минздрава России о новых побочных эффектах продукта.

Говоря об опыте инспектирования производственных площадок в странах Евразийского экономического союза, В.Шестаков сообщил, что таких примеров немного. Отдельно спикер отметил высокий уровень коллег из стран ЕАЭС и важность иметь одинаковый подход в проведении инспекций. Работа по созданию такой программы ведётся, в будущем году запланировано обучение.

Начальник отдела лицензирования производства лекарственных средств Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Елена Денисова рассказала, что на данный момент рассматривается инициатива о поправках в законодательство, которые позволят Росздравнадзору в особом режиме проверять качество лекарственных препаратов, производителям которых было отказано в выдаче сертификата GMP. По её словам, Минпромторг России часто сталкивается с очень низким уровнем компетенции менеджеров, которые работают с регулятором. «Любая инспекция не ставит задачу наказать, основная цель таких мероприятий – предотвратить», – уточнила представитель ведомства.

Анна КРАСАВКИНА.

Изъяты!

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщает о поступлении информации о выявлении лекарственных препаратов, качество которых не отвечает установленным требованиям в ходе проведения государственного контроля качества лекарственных средств:

- мукалтин, таблетки 50 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ЗАО «ВИФИТЕХ», Россия, показатель «средняя масса таблеток» – серии 740915;
- пираретам, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 200 мг/мл 5 мл, ампулы (10), пачки картонные, производства ОАО «Борисовский завод медицинских пре-

паратов», Республика Беларусь, показатель «подлинность» – спектрофотометрия», серии – 3010813;

- уголь активированный – УБФ, таблетки 250 мг 10 шт., упаковки безъячейковые контурные, производства ОАО «Уралбиофарм», Россия, показатель «средняя масса» – серии 100216;

- ацекардол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 100 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ОАО «Синтез», Россия, показатели: «подлинность», «растворение», «посторонние примеси» – салициловая кислота», «количественное определение», серии 13712214;

- аммиак, раствор для наружного применения и ингаляций 10% 40 мл, флаконы полиэтиленовые, производства ООО «Йодные Технологии и Маркетинг», Россия, показатель «упаковка», серии – 330715.

- ацекардол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 100 мг 10 шт., упаковки ячейковые контурные (3), пачки картонные, производства ОАО «Синтез», Россия, показатель «посторонние примеси» – салициловая кислота», серии – 540414.

- нафтизин, капли назальные 0,1% 15 мл, флаконы (50), коробки картонные, производства ООО «ДАВ Фарм», Россия, показатель «упаковка», серии – 500915;

- синтомицин, линимент 10% 25 г, туба алюминиевая (1), пачка картонная, производства ООО «Тулская фармацевтическая фабрика», Россия, показатель «маркировка», серии – 80516.

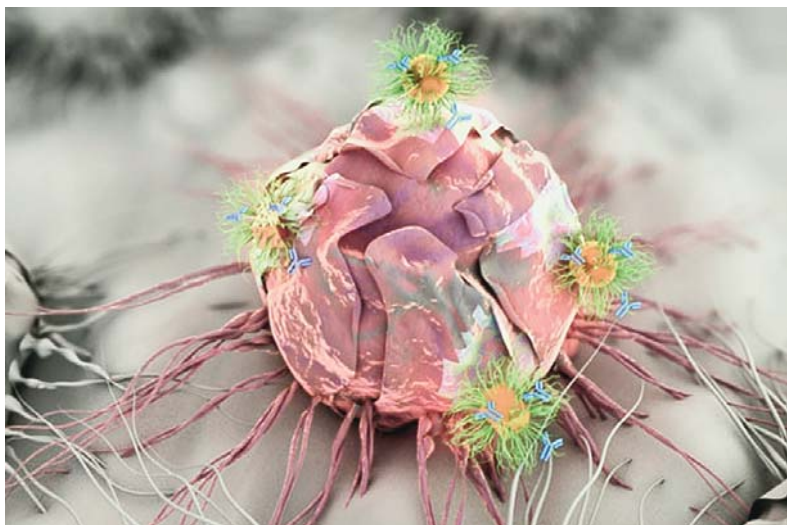
Территориальным органам Росздравнадзора по субъектам РФ обеспечить контроль за изъятием и уничтожением в установленном порядке указанных партий лекарственных средств.

Росздравнадзор предлагает субъектам обращения лекарственных средств, медицинским организациям провести проверку наличия указанных серий лекарственных средств, о результатах которой проинформировать территориальный орган Росздравнадзора.

Викинги и цисплатин

В названии отражено место пребывания ежегодного конгресса Европейского общества медицинской онкологии в Копенгагене, проходившего в датской столице в начале октября 2016 г. К сожалению, ничего «прорывного» или революционного участники 22-й встречи общества не сообщили, если не считать, что опухолевая резистентность к квартету нынешних методов лечения определяется не одним, а чуть ли не сотней генов, что и осложняет борьбу с раком.

Цисплатин назван так за то, что два «всеугубящих хлор-галоида» находятся по одну сторону (цис) от платины, которая, как всякий тяжёлый металл, сцепляется-связывается с цепью ДНК. Это свойство соединения широко используется для лечения опухолевых образований разного рода. В Копенгагене горячо обсуждали новомодные иммунотерапии, но никто не снимал с повестки дня и традиционные химиотерапевтические средства, механизм действия которых не всегда ясен и понятен. Раковая клетка весьма расточительна в плане использования энергии, что сказывается в самых разных проявлениях. Клетки опухоли предстательной железы в качестве энергоресурса используют запасённый жир, накапливающийся в виде больших округлых капель. Энергообмен невозможен без вовлечения хорошо известного никотинамид-динуклеотида (НАД, динуклеотид означает наличие 2 звеньев нуклеиновых кислот в молекуле этого вещества), который необходим для работы биосинтетических ферментов. Добавление НАД восстанавливает функцию регуляторного фермента трансферазы, переносящего энергетические фосфатные группы и тем самым регулирующего активность протеинов. В университетах Лозанны, Мэриленда, а также Оттавы и Ливона с помощью НАД восстановили мышечную функцию у мышей с моделью миодистрофии Дюшенна. Многие гены и их белки являются важными переключателями клеточных функций. В мозгу такого рода переключатели могут включаться под действием магнитной стимуляции, что показано учёными университетов Цюриха и Дюссель-



Наносферы и стержни-rods атакуют опухолевую клетку

дорфа. По другую сторону Атлантики магнит использовался для намагничивания наносферических сенсоров чрезмерной активности фермента раковых клеток, с помощью него они «пробивают» клеточную подложку (матрицу), после чего устремляются к кровеносным сосудам для метастазирования. Магнитные наносенсоры, созданные в Гарварде и соседнем с ним Массачусетском технологическом институте, оказались весьма эффективны для определения активности матричных протеиназ, что очень важно для таргетных, или адресных терапий «высокой точности» действия. Несколько ранее специалисты МИТ сообщили о воздействии на раковые клетки наносфер и «стержней»-rods.

В Университете датского Архуса (Aarhus), что к северу от Копенгагена, с помощью микро-МРТ и компьютерного томографа детально рассмотрели кровоснабжение опухоли на лапке мыши. С помощью компьютера удалось восстановить 3D-картину сосудистого русла в мельчайших подробностях. Учёные насчитали более 15 тыс. тончайших веточек и капилляров, «раскрасив» их в разные цвета соответственно диаметру их просвета. Но вернёмся к цисплатину, детали связывания которого с одной из цепей ДНК рассматривали исследователи Пекинского и Чикагского университетов. До сих пор, к сожалению, было неизвестно, к каким точкам

ДНК-цепи присоединяется цисплатин. Опубликованные результаты связывают точку его «приложения» с ДНК митохондрий, то есть энергетических станций клетки, вырабатывающих АТФ (её отщеплённые фосфаты в результате действия тех же фосфатаз повышают активность протеинов). Особенностью митохондриальной ДНК является отсутствие регуляторных белков, что облегчает доступ цисплатина к её цепям. Выяснено также, что молекула цисплатина соединяется с динуклеотидом GG (гуанин-гуанин), в результате чего образуется «аддукт», мешающий движению фермента, синтезирующего цепь. Авторы полагают, что разработанный ими метод химического блокирования поможет врачам с определением эффективности лечения и дальнейшего прогноза.

В токийском Технологическом институте его сотрудники путём визуализации опухоли с помощью флуоресцентных красителей доказали, что истинные её размеры намного больше тех, что выявляются благодаря общепринятым методам. Это лишнее раз показывает, что мы довольно мало знаем и пониманием биологии новообразований, что и мешает эффективной борьбе с ними.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
NanoLetters, Nature Materials.

Почему бы и нет?

Средство от паралича

Новое имплантируемое устройство помогло парализованным обезьянам снова начать ходить. Устройства, созданные специалистами из Федеральной политехнической школы Лозанны (Швейцария), было установлено двум парализованным макакам-резусам. Это произошло через 2 недели после того, как животные лишились возможности ходить.

Повреждения были таковы, что обезьяны оказались парализованы лишь на несколько недель – именно поэтому имплантация была проведена так быстро. Проведение эксперимента в столь сжатые сроки было обусловлено требованиями этической комиссии, в которой расписаны правила проведения экспериментов над животными. Восстановление подвижности у одной из обезьян произошло спустя 6 дней после имплантации. В своих предыдущих экспериментах группа учёных под руководством Грегори Куртина научила

парализованных крыс преодолевать препятствия и подниматься по лестнице, пытаясь добраться до пищи. Исследователи нашли комплексную методику, используя медикаментозную терапию, электрическую стимуляцию и тренировки в роботизированной установке. В экспериментах с обезьянами учёные применили другой подход. Каждой обезьяне установили устройство, состоящее из двух частей: сенсора, располагающегося в головном мозге, и стимулятора нервных окончаний в спинном. Устройство установили в области моторной коры – оно было способно регистрировать сигналы, которые головной мозг отправлял к мышцам конечностей. Эти сигналы отправлялись, несмотря на то, что травма спинного мозга препятствовала их передаче. Сенсор и стимулятор обменивались данными между собой и компьютером без использования проводов. Имплантированное в головной мозг устройство отправ-

ляло информацию к компьютеру, а тот передавал данные к стимулятору. Он генерировал электрические импульсы, стимулирующие нервы активировать мышцы, отвечающие за движение, – в результате этого животные вновь получили возможность ходить.

Животным не потребовались тренировки и обучение, однако учёные считают, что людям потребуется какое-то время на адаптацию. Учёным предстоит ещё провести немало исследований и выяснить, как именно головной мозг человека управляет движением. Спинные имплантаты, разработанные командой из Швейцарии, уже начали устанавливать людям – сейчас их имплантировали 2 пациентам из 8, отобранным для эксперимента. Авторы подчёркивают, что в любом случае методика не поможет вылечить парализованных пациентов, а, скорее всего, улучшит качество их жизни.

Марк ВИНТЕР.
По сообщению CNN.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ
ДИАГНОСТИКА
2017
18-20 апреля, ГК "КОСМОС"
г. Москва, пр. Мира, 150

IX ВСЕРОССИЙСКАЯ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

ТЕМЫ КОНФЕРЕНЦИИ:

- Молекулярная диагностика вирусных гепатитов
- Современные подходы к молекулярной диагностике инфекций органов репродуктивной системы
- Новые направления молекулярной диагностики ВИЧ-инфекции
- Методы молекулярного анализа в онкологии
- Молекулярная диагностика инфекций беременных и новорожденных
- Современные методы в диагностике туберкулеза
- Технологии молекулярного анализа в криминалистике и судебной медицине
- Молекулярная эпидемиология
- Технология выявления инфекционных и наследственных болезней животных
- ... и другие темы

Организаторы:
Некоммерческое партнерство «Национальное научное общество инфекционистов»,
ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора

www.md2017.ru

Эксперименты

Потерянная память

Люди, пережившие ампутацию конечности, часто сталкиваются с фантомными ощущениями. Главная задача врачей в данной ситуации – отвлечь мозг от смешанных сигналов, которые появляются вследствие неожиданной потери конечности.

Фантомные боли наблюдаются примерно у половины пациентов, потерявших конечность или нервную связь с ней. Принято считать: фантомные боли появляются из-за того, что часть мозга, отвечающая за ощущение и движение конечностями – сенсомоторная кора головного мозга, приходит в замешательство из-за потери конечности. Мозг фиксирует несоответствие между посылаемыми в конечность сигналами и ответом. И это несоответствие интерпретируется как боль.

Игорь САВЕЛЬЕВ.
По материалам UPI.com

Исследования

Новый препарат в борьбе с эпилепсией

Фармкомпания GW Pharmaceuticals завершила третью фазу клинических исследований препарата на основе очищенного каннабидиола. Препарат испытывали на пациентах с тяжёлой формой эпилепсии. Рабочее название лекарства – эпидиолекс (Epidiolex).

Его успешно опробовали на 171 пациенте 2-55 лет с синдромом Леннокса – Гасто. Это редкая и тяжёлая форма эпилепсии. Добровольцев разбили по группам таким образом, что 86 человек получали эпидиолекс в дозировке 20 мг на килограмм в день, а ещё 86 человек – плацебо. Параллельно

Учёные попытались справиться с такой болью у 10 пациентов. Их специалисты научили контролировать роботизированную руку с помощью силы мозга. Использовался особый интерфейс, который переводил нервную активность и связывал её с роботизированной рукой-протезом. Если человек просто мысленно пытался контролировать протез, то появлялась боль. Но боль уходила, если пациенту удавалось использовать другую часть мозга для этого. Например, у человека нет левой руки, но, когда он пытался ею пошевелить, используя нейронные сигналы, связанные с правой рукой, боли уходили. Достигалось это за счёт специальной тренировки мозга.

пациенты принимали стандартную противосудорожную терапию. В общей сложности приём препарата длился 14 недель. За это время частота эпилептических приступов сократилась на 44% в основной группе и на 22% в плацебо-группе. Что важно, экспериментальный препарат хорошо переносился добровольцами. Основное активное вещество в нём – очищенный каннабидиол. Тетрагидроканнабинола, психоактивного компонента марихуаны, в нём нет. По словам разработчиков, препарат можно будет использовать даже для лечения детей.

Кирилл ОРЛОВ.
По материалам Remedium.

Однако

Инфаркт признали производственной травмой

Согласно прецедентному решению доктора Ариэлы Гилад-Кац, судьи тель-авивского суда по трудовым спорам, бывший директор и одновременно тренер известного молодёжного футбольного клуба Реувен Шер, получивший инфаркт после нелегальных бесед с родителем одного из своих подопечных, считается пострадавшим от производственной травмы.

Ему «Битуах леуми» (Институт национального страхования) обязан выплатить достаточно внушительную единовременную компенсацию, а также переводить на его банковский счёт денежное пособие за все месяцы, в течение которых он признан нетрудоспособным.

Спор между тренером и отцом «юного футбольного дарования» разгорелся сразу же после матча команды, которой и руководил Шер. Родитель спортсмена неожиданно обвинил директора клуба и тренера в одном лице в унижении своего сына, который всю игру просидел на скамейке запасных. Все попытки Реувена объяснить отцу парня свой тренерский замысел игры, в которой, между прочим, его команда одержала победу, ни к чему не привели. Шер строил игру как наступательную, с преобладанием на поле нападающих, а сын недовольного родителя лучше проявлял себя в защите. Однако эти аргументы на отца парня действия не возымели.

Более того, когда тренер оказался уже дома, настырный па-

паша продолжал названивать и оскорблять его. По данным распечатки телефонных звонков, предоставленной Шером суду, только в течение вечера того дня, когда состоялся матч, отец футболиста звонил ему 17 раз.

Вечером того же дня, когда Реувен готовился ко сну, он почувствовал резкую боль в сердце и потерял сознание. Вызванная женой скорая помощь диагностировала тяжелейший инфаркт и отвезла Шера в больницу. Придя в себя на больничной койке, он заявил, что инфаркт явился следствием его, по сути, производственной деятельности. Футбольный администратор и тренер настаивал на том, что полученный им инфаркт – результат проблем, возникших на работе и конкретно той ругани, которой он подвергся со стороны родителя своего подопечного. Однако «Битуах леуми», внимательно изучив все перипетии (включая пикантные подробности) того дня, вначале отказал Шеру в признании инфаркта в качестве производственной травмы. Там посчитали, что спортивный администратор и тренер мог получить инфаркт как следствие полового акта, который в тот же вечер он имел с женой. Пришлось Реувену обращаться в суд.

С проблемой признания инфаркта в качестве «производственной травмы» израильские законодеды впервые столкнулись более 60 лет назад, в первые годы воссозданного еврейского государства. Тогда известность получило дело, вошедшее в юридическую практику под именем

«прецедента Моргенштерна». Его суть заключалась в том, что бухгалтер Моргенштерн неожиданно скончался на своём рабочем месте от инфаркта миокарда. Его вдова при разбирательстве дела потребовала признать смерть мужа «производственной аварией». Женщина ссылалась на закреплённую в израильском законодательстве статью, согласно которой любой несчастный случай на рабочем месте считается «производственной аварией» до тех пор, пока не доказано иное. И тем не менее «дело Моргенштерна» закончилось не в пользу вдовы, ибо тогдашний суд не признал в повседневной работе «внутренние» и «внешние» причины чрезвычайного физического или нервного перенапряжения.

В случае же Реувена Шера суд отверг точку зрения «Битуах леуми» о возможной связи констатированного у него инфаркта с половым актом. Судья Ариэла Гилад-Кац, ссылаясь на мнение врачей, прямо заявила, что у 50-летнего, в принципе, здорового мужчины половой акт с женой не спровоцирует инфаркт.

Показательно, что в ходе другого заседания та же судья обязала «Битуах леуми» признать инвалидом труда бывшего полицейского, у которого заболевание псориазом и сердечная недостаточность стали следствием постоянного стресса, который он испытывал на работе.

Захар ГЕЛЬМАН,
соб. корр. «МГ».

Иерусалим – Тель-Авив.

Взгляд

Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) представляет собой один из методов обследования человеческого организма, который применяется в последнее время всё чаще и чаще. ПЭТ достаточно информативна и универсальна, но имеет существенный минус – стандартные диагностические установки, во-первых, стационарны, а во-вторых, ограничивают подвижность пациентов. Это, в свою очередь, ведёт к недостаточности данных – поскольку в некоторых случаях было бы полезно проводить обследование человека в процессе его перемещения.

Диагностический шлем

Данной проблемой сейчас занимаются в Университете Западной Виргинии (США). Группа учёных разработала установку, которая не так привязана к месту, как те, которые применяются в медицине в настоящее время. В рамках такого обследования человеку будет необходимо надеть на голову специальный шлем, который состоит из 12 расположенных на гибком кольце датчиков, связанных с основным прибором проводами.

Кольцо растягивается, поэтому с его помощью можно обследовать любую часть головного мозга – а полная версия с увеличенным количеством датчиков даст возможность снять показания со всего мозга сразу. Томошлем весит около 3 кг, но пациент этого не чувствует, так как основную часть этого веса «забирают на себя» провода.

Во время такого обследования больной может ограниченно двигаться вокруг аппарата – но этого достаточно, например, чтобы врач увидел, как работает мозг обследуемого во время ходьбы, творчества или в процессе общения, сопровождаемого жестикуляцией. Больной может рисовать, играть на синтезаторе, использовать тренажёры. Это может быть особенно полезно при обследованиях, которые связаны с недоразвитием моторных навыков.

Ещё один важнейший фактор – это то, что, будучи в максимально тесном контакте с мозгом, датчики томошлема требуют для полноценной работы намного меньшего количества радионуклидов, чем необходимо для стационарной установки. Таким образом, потенциальный вред, который принесёт организму эта процедура – а сейчас ПЭТ рекомендуется проходить не чаще раза в год, – будет существенно меньше. При этом информативность останется на нужном уровне. Исследователи уже протестировали своё изобретение на 4 добровольцах, применив в 4 раза меньшую дозу радионуклидов, чем при стандартном обследовании, и получили достоверные результаты.

Учёные заявили, что их установка – первая в своём роде, единственная, которая позволяет на данный момент изучить, как работает мозг пациента в движении. В будущем они планируют доработать своё детище, создав функциональный, безопасный для больных, комфортный, недорогой аппарат, который позволит проводить обследования везде, где это потребуются, без необходимости направлять пациентов в крупные клиники.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации
onlinelibrary.wiley.com

Эксперименты

Своим ещё не рождённым детям поют не только люди. Дельфины, которые считаются самыми умными существами на земле после человека, тоже «напевают» телятам во время беременности. И перед родами, и в течение нескольких недель после них самки периодически свистят своё «имя», свист-подпись, тот набор звуков, который индивидуален для каждой особи и используется дельфинами, чтобы отличать одного представителя своего вида от другого. Учёные предположили, что это часть импринтинга, процесса, при котором необходимые знания – в данном случае отличительный признак матери – запечатлеваются в памяти малыша сразу после рождения.

Я имя тебе пропою...

Исследование проводилось в Университете Южного Миссисипи (США), вела работу Одра Амес из лаборатории поведения морских млекопитающих. Она рассказала, что её группа в течение 4 месяцев записала около 80 часов дельфиньих разговоров в водоёме парка Six Flags Discovery Kingdom. Среди первоначальных 6 животных была 9-летняя беременная самка, которая родила дельфинёнка женского пола через 2 месяца после начала исследования. О.Амес добавила, что это первый случай, когда удалось записать звуки, издаваемые и будущей матерью, и её окружением. Что касается беременности у человека – известно, что в последнем триместре дети предпочитают именно голос матери.

В процессе расшифровки дельфиньих переговоров обнаружилось, что за 2 недели до родов 5 дельфинов, которые проживали в одном водоёме с беременной самкой, практически не издавали тех звуков, которые были идентифицированы как их свист-подписи. Сама же будущая мать, напротив, начала высказывать своё имя намного чаще, чем раньше,

и делала это вплоть до момента, когда дельфинёнку по имени Мира исполнилось две недели. После этого она стала произносить свою свист-подпись намного реже, а другие дельфины вернулись к «нормальной» частоте использования своих имён.

Учёные предположили, что этот механизм идентичен импринтингу у людей. О.Амес дополнила, что, скорее всего, окружение свежеспечённой матери старалось вести себя тише, чтобы у детёныша в памяти отложилось именно имя матери, а не какого-то другого дельфина. Сами телята дельфинов обычно не имеют собственной свист-подписи до 2 месяцев. Когда у них появится имя – оно будет отличаться от имён всех остальных дельфинов из их окружения.

Научная группа сейчас продолжает изучать процесс общения самки дельфина и её ребёнка, а также ведёт работу и с другими морскими млекопитающими – например, белухами.

Борис БЕРКУТ.

По информации
livescience.com

Опрос

Следует изменить привычки



В середине октября в рамках глобальной инициативы Всемирной организации здравоохранения отмечался День зрения, цель которого – привлечь к этой проблеме внимание во всём мире.

Контактная коррекция – одно из важных направлений современной офтальмологии, обладающее огромным потенциалом с точки зрения комфорта пользователей и использования инноваций. В России в ней нуждаются десятки миллионов человек. Однако, согласно данным исследования, проведённого по инициативе одного из мировых лидеров в области офтальмологии, при использова-

нии контактных линз российские пользователи не всегда соблюдают правила по уходу за ними.

Опрос выявил ряд вредных привычек, таких как: несоблюдение режима замены контактных линз (43%), промывание контактных линз водопроводной водой (31%) или контакт линз с немытыми руками (20%) – многие пользователи недооценивают серьёзность таких действий и не признают угрозу, которую такие действия могут нести здоровью их глаз. Каждый четвёртый опрошенный признался, что часто или всегда носит линзы дольше установленного срока.

Важным фактором является и ежедневная замена раствора для хранения линз. Ответы, полу-

ченные в ходе опроса, позволяют судить о том, что трое из четырёх пользователей не меняют раствор в контейнере ежедневно. Вместо самого раствора для промывания и хранения линз зачастую используется слюна (8%), водопроводная вода (14%) и глазные капли (17%).

Среди причин нарушения правил замены или ухода за контактными линзами респонденты называли болезнь, усталость или поздний отход ко сну. В числе распространённых ответов также были путешествия, стресс, важные встречи, тренировки и собеседования.

При этом большинство опрошенных отмечали, что не видят в таких действиях никакого вреда при условии, если они выполняются время от времени. Очевидно, что при такой картине информирование пользователей контактных линз о важности соблюдения правил ухода за ними как через врачей, так и напрямую становится важной задачей.

«Всемирный День зрения – это напоминание задуматься о здоровье глаз и начать следовать хорошим привычкам», – отмечает врач-офтальмолог кандидат медицинских наук Армида Маркосян.

По её мнению, важно повышение осведомлённости не только пациентов, но и специалистов, чтобы они владели наиболее актуальной информацией.

Исследование было проведено ведущей компанией Kelton Global, проводящей международные опросы.

Екатерина РЯБОВА.

Исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося нейрофизиолога, заслуженного деятеля науки РСФСР, лауреата Государственной премии СССР, доктора биологических наук профессора Варвары Майорчик (1916-1986).

Становление

Варя родилась в селе Лучицы Минской губернии 4 декабря 1916 г. в крестьянской семье. В 1924 г. её взяла на воспитание старшая сестра Мария, проживавшая в Ленинграде. Здесь Варвара в 1933 г. окончила среднюю школу и поступила на биофак Ленинградского университета. Она специализировалась на кафедре крупнейшего нейрофизиолога академика А.Ухтомского. После окончания университета Варвара Майорчик поступает в 1939 г. в аспирантуру по нейрофизиологии Психоневрологического института им. В.М.Бехтерева (ныне – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева). Её первая научная работа посвящена анализу субординационных явлений в нервной системе. Война прервала учёбу в аспирантуре. Комсомолка Варя включилась в работу комплексной бригады по оборонной тематике. Изучали влияние бессонницы и переутомления на электрокардиограмму и сенсорную хронаксию человека. В феврале 1942 г. Варвару Майорчик эвакуировали из голодающего и замерзающего блокадного Ленинграда в Сибирь. В Новосибирске она работала заведующей библиотекой Центрального райкома партии. В апреле 1943 г. В.Майорчик вернулась из эвакуации в Москву и поступила на работу в Институт нейрохирургии, с которым теснейшим образом связана вся её дальнейшая научная и общественная деятельность.

В мире кривых

Сначала младший научный сотрудник, затем старший, а с 1963 г. – руководитель лаборатории клинической нейрофизиологии и исследования вегетативных функций, Варвара Евстафьевна имела счастье трудиться вместе с таким корифеем электроэнцефалографии (ЭЭГ), как академик Владимир

Имена и судьбы

Королева нейрофизиологии

Так называли эту удивительную женщину



Сергеевич Русинов. В русиновской школе она вскоре занимает лидирующее положение. И совершенно естественно, что их многолетние исследования получают высшую оценку – Государственную премию СССР (1984).

В.Майорчик изучила природу очага патологической электрической активности при локальных поражениях мозга. Она является пионером интраоперационного использования электрофизиологических методик. Полученные результаты прямой регистрации с открытого мозга биопотенциалов коры, подкорки и стволовых структур и их реактивных перестроек при стимуляции раскрыли возможности ЭЭГ для объективной оценки уровня поражения центральной нервной системы.

Творческое обобщение проведённых исследований включает в себя успешно защищённую докторскую диссертацию (1961) и монографию «Клиническая электрокортикография» (1964).

В.Майорчик со своими учениками изучает механизмы взаимодействия различных образований мозга в таламокортикальной системе и генез синхронизации ритмики в ЭЭГ, системную регуляцию сердечно-сосудистой деятельности и двигательных реакций человека в норме и при локальных поражениях мозга. Большой вклад она вносит в разработку теоретических проблем функциональной нейрохирургии (болевы синдромы, гиперкинезы, эпилепсия).

Непревзойдённый интерпретатор

Во многом стараниями и исследованиями профессора В.Майорчик клиническая электроэнцефалография была широко внедрена в практику работы нейрохирургических и неврологических отделений страны. А сама Варвара Евстафьевна, как, пожалуй, никто другой, умела находить в электроэнцефалограмме такие значимые для диагностики нюансы, которые изумляли врачей. Недаром с 1952 г. её привлекли к исследованиям кремлёвского контингента пациентов. Можно смело утверждать, что ЭЭГ-кривые многих членов политбюро и ведущих коммунистических деятелей мира, таких, например, как Фидель Кастро, прошли через руки Варвары Евстафьевны. Её заключения являлись вершиной нейроэлектродиагностики. Своё уникальное мастерство по расшифровке ЭЭГ В.Майорчик щедро передавала не только нейрофизиологам института, но и всей страны, съезжавшихся к ней на специализацию. В Центральном институте усовершенствования врачей она читала лекции на циклах по нейрохирургии. Вела спецкурс для студентов Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. Активно выступала с докладами в нашей стране и за рубежом.

Общественная стезя

Такая экспрессивная натура, как Варвара Майорчик, не могла не быть в гуще событий институтской жизни, причём на первых ролях. Руководитель комсомольского кружка по изучению истории КПСС, руководитель семинара научных работников по изучению методологии философских проблем науки о мозге. Многолетний член и секретарь партбюро института. Пропагандист, лектор и член Свердловского райкома партии в Москве. Самое главное, что Варвара Евстафьевна была отзывчива и всегда не только сочувствовала, но и действительно помогала и защищала. Она была стремительна в движениях и быстра в речи. И в советские годы трудно было представить институт нейрохирургии без неутомимой Варвары Евстафьевны. Её заслуги были отмечены орденом Трудового красного знамени.

Моя наставница

Когда я в 50-е годы прошлого века учился в аспирантуре, серьёзное ознакомление с ЭЭГ и умение читать кривые были обязательны (ныне нейрофизиология не входит в план обязательного обучения ординаторов и аспирантов). Моиими учителями были Варвара Евстафьевна Майорчик и Александра Александровна Соколова. Едва В.Майорчик переступала порог многокабинетной лаборатории, как все сразу узнавали об этом – по её знаменитому голосу с императивными нотками. «Лёня, садись рядом и смотри», – так предметно анализом ЭЭГ-записей начинался урок. Любые уклонения в рисунке биопотенциалов коры мозга Варвара Евстафьевна подчёркивала и тут же объясняла: «Видишь вспышки тета-волн. Это подкорка заявляет о себе. А альфа-ритм угнетён, по по-

лушариям доминируют медленные дельта-волны. Вероятно, больной тяжёлый, кора мозга испытывает влияние внутричерепной гипертензии. А вот гляди – комплексы пиков-волна в левой теменно-височной области; здесь сформировался очаг патологической ирритации на фоне замедления биоэлектрической активности мозга. Соответствует ли он заключению клинициста? Почитай в истории болезни, да и сам пообследуй больного». Так я постигал основы клинической электроэнцефалографии.

Не случайно в моей кандидатской диссертации, посвящённой опухолям прозрачной перегородки мозга, был большой раздел по ЭЭГ-синдромам в зависимости от степени внутричерепной гипертензии и направления роста бластомы, В.Майорчик была рецензентом на апробации.

В маленьком узком кабинетике Варвары Евстафьевны никогда не бывало пусто. С разными проблемами приходили сотрудники института. Она шумно негодовала и искренне сочувствовала. Помню, как она страстно защищала и в итоге защитила от нападков доктора, которого за какие-то ошибки молодости хотели исключить из партии, а, значит, в те времена испортить жизнь. Теперь это академик, один из ведущих учёных России. И подобных деяний много на счету В.Майорчик.

Увы, онкологическое заболевание не пощадило Варвару Евстафьевну. Она стойко боролась, как говорится, до последнего.

16 июня 1986 г. Варвары Евстафьевны не стало. Но выпестованная ею школа нейрофизиологов продолжает развивать всё усложняющуюся клиническую электроэнцефалографию.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Москва.

Здоровая жизнь

В Барнауле появилось второе транспортное средство, оформление которого посвящено тематике здорового образа жизни и профилактике хронических неинфекционных заболеваний, – троллейбус.

Кому-то эта акция может показаться непонятной, у кого-то она вызовет улыбку, тем не менее это воплощение мирового опыта. По результатам многих исследований, в том числе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, популяризационная стратегия формирования здорового образа жизни является самой эффективной, информационные проекты, подобные трамваю и троллейбусу здоровья, намного снижают смертность.



О вреде для здоровья – доходчиво и популярно

Троллейбус зовёт за собой

В нём можно прокатиться с большой пользой

Акция стала возможной благодаря инициативе Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и при финансовой поддержке одной из страховых медицинских компаний.

– Первый рейс был посвящён Всемирному дню борьбы с инсультом, – говорит главный врач КГБУЗ «Краевой центр медицинской профилактики» Татьяна Репкина. – В другие тематические дни в этом троллейбусе также будут работать специалисты Краевого центра медицинской профилактики, волонтеры-медики, которые расскажут горожанам о том, где можно проверить состояние своего здоровья, о первых признаках инфаркта, инсульта,

ишемической болезни сердца, о здоровом питании, об основах ЗОЖ и т.д.

Внутри троллейбус оформлен плакатами, на которых описаны алгоритмы само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях, а также плакатами по профилактике здорового образа жизни, правильному питанию, двигательной активности и т.п.

Беседы с пассажирами провели специалисты Краевого центра медицинской профилактики Римма Франк, Александр Ударцев, Игорь Березов, Василий Дехарь. Они объясняли, что нужно делать до приезда скорой помощи при внезапном появлении признаков инсульта у родственника, коллеги или прохожего. Кроме того, горожане узнали много о нормах потребления воды, соли, животных жиров, получили полезную информацию об основных показателях здоровья – уровне холестерина, сахара крови, артериальном давлении.

Перед барнаульцами выступила также медицинский психолог Алтайского краевого наркологического диспансера Ирина Воронина. Она рассказала о структуре



Даже физзарядку надо делать умеючи

учреждения, его услуг. Ирина Юрьевна объяснила, что чрезмерное употребление алкоголя, увлечённость другими пагубными привычками может привести к развитию многих неизлечимых заболеваний и даже к смерти. Поэтому необходимо ответственно относиться к своему здоровью и всегда выбирать здоровый образ жизни.

«Изюминкой» поездки стала зарядка, которую горожане делали, не вставая со своих мест. Всего в акции в этот день приняли участие более 150 человек.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Фото автора.

На литературный конкурс

Евгений ЗДОРОВЦЕВ

Отменно сработано!

Арнольд Свидригайло вырвался из цепких объятий Морфея и полусонно огляделся. В креслах сидели люди, нервно шелестя пакетами. Где-то поскрипывало... Что-то мерно жужжало...

«Вентилятор?» – подумал Свидригайло и вдруг понял, что... находится в самолёте.

«Куда это меня занесло?!» – лихорадочно зашевелились мысли Арнольда. Он начал припоминать сегодняшнее число, а также – не был ли он вчера в бане с друзьями и, вообще, не собирался ли он потом куда-нибудь лететь.

Взгляд его упёрся в погасшее табло: «Не курить! Пристегнуть ремни!» И тут Свидригайло пораженно дёрнулся в кресле.

«Это ведь я всё проспал! И регистрацию! И посадку! И взлёт!...»

В иллюминаторах было темно. «Ночь?» – удивился Арнольд.

Вдруг его левый сосед в шляпе, наклонившись к нему, вскрикнул и, выпалив в потолок из пистолета, визгливо сообщил:

– Это похищение! Всем оставаться на своих местах!

Пожилая соседка по креслу справа тут же погрузилась в обморок.

Всё это предельно возмутило Свидригайло. Он дёрнул за руку опистощенного типа в шляпе и обиженно выкрикнул:

– Вы что это себе позволяете?! Немедленно перестаньте хулиганить, блин!

Однако тот только отмахнулся и угрожающе заорал:

– Сам ты блин... комом! Всем сидеть! Стреляю без предупреждения!

– Как это? – удивился Арнольд, но тут его обморочная соседка, не открывая глаз, зашипела:

– Заткнитесь, Свидригайло! Не мешайте!

Арнольд понял, что рядом с ним сообщница бандита и где-то даже экстремистка, но по инерции тоже зашипел ей в ответ:

– Какой идиот будет стрелять в самолёте?! Это же – самоубийство!

– Никшни, Свидригайло! – ещё более злобно прошипела соседка.

Только тогда Арнольда озаорила память. Он тоже сотворил



испуганное выражение лица, но это его уже не спасло. К нему подскочил режиссёр Феррапон Дарданеллов и принялся костерить отсебятину.

Свидригайло покорно молчал, пытаясь вспомнить свой текст, которого у него, похоже, не было.

Но тут режиссёр хлопнул в ладоши, и всё началось сначала. Сосед Арнольда слева, актёр Мельпоминский, сдвинув шляпу на глаза, вскрикнул и выкрикнул положенные ему предупредительные фразы, доводя до сведения всех присутствующих здесь, что это – похищение, а затем принялся палить в потолок.

Соседка справа послушно провалилась в обморок. Свидригайло терпеливо пугался. Салон тревожно вскрикивал. А «герой-супермен» – артист Ашот Ливеридзе – прыгал на Мельпоминского и, перелетев через пару рядов, почти мгновенно скручивал «террориста» в почти бараний рог.

В финале сцены герой гордо произносил:

– Пусть горит земля под ногами у негодяев и подонков!

Так было отработано пять дублей.

И тут как-то совсем неожиданно Арнольд Свидригайло почувствовал, что и у него под подошвами горит эта самая земля, хотя сам он не значился по роли ни не-

годяем, ни подонком, ни, тем более, террористом, а ноги его упирались в металлический пол.

Свидригайло бросило в жар не столько от «горящей земли», сколько от нехороших предчувствий.

И тут в салоне появилась бледная стюардесса и ломким голосом попросила:

– Приведите кресла в вертикальное положение и ознакомьтесь с устройством спасательных жилетов!

Салон зашумел. Кто-то начал всхлипывать, правосторонняя пожилая соседка заверещала дурным голосом. Свидригайло же в ужасе заматался в пределах своего кресла. Тем более что узрел, как в иллюминаторе справа возникло и начало разгораться оранжевое свечение.

– Это что же такое?! – панически зашептал Арнольд. – Это ведь горим?! А мне завтра с утра надо на озвучивание...

Издав истошный вопль: «Пожар! Горим!», он попытался прорваться сквозь сидящего слева от него, но уже скрученного «террориста» Мельпоминского. Тот узлом выпал в проход. И оба они покатались почти в обнимку к дверям салона. За ними бросились остальные.

– Я это так не оставлю! – панически выкрикивал Свидригайло. – Сегодня же в охрану труда и в

технику безопасности! Я так не договаривался! Я с этим категорически не согласен!

Но голос Арнольда тонул среди наваливающихся на него истошно вопящих тел.

«Всё!.. Это – конец!» – мелькнуло в отключающемся сознании Свидригайло. Он принялся мысленно прощаться с женой, которой так и не обзавёлся, с детьми, которых у него пока не было, с актёрской карьерой и с невыплаченными долгами, как вдруг всё действительно закончилось. Вопли прекратились. Все поднялись со связанного Мельпоминского, лежащего почти в обнимку со Свидригайло, и, отряхиваясь, пошли усаживаться на свои места.

– Неплохо! – похвалил Арнольда подошедший режиссёр. – Весьма неплохо! Отменно сработано! – и, обращаясь ко всем, заявил: – Но всё-таки сделаем ещё один дубль.

Здесь на Свидригайло снизошло успокоение. Он наконец-то вспомнил, что сегодня у них павильонные съёмки. И понял, что на его артистической карьере пока рановато ставить крест.

«Вот только пора ограничивать эти левые вечерние концерты на корпоративах, – подумалось ему. – После них – какой сон?»

Московская область.

Сокровенное

Любовь КОЛОСОВА

В ситцевом обличье

Вечер пахнет мятою
И горчит полынью.
Небосвод раскрашен
Васильковой синью.
И росы медвяной
Россыпи такие...
Нет на свете краше
И милей России!

Пояском затянут
Стройный стан берёзы,
Ивы у калитки
Распустили косы.
На болотах топких
Журавли токуют...
Я люблю Россию
Именно такую!

На просторах вольных
Колоколен звоны,
И в степях ковыли
Бьют тебе поклоны.
Рек могучих воля,
Гор великих длани...
Милая, простая,
В русском сарафане!

В стрелках Спасской башни,
В Филах и на Ордынке
Расцветает утро
В розовой косынке...
На Камчатке дальней,
Звёздами подсвечен,
На кошачьих лапах
Тихо бродит вечер...
От Москвы до Братска,
От края и до края –
Это всё Россия,
Разная такая!

Будь всегда прекрасной!
Будь всегда великой!
Доброй и богатой,
Сильной, многоликой!
За твои успехи,
За твоё величие!
За родную душу
В ситцевом обличье,
За простую мудрость,
Хранённую веками,
Я люблю Россию...
Вот она какая!

Смоленская область.

Откровения юмориста

Хоть так, хоть эдак

Что-то больно сегодня желудку,
Весь горит и сгибает в дугу.
Заглянуть бы в него на минутку,
Но откуда – решить не могу.

У нарколога

Красота заставляет смиряться
Даже тех, кто со спиртом в крови.
Он не мог на неё надыхаться
После краткой команды: «Дыхни!»

Жертвоприношение

Мир полон тех и тех противоречий.
Вот, скажем, взять привычное питьё:
Чем больше пьём мы за здоровье женщин,
Тем больше гробим личное, своё.

Поцелуй со страстью

Лежу себе в 4-й Градской –
Герой вчерашнего ЧП.
Какой же всё-таки дурацкий
Бывает случай в ДТП!

Вокруг собратья по несчастью,
А я всё думаю о том,
Что никогда с такою страстью
Не целовался со столбом.

Москва.

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Медицинские «Частушки»

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 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 № 16-10-00477 Тираж 28 493 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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