13 декабря 2017 г. — Среда № 94 [7812] ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДА Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятни Распространяется в России и других странах www.mazt

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам Распространяется в России и других странах СНГ

www.mgzt.ru

Современные технологии -

Система объединила врачей

Они вышли на новый уровень в своей работе



В Алтайской краевой клинической больнице скорой медицинской помощи запущена в работу самая прогрессивная на сегодняшний день система, включающая архив диагностических исследований, радиологическую информационную систему и модуль телерадиологии.

– Система заработала недавно, но путь к её созданию был весьма длительным. Сначала мы приобрели оцифровщики, которые позволили переводить рентгеновское изображение в цифровой формат и перейти от плёнки к цифровым технологиям. Затем установили сетевое сообщение между модулями. Последним этапом стало создание архива изображений. Все эти последовательные шаги сформировали ныне действующую систему, рассказывает главный врач краевой клинической больницы скорой медицинской помощи Владислав Бомбизо.

Ранее здесь не было единого централизованного архива медицинских изображений. Данные, полученные с диагностического оборудования, хранились фрагментарно в буферных архивах и на съёмных носителях. Это приводило к риску их потери, затруднению использования для сравнительного просмотра, невозможности оперативного доступа для клиницистов

Формирование архива изображений – завершающий этап накопления информации

и удалённых специалистов. Теперь ситуация изменилась.

- Новая система позволяет создавать архивы цифровых изображений и просматривать динамику снимков пациента, делать разные реконструкции изображения, для того чтобы рентгенологам их было более удобно просматривать. Например, 3D-изображения. Но самое главное достоинство системы, на мой взгляд, состоит в том, что она позволяет осуществлять совместный просмотр рентгеноснимков несколькими специалистами на разных устройствах и получать экспертное мнение, - говорит заведующая рентгенологическим отделением больницы Ирина Парфёнова.

Используя технологию веб-доступа, врачи могут просматривать снимки не только на своём рабочем месте, но и лома на мобильном телефоне, планшете или другом гаджете, что, конечно же, очень удобно и позволяет намного быстрее принимать решение по тактике ведения того или иного пациента.

Введение телерадиологической системы снизило объём бумажной работы и повысило эффективность работы рентгенолаборантов, рентгенологов и врачей клинических специальностей.

- После просмотра снимка врачрентгенолог создаёт заключение в рамках данной системы, и готовые исследования в режиме онлайн моментально становятся доступны специалистам больницы, - подчёркивает В.Бомбизо.

Стоит отметить, что за счёт установки телерадиологической системы в больнице снижается количество повторных исследований, повышается скорость и достоверность диагностики, обеспечивается надёжное хранение всех диагностических данных и быстрый доступ к ним на любом рабочем месте, а также имеет место существенная экономия на расходных материалах (рентгенологическая плёнка).

Это первая телерадиологическая система региона, но она уже объединила две ведущие медицинские организации - краевую клиническую больницу скорой медицинской помощи и диагностический центр Алтайского края. Это позволило медучреждениям выйти на качественно новый уровень развития.

> Алёна ЖУКОВА, корр. «МГ».

Барнаул.



Ирина СОЛДАТОВА, заместитель министра здравоохранения Московской области:

Чем раньше будет выявлено заболевание, тем быстрее начнём лечение и выше будет эффект.

Cmp. 6

Лариса КРУГЛОВА, доктор медицинских наук, профессор:

Сегодня мы не можем полностью излечить псориаз, поскольку он имеет генетическую компоненту, однако имеем возможность повысить качество жизни пациентов.



Аркадий ВЁРТКИН. заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:

До 30% всех смертей в России так или <mark>иначе связаны с алкоголем.</mark>



Решения -

Поддержано более 400 проектов по созданию лекарств

В Москве на VIII Всероссийском конгрессе пациентов, целью которого является развитие и совершенствование механизмов взаимодействия государства и общественных организаций для улучшения качества жизни граждан Российской Федерации от имени министра промышленности и торговли РФ Дениса Мантурова было сообщено, что в настоящее время ведомством ведётся активная работа по созданию линейки новых препаратов для пульмонологии.

Поддержку в этом оказывают крупные медицинские учреждения. За последнее время российские компании произвели препараты для лечения гепатита С. сахарного лиабета 2-го типа. В сегменте «Семь нозологий» российские производители увеличили долю своего присутствия с 4 до 40%. Выпуск отечественных препаратов для онкологии за 5 лет вырос в 3 раза.

- Благодаря программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» за последние 5 лет мы увидели, как российские поизволители активно нара щивают возможности, растёт доля отечественных препаратов на фармацевтическом рынке, -

резюмировал заместитель министра Сергей Цыб. - Впервые в 2017 г. мы преодолели 30-процентный рубеж в денежном выражении. За 4 года построено 19 новых заводов по самым передовым международным стандартам. За время действия программы поддержано более 400 проектов по созданию новых лекарств.

Ответ на вопрос, где важно концентрировать усилия в лальнейшем. Министерство промышленности и торговли РФ намерено искать в тесном и конструктивном диалоге с пациентскими организаци-

> Ирина АНДРЕЕВА. **МИА Cito!**

...Территория здравого смысла

Предельно низкого для мирового здравоохранения показателя передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку - менее 1%, сокращения только за последние 2 года на 19% случаев смерти ВИЧ-инфицированных и других столь же весомых результатов позволила добиться «московская модель» борьбы с ВИЧ-инфекцией. Она реализуется в рамках Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и на дальнейшую перспективу.

Всемирный день борьбы со СПИДом, который традиционно отмечается 1 декабря, столица встретила в этом голу нелелей профилактики ВИЧ-инфекции «Москва против СПИДа! Территория здравого смысла», которая прошла в рамках «Стоп ВИЧ/ СПИД», организуемой Фондом социально-культурных инициатив Светланы

Медведевой совместно с другими общественными организациями и государственными органами.

Открылась неделя III Всероссийским форумом для специалистов по профилактике и лечению ВИЧ/ СПИДа, в работе которого приняла участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Для столичной молодёжи была организована специальная творческая программа с участием известных актёров и исполнителей.

В течение всей недели в городских кабинетах профилактики ВИЧинфекции, а в выходные дни и на ВДНХ можно было пройти бесплатное, в том числе анонимное тестирование и получить консультации специалистов. Работала круглосуточная горячая линия Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения столицы.

Сервисное обслуживание медицинской техники • Комплексное обслуживание ЛПУ • 60 сертифицированных сервисных инженер • Сертификаты ведущих производителей Лицензия на использования ИИИ • Лицензия на метрологическое обслуживани • 300 единиц подменного оборудования +7 (495) 780-76-90; service@stormoff.com Иван ВЕТЛУГИН. www.stormoff.com **МИА Cito!**

Stormo

СЕРВИСНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КОМПАНИЯ

Hobocmu

В память о великом учёном

В память об известном исследователе-патофизиологе Георгии Крыжановском коллектив института общей патологии и патофизиологии, что в Москве, установил мемориальную доску, а его представители в день 95-летия со дня рождения учёного посетили его могилу.

В коллективе института чтят память о видном учёном-патофизиологе и крупном организаторе медицинской науки Г.Крыжановском - академике АМН ССР и РАМН, лауреате государственной премии СССР, заслуженном деятеле науки РФ, докторе медицинских наук, профессоре, президенте Российского научного общества патофизиологов.

Вся творческая жизнь Георгия Николаевича была тесно связана с институтом общей патологии и патофизиологии, в котором он проработал 67 лет, пройдя путь от аспиранта до директора. Здесь Г.Крыжановский под руководством академика А.Сперанского стал заниматься важной для медицины проблемой – изучением патогенеза столбняка и механизмов действия столбнячного

Итоги многолетней работы были лишь трамплином для анализа фундаментальных закономерностей патологии нервной системы. Георгий Николаевич создал общую теорию патофизиологических механизмов невропатологических синдромов при нервнопсихических расстройствах. На основе теории генераторных, детерминанты и системных механизмов было создано более 20 моделей невропатологических синдромов, относящихся к разным сферам деятельности ЦНС. За эти исследования Г.Крыжановскому была присуждена Государственная премия

Георгию Николаевичу удалось сформулировать общую теорию дизрегуляционной патологии, которая стала новым научным направлением в системе медико-биологических наук.

Наиля САФИНА.

Москва.

Остановим ВИЧ вместе

В рамках Всемирного дня борьбы со СПИДом 1 декабря на Омском железнодорожном вокзале более 300 пассажиров и посетителей вокзала были проинформированы о профилактике ВИЧ.

В ходе акции «Узнай свой ВИЧ-статус!» в этот же день 40 человек прошли анонимное экспресс-тестирование и получили консультацию специалистов Центра по профилактике и борьбы со СПИДом и инфекционными заболеваниями Омской области. В билетных кассах, залах ожидания и на привокзальной площади Омска работали волонтёры, которые приглашали пассажиров на тестирование, раздавали тематические листовки, проводили миниопросы о распространении и профилактике этого заболевания.

Кроме того, как сообщили в Службе корпоративных коммуникаций Западно-Сибирской железной дороги – филиала ОАО «РЖД», в этот день для привлечения внимания общественности к проблеме СПИДа омские железнодорожники организовали флешмоб «Остановим ВИЧ вместе!». В центральном вестибюле вокзала студенты Омского техникума железнодорожного транспорта подняли тематические плакаты и растянули красную ленточку - как международный символ борьбы со СПИДом.

Стоит отметить, что по инициативе областного Министерства здравоохранения в течение второго полугодия 2017 г. на Омском железнодорожном вокзале дважды в месяц работал мобильный пункт диагностики ВИЧ-инфекции, где любой желающий мог бесплатно сдать анализ крови и получить исчерпывающую информацию о заболевании.

Такое сотрудничество позволило привлечь внимание общественности к данной проблеме и увеличить охват населения экспресстестированием. За период с июля по декабрь свой ВИЧ-статус на вокзале анонимно проверили более тысячи человек. А благодаря работе волонтёров, которые приглашали пассажиров на тестирование, раздавали тематические листовки и памятные сувениры с символикой акции, за это время были проинформированы о проблеме инфицирования ВИЧ и профилактике недуга более 10 тыс. человек.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

В Крыму ввели курортный сбор

Государственный совет Крыма принял закон о введении на полуострове курортного сбора. Он составит 10 руб. за сутки проживания, но собирать его с туристов будут с мая до 30 сентября. Решено, что сначала эксперимент проведут в Алуште, Евпатории, Саки, Судаке, Феодосии, Ялте и Черноморском районе.

Важное уточнение - отправляющиеся на лечение, которое оплачивается по полису ОМС, будут освобождены от уплаты ку-

Президент РФ Владимир Путин ранее подписал закон о введении курортного сбора в 4 регионах страны: в Крыму, Алтайском, Краснодарском и Ставропольском краях. Эксперимент продлится до конца 2022 г.

Алексей ВАСИЛЬЕВ.

Республика Крым.

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

Перспективы —

«Земский доктор» получит развитие

Эту программу могут распространить на малые города

партпроекта, член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья академик РАН Николай Герасименко. «Мы на уровне проекта «Здоровое будущее» в течение двух лет поднимаем этот вопрос, предлагая распространить программу «Земский доктор» на малые города», - сказал он.

Н.Герасименко пояснил, что программа, как и прежде, будет финансироваться через Минздрав России, которое будет направлять финансовые ресурсы в субъекты РФ, а они, в свою очередь, будут определять, где им важнее финансировать эту программу - в малых городах или в сельской местности.

Во время недавней встречи с гражданами в региональной общественной приёмной «Единой России» в Краснодарском крае к Дмитрию Медведеву обратился один из педиатров из города Гулькевичи с предложением расширить действие «Земского доктора» и распространить программу на небольшие города, включая моногорода.

«Я дам поручение Минздраву, Минфину проработать этот вопрос», - процитировал тогда ТАСС председателя Правительства РФ.

И несколько позже Д.Медведев дал поручение Минздраву России проработать вопрос о распространении программы на города с населением до 50 тыс. человек.

Партийный проект «Единой России» «Здоровое будущее», реализация задач которого рассчитана с 2017 по 2022 г., направлен на получение гражданами качественной и доступной медицинской помощи. Сегодня особенно остро стоит проблема нехватки врачей в первичном звене здравоохранения, в связи с чем партпроект намерен мониторить реализацию программы «Земский локтор» с целью привлечения врачей на работу в сельскую местность, сообщила пресс-служба партии. Также важны для партпроекта такие сферы, как развитие санитарной авиации на 2017-2019 г. и доступность медпомощи в регионах страны. Уделяется особое внимание и организации массовых акций, которые формируют приверженность населения здоровому образу жизни.

Результаты обнадёживают

Программа «Земский доктор» стартовала у нас в стране в 2012 г. Согласно правительственному решению, молодые специалисты-медики в возрасте до 25 лет могли получить финансовую помощь в размере миллиона рублей, если отправятся работать в село.

Толчком для запуска программы стало ухудшение кадровой проблемы медицинских работников в сельских населённых пунктах: в 2011 г. количество врачей в деревнях и сёлах сократилось на 4%. Нередко во многих небольших поселениях медицинских работников не было совсем, поэтому больным людям приходилось самостоятельно добираться до районного центра, дорога могла занимать от



Врач скорой помощи из Малопургинской ЦРБ в Удмуртии Вера Пельтемова с мужем построили осенью свой дом, используя средства, полученные по программе «Земский доктор»

40 минут до двух часов. Молодые специалисты не спешили ехать работать в отдалённую сельскую местность из-за низкой зарплаты и отсутствия жилья. Программа «Земский доктор» стала своеобразным стимулом, поскольку одноразовая выплата в размере миллиона рублей позволяет приобрести или возвести собственное

Изначально действие программы было запланировано на 2013-2014 гг., но каждый последующий год она находила продолжение, изменялись и условия программы, открывая для медиков всё больше возможностей. Среди последних новшеств, напомню, - возраст докторов, которые могут принять участие в программе, увеличен до 50 лет. Врачи направляются не только в маленькие сёла, но и в районные центры, численность которых достигает 10 тыс. человек. Картография программы также увеличивается. Если изначально основной поток врачей был направлен в отдалённые районы Дальнего Востока, Северного Кавказа, Сибири, то сейчас участие в программе принимают центральные, южные и другие регионы страны.

В результате квалифицированных врачей получали всё больше сельских населённых пунктов, в том числе и в отдалённых районах. Так. за первые 4 года работать на село отправились более 14 тыс. врачей, в 2012-2015 гг. в программе «Земский доктор» поучаствовали 19 тыс. медработников. В 2016 г. на реализацию программы было выделено 3,2 млрд руб., в 2017 г. – более 4 млрд руб.

Всего, как сообщила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, с 2012 г. в рамках программы в сёла приехали и воспользовались подъёмными для приобретения жилья более 25 тыс. специалистов. «И 70% из них оставались работать более 5 лет, потому что это очень творческая, живая работа», - сказала на Всемирном фестивале молодёжи и студентов глава Минздрава России. Некоторые субъекты РФ полностью обеспечили сельских граждан квалифицированными медиками.

Новшества - 2018

Учитывая всё это, Правительство РФ приняло решение продлить программу и в 2018 г. Напомним в связи с этим некоторые

Подъёмные в размере миллиона рублей предусмотрены теперь не только постановлением кабмина, но и российским законодательством. Рассчитывать на финансовую помощь могут доктора сразу после завершения интернатуры или ординатуры. Человек не должен иметь собственного жилья в населённом пункте, в который он едет работать.

Одноразовая выплата производится в течение 30 дней. Потратить их можно исключительно на такие цели: приобретение построенного жилья (дома или квартиры); покупку земельного участка с целью строительства дома. Каждый из членов семейной пары может рассчитывать на получение финансовой помощи. В таком случае и мужу, и жене необходимо подавать документы. но выплата может быть в два раза

Согласно законодательству, в период декретного отпуска трудовой стаж начисляется, а рабочее место за женщиной сохраняется.

Доктор обязан отработать в сельской местности не менее 5 лет. В случае расторжения трудового договора или увольнения врач обязан вернуть выплаченные по программе средства в полном объёме. Участник «Земского доктора» может перевестись работать в другой населённый пункт в пределах региона или района по согласию работодателя, с которым подписан трудовой договор.

Как сообщила в октябре на фестивале в Сочи В.Скворцова, программа по привлечению медицинских специалистов в сельскую местность будет с 2018 г. распространяться на фельдшеров, которые в сёлах фактически выполняют функции врачей.

> Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Продолжение темы см. на стр. 3.

Деловые встречи —

«Медицина и качество — 2017»

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения переходит на современные методы и технологии контроля. Для этого надзорное ведомство собирается внедрять лучшие практики рискориентированного подхода при государственном регулировании. Об этом сообщил руководитель Росздравнадзора Михаил Мурашко на X Всероссийской научно-практической конференции «Медицина и качество – 2017».

По словам М.Мурашко, Росздравнадзор не утверждает, что сформировал идеальную систему рискориентированного подхода к поднадзорным объектам. Это был «первый подход к снаряду, который обязывает развивать эти направления».

Приказом Росздравнадзора утверждается ведомственная программа профилактики нарушений. Задача её – предупреждать их подконтрольными объектами обязательных требований, а также снижать административные и финансовые издержки как контрольно-надзорного органа, так и подконтрольных субъектов.

Заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова сообщила, что стоимость базовой программы ОМС ежегодно увеличивается и в 2018 г. составит 1871 млрд руб. с приростом 333,2 млрд, или 21,7% к уровню 2017 г.

- Отмечается устойчивый рост и подушевого норматива финансиро-

вания за счёт средств обязательного медицинского страхования, который в 2018 г. будет на 21,5% выше по отношению к текущему году, – рассказала Е.Сучкова.

Она проинформировала участников конференции, что в настоящее время акцент делается на развитие неотложной медицинской помощи. «За последние 5 лет норматив по количеству посещений в неотложной форме увеличен на 55,6%, фактический же объём неотложной медицинской помощи на одного застрахованного за 2013-2016 гг. возрос в 2 раза», – подчеркнула она.

В числе актуальных задач при оказании специализированной медицинской помощи Е.Сучкова выделила обеспечение эффективного и рационального использования коечного фонда, развитие стационарозамещающих технологий, медицинской реабилитации, повышение уровня доступности высокотехнологичной медицинской помощи.

В своём выступлении заместитель председателя ФОМС остановилась на расширении объёмов и видов медицинской помощи, оказываемых в рамках ОМС. Подробно рассказала о формах защитинтересов застрахованных лиц, в частности с помощью такого института, как страховые представители.

- Ежегодно страховыми медицинскими организациями рассматривается около 20 тыс. обращений и жалоб, из которых 98% претензий удовлетворены в досудебном порядке в пользу застрахованных лиц. В рамках судебной защиты

застрахованных лиц около 70% исков территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций также удовлетворены, – сообщила она.

Директор правового департамента Минздрава России Светлана Соловьёва представила в своём докладе главные аспекты нормативного регулирования медицинской деятельности. О критериях качества её говорил директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела министерства Е.Камкин. Современные подходы к осуществлению государственного контроля качества и безопасности в Российской Федерации показал начальник Управления организации государственного контроля качества оказания медицинской помощи населению Росздравнадзора А. Шаронов. Как всегда, конференция получилась насыщенной, осветившей многие вопросы работы отрасли.

В работе форума приняли участие представители Министерства здравоохранения РФ, Росздравнадзора и других федеральных органов исполнительной власти, а также органов управления здравоохранением субъектов РФ, ведущие отечественные и зарубежные эксперты в области здравоохранения, руководство территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Из первых уст

Цифры, факты и тенденции

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова выступила на «Правительственном часе» в Государственной Думе. В своём докладе, в частности, она сказала следующее:

– Привлекать и закреплять молодых специалистов на конкретных рабочих местах позволил механизм целевой подготовки. За 5 лет целевая подготовка по программам специалитета возросла на 21%, а на последиломном уровне – на 18%. При этом эффективность её во всех регионах достигла не ниже 88%.

По словам министра, в 2016 г. возросло количество врачей, участвующих в оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях (плюс 825 человек), в том числе узких и традиционно дефицитных специалистов (плюс 1668 человек или почти на 2%). Реализация программы «Земский доктор» позволила привлечь на село более 26 тыс. молодых специалистов. В 2018 г. министерство планирует расширить территориальное действие программы на моногорода с населением менее 50 тыс. человек и включить в программу должности фельдшеров с размером единовременной компенсационной выплаты в размере 500 тыс. руб. в год.

За 9 месяцев 2017 г. введено в эксплуатацию 400 новых ФАПов и сельских врачебных амбулаторий,
 отметила В.Скворцова. Благодаря проведённому в этом году ремонту всех объектов сельского здравоохранения доля сельских медицинских подразделений, требующих капитального обновления, сократилась

более чем на 20%. Приобретены 55 мобильных диагностических комплексов для жителей сельских населённых пунктов.

Была разработана и внедрена геоинформационная система, включающая информацию о всех 57 тыс. населённых пунктов страны, численности проживающего в них населения, транспортной инфраструктуре, а также более 75 тыс. медицинских организациях и их структурных подразделения.

Другая тема в выступлении министра – материнская и младенческая смертность. Она достигла самых низких за всю историю нашей страны показателей. Так, за 10 месяцев 2017 г. младенческая смертность снизилась на 10,2% до 5,3 на тысячу родившихся живыми и более чем в 2 раза по сравнению с 2005 г. Более чем в 2,5 раза снизилась и материнская смертность: до 10,0 на 100 тыс. родившихся живыми за 2016 г., а по данным 10 месяцев, уже 7,3 на 100 тыс.

Что касается сдерживания роста цен на лекарства, то в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов дополнительно включено 60 новых позиций. В результате он расширился до 699 международных непатентованных наименований. Это позволило обеспечить сдерживание цен на лекарства, входящие в ЖНВЛП. За 10 месяцев нынешнего года уровень розничных цен амбулаторного сегмента на лекарственные препараты ЖНВЛП снизился на 1,3%.

Алексей ПИМШИН.

MИA Cito!

Cmamucmuka -

Туберкулёз отступает!

План по снижению уровня смертности от туберкулёза, установленный в госпрограмме «Развитие здравоохранения», выполнили 82 из 85 регионов России в 2016 г., сообщили эксперты Общероссийского народного фронта.

– Наиболее серьёзное отставание показал Чукотский автономный округ (на 85,2%), за ним следуют Республика Крым (на 15,1%) и город Севастополь (9,1%), – рас-

сказал член центрального штаба ОНФ директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Он напомнил, что к 2018 г., согласно указу Президента России, необходимо обеспечить снижение смертности от туберкулёза до 11,8 случая на 100 тыс. населения. «Эта цель достигнута с опережением: по данным Росстата, на конец 2016 г., смертность от этого показателя составляла 7,5 случаев на 100 тыс. населения. Существенно снизилась и заболеваемость ту-

беркулёзом – от 90,4 случаев на 100 тыс. населения в 2013 г. до 53,3 в 2016 г.», – отметил Э.Гаврилов.

Наиболее высокая смертность от туберкулёза в России, по данным на конец 2016 г., была зарегистрирована в таких регионах, как Республика Тыва (47,2 случаев на 100 тыс. населения), Еврейская автономная область (29,5), Чукотский автономный округ (23,9). Курганская область (23,7), Иркутская область (22,2), Кемеровская область (17,4), Алтайский край (22,5) и Приморский край (22,3).

Андрей ДЫМОВ.

Профилактика —

Не попасть в зависимость



Учреждениями здравоохранения Приморского края в 2017 г. проведено 10 070 профилактических медицинских осмотров учащихся образовательных организаций региона с целью раннего выявления незаконного потребления наркотических средств и психотропных веществ. Были обследованы старшеклассники и студенты первых курсов средних специальных и высших учебных заведений.

Как сообщили в краевом наркологическом диспансере, профилактические мероприятия осуществлялись в два этапа. На первом проводилось социально-психологическое тестирование учащихся с целью определения группы риска потребителей психоактивных веществ. На втором этапе – медицинские осмотры психиатрами-наркологами с химико-токсикологическим исследованием биологических объектов (моча) на наличие ПАВ в организме.

По результатам медосмотров нар-

Учреждениями здравоохранеия Приморского края в 2017 г. жены в моче у 8 человек, никотин – роведено 10 070 профилактиеских медицинских осмотров у 228 учащихся Приморья.

В настоящее время специалисты наркологической службы края приступили к проведению профилактических мероприятий - беседы, лекции, тренинг - с учащимися, у которых в результате обследования выявлены положительные результаты. Они будут проходить в течение учебного года в тех образовательных организациях, где выявлен высокий процент группы риска потребителей психоактивных веществ. При этом профилактика зависимого поведения включает в себя не только предоставление информации. Так, в ходе психологических тренингов или инливилуального консультирования школьники и студенты учатся распознавать и называть свои эмоции, работать над повышением самооценки.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Идёт подписная кампания



Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: yл. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

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

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

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко выступила с докладом в Совете Федерации в ходе заседания «круглого стола» на тему: «О правовом регулировании участия медицинских организаций различных типов и форм собственности в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Открывая мероприятие, первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Игорь Каграманян сообщил, что в последнее время растёт количество негосударственных медицинских организаций - участников реализации программы госгарантий. Сенатор особо отметил, что в этом процессе во главе угла должны находиться прежде всего интересы пациентов. «Для пациента самое главное - получить медицинскую помощь своевременно, с высоким уровнем качества с использованием современных технологий. С этой точки зрения, сама форма медицинской организации не существенна», - констатировал он.

Заместитель министра здравоохранения РФ Наталья Хорова рассказала о перспективных направлениях развития программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Она обратила внимание на важность участия медицинских организаций частной системы здравоохранения в обеспечении доступности и качества медпомощи. «Развитие и расширение участия частных клиник в программе государственных гарантий - это перспективное направление», подчеркнула Н.Хорова.

В действующем федеральном законодательстве, констатировала Н.Хорова, урегулированы вопросы участия в реализации программы госгарантий медицинских организаций негосударственного

Первые свидетельства о присвоении статуса «Московский врач» вручены медицинским работникам организаций здравоохранения столицы. Учреждённый правительством столицы статус призван создать систему объективной оценки профессионального уровня и формирования стимулов для повышения квалификации врачей.

- В настоящее время у нас уже около 3 тыс. заявлений на звание «Московский врач». Сдавали экзамены около 400, а сдал их только каждый десятый. Это не говорит о том, что все, кто сдавал, имеют низкий уровень знаний или что они не соответствуют своей профессии. Это не так. Просто мы действительно заложили очень высокие требования для звания «Московский врач», отметил мэр Москвы Сергей Собянин, вручивший медикам знаки и документы о присвоении нового звания.

По словам мэра, оно востребовано среди столичных врачей. «Не должны огорчаться те, кто не смог сдать экзамен. Мы задали слишком высокую планку, к которой необходимо стремиться», – сказал С.Собянин. Вполне возможно, добавил он, что эти требования надо дорабатывать и совершенствовать, в том числе и советуясь с самими врачами. «Тем не менее мы впервые попытались задать планку и определить московского врача, которому бы доверяли и специалисты, Акценты

Главное — интересы пациентов

Сама форма медицинской организации не существенна

сектора. «Министерство здравоохранения совместно с Федеральным фондом ОМС видят перед собой задачу дальнейшего совершенствования ведомственных нормативных правовых актов. При этом будут соблюдены все права граждан на получение медицинской помощи и обеспечено справедливо обоснованное распределение объёмов медпомощи», — заверила заместитель главы Минздрава России.

В своём докладе Н.Стадченко напомнила, что вступление в силу Федерального закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» позволило реализовать возможность получения медицинской услуги по ОМС в лечебных учреждениях любой формы собственности. Руководитель ФОМС указала, что порядок включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, носит уведомительный характер, и субъект Российской Федерации не вправе отказать медицинским организациям. Она уточнила, что для всех новых медучреждений также предусмотрена возможность вхождения в систему ОМС в течение года – и это право тоже распространяется на всех участников рынка вне зависимости от формы собственности.

«Законодательство в сфе- организаций в системе ОМС ре ОМС устанавливает право не существует», – подчеркнула

негосударственных медицинских организаций наравне с государственными входить в состав комиссии по разработке территориальных программ ОМС и принимать участие в её деятельности. Но на практике мы видим, что зачастую это не так и здесь мы должны работать с правоприменительной практикой существующего законодательства, - отметила Н.Стадченко. Нормативно-правовыми актами в сфере ОМС установлены единые критерии распределения объёмов оказания медицинской помощи. Это регламентируется Правилами обязательного медицинского страхования. Но сейчас важна совместная работа над совершенствованием уже действующего законодательства, чтобы правоприменительная практика позволяла более прозрачно и понятно для всех участников обеспечивать распределение этих объёмов.

этих ооъемов.

Н.Стадченко напомнила участникам «круглого стола», что тарифы, устанавливаемые в субъектах РФ, размещаются в открыториальных фондов ОМС, и они едины для всех медицинских организаций независимо от формы собственности. «Таким образом, на сегодняшний день законодательных барьеров для функционирования частных организаций в системе ОМС не существует», – подчеркнула

она. Свои слова председатель ФОМС подтвердила статистикой, согласно которой в 2010 г. среди участников системы ОМС было 618 частных клиник, а сейчас уже более 2500.

«Например, в Санкт-Петербурге доля медицинских организаций частной формы собственности составляет 38%, в Самаре – 36%, в Татарстане – 30%, в Астрахани, Ярославле и Красноярске – около 25%», – проинформировала Н.Стадченко.

Анализируя структуру частных медучреждений, она сообщила, что 64% - это поликлиники, включая стоматологические. 17% – различные медицинские центры, в том числе больницы, санаторно-курортные учреждения. «Сейчас постоянно расширяется спектр медицинских услуг. Если на начальном этапе это были только стоматологические и диагностические центры, то на сегодняшний в программу ОМС входят офисы врачей общей практики, осуществляющие первичную помощь, консультационно-диагностические центры, услуги гемодиализа, позитронная эмиссионная томография. Что особенно важно происходит увеличение реабилитационных центров, потому что реабилитация - один из ключевых элементов здравоохранения. Не зря в программе государственных гарантий на будущий год увеличены объёмы и стоимость реабилитационных услуг», – отметила глава ФОМС.

Говоря о необходимости совершенствования законодательства в части распределения объёмов между учреждениями частной и государственной форм собственности, Н.Стадченко особо подчеркнула, что необходимо выработать единые прозрачные и понятные механизмы и критерии для всех. «В первую очередь в субъектах Российской Федерации должны развиваться те виды помощи, в которых этот регион на самом деле нуждается: где-то нужна реабилитация, где-то гемодиализ и т.д.», - заметила

Соглашаясь с положениями доклада Н.Стадченко, И.Каграманян сказал, что частные клиники нередко покрывают в регионах и дефицит медицинских кадров по определённым профилям. Сенатор также в своём резюмирующем слове отметил: «Правовое регулирование в сфере ОМС отражает современные реалии и отвечает на вызовы времени. Отрадно, что ФОМС гибко реагирует с точки зрения оценки правоприменительной практики и вносит изменения в свои нормативные акты. Работа в этом направлении исключительно важна».

Ксения САПОЖНИКОВА, внешт. корр. «МГ».

Москва.

Инициатива -

Московский врач звучит гордо

Это звание очень востребовано в столице



Заслуги лучших столичных врачей отмечены

и самое главное – москвичи, жители, которые приходят к вам за помощью», – подчеркнул мэр.

Говоря о необходимости повышать квалификацию всех столичных врачей, он сказал: «Мы будем этим заниматься, создавая системы массового повышения квалификации, помогать врачам приобретать новые навыки. Я благодарен вам за то, что вы решились на эти экзамены, и благодарен вдвойне за то, что вы обладаете знаниями, которые позволили вам эту высоту взять. Поздравляю вас и позвольте вам вручить первые сертификаты «Московского врача», – отметил мэр.

Учреждённый весной этого года статус «Московский врач» присваивается по 15 наиболее востребованным специальностям: «Терапия», «Хирургия», «Неврология», «Эндокринология», «Педиатрия», «Общая врачебная практика», «Лучевая диагностика», «Кардиология», «Акушерство и гинекология», «Урология»,

«Травматология», «Анестезиология и реаниматология», «Оториноларингология», «Дерматовенерология», «Психиатрия». Для получения его необходимы сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста, стаж работы по специальности врача не менее 5 лет. Надо также успешно пройти оценочные процедуры, включающие клинический экзамен по специальности и защиту портфолио профессиональных достижений. Принять участие в оценочных процедурах для получения статуса могут практикующие врачи федеральных, городских, ведомственных и частных медицинских организаций. Опыт и уровень профессиональной квалификации претендентов должны быть значительно выше базовых требований, предъявляемых к врачам соответствующих специальностей, и отвечать лучшим мировым стандартам.

Оценочные процедуры по присвоению статуса «Московский врач» начались в Москве в сентябре 2017 г., сейчас он присвоен уже 46 специалистам. Свидетельство о присвоении статуса действительно в течение 5 лет с возможностью подтверждения на очередной срок. Врачам, получившим статус «Московский врач», выплачивается дополнительное материальное поощрение в размере 15 тыс. руб. в

Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Эта драматичная история, завершившаяся для жительницы города Северодвинска Елены Вальневой и её спасителей – врачей центральной медико-санитарной части № 58 – благополучным исходом, лишь один из множества примеров порою невероятно тяжёлой борьбы медиков за жизнь людей, говорящих об их высоких профессиональных и человеческих качествах. Совершив в полном смысле слова чудо, они буквально вытащили с того света молодую женщину, подарив ей вторую жизнь, а её малышам – маму.

У критической черты...

- Что запомнилось, когда привезли в больницу? Показавшееся нескончаемо долгим утро в приёмном покое. Было очень рано, очень больно и страшно от того, что всё куда-то плыло и качалось... Лица медсестёр, врачей, бесконечные осмотры, анализы, говорит Елена.

Голос её в трубке заглушает шум улицы. Разговариваем по мобильнику. Встретиться лично у нас с Леной не получилось. Жизнь молодой мамы сегодня расписана поминутно: кормления, купания, прогулки с десятимесячным Лёвушкой.

- Хорошо, что муж и родные во всём помогают, а ведь бывает так, что и поговорить некогда, – смеётся Елена. – Передайте огромный привет всем врачам и медсёстрам. Всех их помню, люблю и никогда не забуду их заботу, доброту и внимание.

Позже в беседе с заместителем начальника медсанчасти Андреем Басакиным узнаю, что в жизнеугрожающей для пациентки ситуации медики ЦМСЧ спасали Елену, что называется, всем миром. Это был тот случай, когда за жизнь молодой женщины, к тому же матери двоих детей, боролась целая бригада лучших врачей ЦМСЧ различных специальностей.

 Когда по срочным показаниям Елена поступила в больницу, она была, будем называть вещи своими именами, на грани между жизнью и смертью... В её организме на фоне послеродового состояния шёл тяжелейший гнойно-воспалительный процесс, усугублявшийся крайне выраженным иммунодефицитом, - рассказывает А.Басакин. – У молодой женщины страдали все жизненно важные органы: сердце, лёгкие, почки и др. Нашими специалистами были применены всевозможные методы лечения, включая операцию по ликвидации очага инфекции. Пациентке проводилось искусственное замещение жизненно важных систем организма: дыхательной, сердечно-сосудистой, почечно-печёночной и др. Всё это позволило в какой-то степени

стабилизировать общее состояние больной, однако в целом положение её было критическим.

Эти дни не вычеркнуть из памяти ни родным, ни близким Елены. Угроза для жизни, несмотря на проводимое ей интенсивное лечение, по-прежнему оставалась. Как снежный ком, нарастал отказ других органов и систем. На фоне нарушения свёртываемости крови у Елены началось лёгочное кровотечение...

Наши коллеги ————

...И нет дружнее коллектива!

Спасали все

жизнь вмешиваются беда или

тяжёлая болезнь. И как важно,

чтобы в этот момент рядом ока-

зались люди, способные помочь

тебе выкарабкаться, изменить

уже, казалось бы, начертанный

судьбой приговор. Один из глав-

ных этапов борьбы за жизнь Елены

после выполненной ей операции

продолжился в первом реанима-

Объективно оценивая ситуа-

цию, медперсонал отделения во

главе с заведующей реанимацией

№ 1 Еленой Басакиной и врачами

анестезиологами-реаниматолога-

ми Алексеем Клягиным, Андре-

ем Шишкиным и Владимиром

Моревым, делая всё возможное

и невозможное, сутками не от-

ходили от Елены, вытаскивая её

ционном отделении ЦМСЧ.

...Нередко в наши планы на

практически с того света. Только бы выжила молодая мама. дома которую ждал малыш-грудничок. С этой мыслью они приходили и уходили с работы.

– Для спасения Елены мы реализовали весь арсенал средств, начиная от скрупулёзного подбора лекарственной терапии до высокотехнологичного реанимационного оборудования: современной наркозно-дыхательной аппаратуры, инвазивного мони-

Спасибо за жизнь!

Фрагменты из будничной работы коллектива

медсанчасти Северодвинска

с предложениями помощи в лечении Елены. - рассказывает руководитель реанимации.

Заведующие отделениями и врачи Александр Карпов, Владимир Семенский, Ирина Климова, Елена Басакина, Ольга Десятова, Тамара Шаратинова, Сергей Урванов, Игорь Баркун, Константин Юрчук, Алексей Кувалов, Любовь Митрофанова, а также анастезиологи-реаниматологи Алексей Клягин, Евгений Попов,

Смотрю на снимок, высланный Еленой по электронной почте. Она сфотографировалась со своей семьёй сразу после выписки из стационара. Счастливые, улыбающиеся лица её детей и мужа без лишних слов говорят о том, что самое страшное уже позади. Только очень любящие, сильные духом люди вместе способны преодолеть любые преграды и даже, казалось бы, непреодолимые. В тяжёлые лни и ночи болезни Елену поддержали её родные и близкие, но более всех - муж Алексей: «Когда он привёл к нам толпу доноров, чтобы сдать кровь для своей жены, у многих из наших работников на глаза навернулись слёзы...» - вспоминается разговор с заведующей отделением переливания крови Т. Шаратиновой.

Впрочем, и саму Елену врачи не зря прозвали стойким оловянным солдатиком. Выйдя из комы, она не рыдала, не жаловалась на судьбу, а мужественно старалась выполнять всё, что ей говорили медики.

- В реанимации со мной обращались, словно с хрустальной вазой. Как ни открою глаза, доктора рядом, особенно А.Клягин. Он всё время меня уговаривал потерпеть и каждый раз искал всё новые «стратегические подходы» к лечению, - рассказывала чуть позже Елена.

Признаюсь, не без волнения читала официальный текст приказа Федерального медико-биологического агентства России о поощрении: «За проявленные отзывчивость, доброту и высокое профессиональное мастерство по оказанию медицинской помощи...»

Лаконичные строчки приказа завершает длинный список фамилий врачей, медицинских сестёр, всех тех, кого Елена после выписки из больницы благодарила за своё спасение в письме в Москву. Спустя какое-то время она всё же нашла возможность, чтобы вместе с мужем ещё раз прийти к своим докторам. Ей так хотелось подарить им цветы и угостить как родных людей сладостями. Нет слов, чтобы описать, как были рады реаниматологи увидеть свою бывшую пациентку красивой и счастливой. А когда открыли коробку с пирожными, они были растроганы до глубины души, прочитав на кремовой подложке угощения дорогие сердцу слова: «Спасибо за жизнь!»

Вместо послесловия

благодарностей врачам. В кото-

рый раз перечитываю вслух на-

писанные сердцем строки: «И вы,

врачи, для нас, как те же боги на

Светлана БОГОМОЛОВА.

Фото Анатолия ШАТРОВА.

внешт. корр. «МГ».

Земле». Елена Вальнева.

Архангельская область.

В моих руках книга отзывов и

Константин Пищухин, Лия Ежова, Владимир Морев и Роман Чувашев - все они, принимавшие участие в судьбе молодой женшины, не жалея сил. здоровья, боролись на протяжении почти двух месяцев за её жизнь. Очень помог врачам медсанчасти, особенно в момент внезапно открывшегося у Елены кровотечения, доцент кафедры анастезиологии и реаниматологии Северного государственного медицинского университета доктор медицинских наук Всеволод Кузьков. И как же он был поражён потом ма-

и слаженно-командной работой коллег, увидев в один из последующих своих приездов идущую на поправку, улыбающуюся пациентку!

стерством, упорством

Спроси сегодня у Е.Вальневой, какой самый дорогой и памятный для неё подарок, ответит, не задумываясь, - жизнь! Жизнь, подаренная ей заново медиками ЦМСЧ. Пройдя все необходимые этапы лечения и реабилитации. впоследствии она была переведена из реанимации для долечивания в хирургическое отделение № 1. Окружённая заботой врачей, тёплым человеческим участием и вниманием, Елена быстро шла на поправку, и однажды этот день настал... День, когда рука заведующего отделением А.Карпова поставила точку в истории её вы-

Письмо в Москву

здоровления.

В Научном центре здоровья детей прошла III конференция студентов и молодых учёных «Педиатрические чтения», посвящённая памяти российских учёных-педиатров А.Колтыпина, Д.Лебедева, П.Пономарёвой, Н.Кисляк. Организатором выступила кафедра факультетской педиатрии № 1 Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова.

Как и в прошлые годы, конференция собрала много докладчиков и слушателей не только из московских медицинских вузов, но и из других городов России и ближнего зарубежья.

В состав жюри вошли ведущие врачи и учёные: заведующая кафедрой факультетской педиатрии Лейла Намазова-Баранова, доцент

Вглядываясь в будущее отечественной педиатрии

торинга сердечно-сосудистой

системы, эфферентных методов

терапии и др. Елене постоян-

но проводились мероприятия

по общему уходу и лечебному

питанию, - отметила в беседе

Переговорив в дальнейшем со

многими из медиков, боровшихся

за жизнь Е.Вальневой, понимаю,

что только сплочённый коллектив

единомышленников, где профес-

сиональные и личностные каче-

ства врачей и среднего медпер-

сонала - главные составляющие

в работе, безусловно, способен

выполнить даже самые трудные

помочь?», «А давайте попробуем

вот это...» - не было дня и ночи,

чтобы в реанимацию не при-

бежал кто-то из специалистов.

в том числе и из других отделений,

- «Ну как?», «Ну что?», «Чем

Е.Басакина.

Этому содействовала конференция, посвящённая памяти наших учёных

кафедры госпитальной педиатрии № 2 Алексей Гуреев, профессор кафедры педиатрии лечебного факультета Андрей Углицких и др.

С докладами в секциях «Научные работы» и «Интересные клинические случаи в практике педиатра» выступили 22 человека. Работы были посвящены актуальным проблемам педиатрии, редким клиническим случаям и современным методам лечения, 11 студентов и молодых учёных представили постерные доклады.

Также в рамках конференции состоялась II олимпиада по педиатрии, в которой приняли участие 13 ординаторов из Москвы, Нижнего

Новгорода, Твери, Омска и других городов. Они прошли тест из 50 вопросов разного профиля, решили клинические задачи и кейсы со сложными клиническими случаями. Настоящей проверкой на прочность стал этап в симуляционном центре, когда участник должен был рассказать и продемонстрировать,

как он будет оказывать неотложную помощь пациенту.

Председатель жюри Л.Намазова-Баранова отметила высокий уровень подготовки участников и выразила надежду, что олимпиада послужит им хорошим стартом в профессии. Призовые места распределились следующим образом: первое заняла Анна Пузанкова (РНИМУ им.Н.И.Пирогова), второе - Евгения Толстова (Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова) и Анастасия Колчина (Нижегородская государственная медицинская академия), третье - Елена Кулебина и Анна Силонян (Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова).

Александр ОДЕР.

Москва.

«Рождённый раньше срока» — с таким названием прошёл «круглый стол», собравший неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, представителей органов управления здравоохранением для обсуждения актуальных проблем недоношенных детей. Инициатором выступила Российская ассоциация специалистов перинатальной медицины. Проходило мероприятие в формате телемоста между крупными городами страны: Москвой, Санкт-Петербургом, Новосибирском, Екатеринбургом, Казанью, Воронежем. А центральной площадкой для дискуссии стал Дом правительства Московской области.

Открывая заседание, президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин отметил:

– Уровень младенческой смертности снижается прежде всего благодаря высокому профессионализму специалистов и тому, что мы не боимся говорить о своих проблемах.

центра здоровья детей, академик РАН Лейла Намазова-Баранова.

- С одной стороны, на лечение орфанных заболеваний можно попросить деньги из большого федерального кармана, - заметила она. - А с другой, как представитель учреждения, которое занимается аудитом, могу сказать, что есть немалые скрытые резервы и в стационарном, и в амбулаторном звене оказания медицинской помощи, которые нужно использовать. В ряде регионов за счёт внутренней реорганизации, изменения подходов смогли сэкономить

нужно 35-40 млрд руб., для лечения наиболее дорогостоящих заболеваний с учётом приоритета детей нужно 8 млрд. Надеемся, что механизм финансирования будет федеральным.

Жизнь в ОРИТН

Ещё одна тема «круглого стола» – отдалённые последствия пребывания новорождённого в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТН).

Не секрет, что в ОРИТН любое проявление лихорадки лечится ан-

практике, они хотели бы знать золотой стандарт назначения этих препаратов новорождённым, длительность курса, ведь на сегодняшний день существует несколько подходов.

Участникам «круглого стола» был задан вопрос: «Позволит ли рутинное измерение уровня прокальцитонина (прокальцитонин – показатель системного воспалительного процесса и сепсиса, он чувствительнее других маркёров воспаления. – **В.Е.**) оптимизировать назначение антибиотиков?» Положительный ответ дали 65% присутствующих в зале.

Диагностировать и лечить

Одна из обсуждаемых тем - пренатальная диагностика орфанных заболеваний и лечение детей, рождённых с такой патологией. Усилия направлены прежде всего на предупреждение появления на свет ребёнка с генетическими нарушениями, для чего проводится скрининг беременных. К сожалению, все орфанные заболевания выявить с помощью ультразвукового исследования невозможно. Сейчас активно обсуждаются вопросы преимплантационной диагностики. пока эта технология широко не применяется, но тенденция к расширению существует. Сегодня есть возможность подтверждения генетического диагноза редких болезней у детей с помощью чипов. В Москве и области изданы приказы по проведению селективного скрининга на орфанные заболе-

По мнению участников «круглого стола», диагностика редкой патологии требует дополнительного обучения (причём оно должно быть очным) и новых возможностей.

Предположим, специалисты научились диагностировать, а что дальше?

– Лечение орфанных заболеваний – это дверь, через которую мы переходим к персонализированной медицине, – считает заведующая лабораторией наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра Екатерина Захарова. – Зная причину болезни, генетический дефект, мы можем, используя специальные подходы, это корректировать. Уже существует немало таких препаратов. В последние годы много говорится о возможности редактирования генома.

Но лечение редкой патологии требует огромных затрат. На сегодняшний день известно около 6 тыс. орфанных заболеваний. В государственную программу «Семь нозологий» входят 4. И ещё 24 должны финансироваться регионами.

- Чем раньше будет выявлено заболевание, тем быстрее начнём лечение и выше будет эффект, качество жизни пациента. Большую роль в этом играет не только профессионализм специалистов, наличие оборудования, но и финансовое обеспечение, - отметиль заместитель министра здравоохранения Московской области Ирина Солдатова.

Три года назад в Подмосковье было 160 пациентов с орфанными заболеваниями, на их лечение уходило 460 млн руб. Сейчас пациентов 370, и на лечение уже требуется свыше 1 млрд 200 млн руб. Данный пример говорит о том, что, в общем-то, для небольшого количества пациентов необходимы колоссальные суммы.

Да, Москва и область - те территории, где могут обеспечить лечение, потому что есть финансирование в достаточном объёме и есть возможность быстро госпитализировать пациентов в стационары. Но проблема заключается в том, что, когда появляется новый больной, любая закупка дорогостоящих препаратов (а их цена превышает 1-1,5 млн руб.) требует определённого времени. Поэтому, по мнению И.Солдатовой. нужно дать возможность регионам закупать такие жизненно важные лекарства без каких-либо конкурсов и процедур.

Итоги и прогнозы ——

Преемственность должна быть грамотной!

Утверждают специалисты перинатальной медицины



Презентация шапочки детского доктора

Однако, как говорится, Москва и Подмосковье – не вся Россия. В других субъектах наблюдается дефицит средств.

- Может быть, для Московской области обеспечение лечения пациентов с орфанными заболеваниями не столь острая проблема. А вот для Орловской, являющейся дотационным регионом, она огромна, - заметил представитель этого субъекта РФ в Совете Федерации, Владимир Круглый. - У нас есть один ребёнок с мукополисахаридозом, ему требуется на препараты до 30 млн руб. в год. Если появится ещё один, нагрузка на региональный бюджет окажется колоссальной.

При необходимости любой регион может изыскать какую-то сумму, считают в Татарстане, но всё же этот вопрос должен решаться на территории всей Российской Федерации, то есть путём федерального финансирования. Средства, которые затрачиваются субъектом на лечение одного пациента с орфанным заболеванием, могут быть распределены на 200-400 пациентов с другой патологией.

Проблема финансирования лечения орфанных заболеваний не только российская, - заметил В.Круглый. - Ни в одной стране мира нет в достатке средств на закупку данных лекарств. Но нас это не утешает. В Совете Федерации разработан законопроект, который предлагает добавить к «Семи нозологиям» ещё 5, в том числе мукополисахаридоз, что существенно облегчит участь регионов. Сейчас законопроект проходит согласование в Правительстве РФ. На его реализацию понадобится около 23 млрд руб.

Разговор продолжила президент Европейской педиатрической ассоциации, председатель исполкома Союза педиатров России, заместитель директора Национального медицинского исследовательского средства и направить их на другие первоочередные нужды.

По словам Л.Намазовой-Барановой, до сих пор встречается достаточно большое количество случаев, когда диагноз поставлен неправильно, пациент получал дорогостоящее лечение, деньги расходовались впустую.

Обсуждение подытожила директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, напомнив, что список из 24 орфанных заболеваний не случаен. Эти болезни

тибиотиками. Широкое и необоснованное их применение приводит к росту антибиотикорезистентности. Как показали зарубежные исследования, антибиотикорезистентность следует за использованием антибиотиков с опозданием на 3 месяца.

В последние годы многое делается, чтобы всё меньше назначали антибактериальные препараты, в первую очередь глубоко недоношенным детям. В 2016 г. вышел доклад Всемирной организации здравоохранения, в соответствии с которым все страны должны принять национальные стратегии, убрав при этом антибактериальные препараты из свободного доступа. Но всё равно они зачастую назначаются необоснованно, как говорится, на всякий случай, с целью профилактики.

Интересно, что примерно половина присутствующих в зале врачей считает: использование антибактериальных препаратов в их регионе

Е.Байбарина усомнилась в искренности голосовавших:

– Когда я приезжаю в стационары, мне кажется, 90% используют антибиотики, – сказала она. – Аудит показывает: всего 10% применяют их по показаниям. Нам нужно проводить дальнейшую просветительскую работу с врачами. Вышло письмо по профилактике внутрибольничных инфекций, но, бывая в регионах, зачастую вижу,

В Екатеринбурге 80% принимающих участие в голосовании такого же мнения, однако ведущие специалисты Урала полагают, что нет.

- Хочу напомнить, что в первые 96 часов жизни у недоношенных прокальцитонин всегда высок, и это не повод назначать антибиотики, - присоединилась к екатеринбургским коллегам главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач Детской городской клинической больницы им. Н.Ф.Филатова Антонина Чубарова.

Мнения разделились, – прокомментировал ситуацию Н.Володин.
 Хотя прокальцитониновый тест достаточно широко применяется в мире, думаю, что нужно продолжить исследования.

Иммунизация пассивная и активная

Ещё один вопрос, обсуждаемый на «круглом столе», «Является ли недоношенность противопоказанием к проведению пассивной иммунизации против РСВ-инфекции?», не вызвал разногласий. Подавляющее число докторов уверено, что не является, ведь за последние несколько лет они увидели результаты этой работы, стали более информированными.

Тем не менее прозвучал призыв защищать ребёнка от респираторных и иных инфекций с помощью пассивной иммунизации.

По словам Л.Намазовой-Барановой, любая инфекция, перенесённая в раннем детстве, — это угнетённая система на всю оставшуюся жизнь. Например, младенец, переболевший ротавирусной инфекцией, всю жизнь будет иметь проблемы со стороны желудочнокишечного тракта. Л.НамазоваБаранова также опровергла миф о том, что пассивная иммунизация не сочетается с активной.

Необходимо отметить, что основным мотивом «круглого стола», объединившего неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов, стала преемственность в ведении недоношенных детей, включая вопросы вакцинации, питания и т.д. Однако...

 Преемственность должна быть компетентной, грамотной, чтобы все специалисты работали в одном ключе, – подчеркнула модератор мероприятия И.Солдатова.

Символом преемственности в профессиональном сообществе является шапочка детского доктора. Она выпускается в ограниченном количестве и вручается лучшим врачам, задействованным в оказании медицинской помощи недоношенным.

Во время телемоста с регионами

выделены потому, что для них есть патогенетическая терапия. А для остальных либо не был доказан эффект, либо он требует ещё дополнительного изучения.

В федеральном регистре около 16 тыс. пациентов с орфанной патологией, из них 8 тыс. – дети, большая часть которых получает лечение. В 2011 г. орфанные заболевания приобрели легитимный статус, и Федеральным законом № 323 обязанность по их финансированию возложена на субъекты рф

- Сейчас идёт подготовка к следующему этапу, - поведала Е.Байбарина. - Мы подсчитали: для лечения всех больных орфанными заболеваниями в год

что оно где-то лежит и никто им не пользуется. Так вот сначала нужно научиться правильно мыть руки, а потом применять антибиотики.

- Сегодня нет места для профилактического применения антибиотиков, они должны применяться только с лечебной целью, – подчеркнула и Л.Намазова-Баранова, добавив: – Дети, которые принимали антибиотики во младенчестве, к 6 годам имеют существенно большую, избыточную массу тела по сравнению с теми, кому антибиотики не назначали. Об этом свидетельствуют результаты зарубежных исследователей.

но у докторов остаётся немало вопросов, с которыми приходится сталкиваться в каждодневной Валентина ЕВЛАНОВА, корр. «МГ».

Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 91 (2121)

С увеличением продолжительности жизни населения происходит рост количества пожилых пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2). СД-2 составляет 90-95% случаев СД у взрослых, и старение вызывает заметное распространение пандемии этого заболевания у пожилых больных.

Особенностями СД-2 у лиц пожилого возраста являются бессимптомное течение, сочетанная полиорганная патология, социальная изоляция, низкие материальные возможности, нарушение когнитивных функций. Цели лечения пожилых больных СД-2 зависят от средней ожидаемой продолжительности жизни больного, состояния сердечно-сосудистой системы, риска развития гипогликемических состояний, сохранности когнитивных функций, общего соматического статуса. способности проводить регулярный самоконтроль гликемии. Стратегия лечения и цели должны быть индивидуализированы с учётом наличия у пациента сопутствующих заболеваний, фармакокинетики лекарственных средств и их фармакодинамических свойств.

Лечение СД-2 у пожилых представляет собой серьёзную проблему с точки зрения клинического подхода. Тем не менее научных доказательств для создания алгоритма сахароснижающей терапии СД у них недостаточно. Учитывая разнородность пожилого населения: крайне разнообразные функциональные и познавательные способности, сопутствующие заболевания, продолжительность жизни – важно обеспечить комплексную оценку с биопсихосоциальной точки зрения с целью устранения сосудистых факторов риска и установить индивидуальные показатели гликемического контроля. Терапевтическая стратегия должна быть индивидуализирована и согласована с больным в соответствии с поставленной целью, а улучшение качества жизни, обеспечение безопасности пациентов и избежание негативных последствий сахароснижающей терапии должны быть приоритетными задачами. С учетом повышенной чувствительности пожилых людей к тяжёлой гипогликемии и её последствиям коррекция углеводного обмена у них должна свести к минимуму риск её возникновения.

Углублённый поиск литературы, проведённый R.Pratley с соавт. (2014) с целью выявления доказательной базы из рандомизированных контролируемых и эпидемиологических исследований, а также рекомендаций, полученных из экспертных заключений, показал, что пожилые пациенты представляют весьма гетерогенную популяцию среди больных СД вследствие имеющихся значимых сопутствующих заболеваний. У них чаще наблюдаются эпизоды гипогликемии, способствующие повышению заболеваемости и снижению качества жизни, а также во многих случаях ограничивающие лечение. При определении гликемических целей и выборе антигипергликемического препарата для пашиентов пожилого воз раста необходимо учитывать длительность СД, сопутствующие заболевания, продолжительность жизни, функциональное состояние, полипрагмазию, возрастные фармакокинетические и фармаколинамические трансформации, неблагоприятные лекарственные реакции, а также стоимость лекарственных препаратов. В настоящее время ограниченные рекомендации по лечению СД-2 у пожилых основаны на мнении экспертов в связи с отсутствием доказательств, подтверждённых результатами рандомизированных контролируемых исследований, что подчёркивает важность индивидуализации фармакологической терапии у этих больных с акцентом на соотношении риска и пользы.

В современном мире стремительно растёт количество людей, достигающих возраста 80 лет или старше, у которых наблюдается значительное увеличение распространённости СД-2. К сожалению, у людей, проживших 80 лет, часто регистрируются многочисленные сопутствующие заболевания, которые делают все варианты лечения СД сложной задачей

с учётом относительной неспособности пожилых пациентов переносить неблагоприятные эффекты лекарств и тяжёлую гипогликемию. Важно напомнить, что 80-летние пациенты имеют большую распространённость когнитивных нарушений, инвалидности, почечной и печёночной дисфункции, остеопороза по сравнению с теми, кто моложе. Обзор, представленный А.Abbatecola (2015), постулирует необходимость умеренного гликемического контроля (уровень HbA1c 7-8%) у пациентов пожилого возраста в целях поддержания баланса между терапией сопутствующих заболеваний и качеством жизни.

Вследствие возникновения кардиальной автономной нейропатии у пожилых

ентов с предшествующей ишемической болезнью сердца и вегетативной нейропатией. Метформин, акарбоза, ингибиторы натрий-глюкозного транспортёра 2 (SGLT-2), ингибиторы дипептидилпептидазы (иДПП-4) и агонисты глюкагоноподобного пептида-1 (аГПП-1) обладают более низким риском гипогликемии, чем сульфонилмочевина (СМ) и инсулин. Ранняя терапия базальным инсулином у пациентов, недостаточно контролируемых метформином, также эффективна, безопасна и удобна, но в любом случае цели контроля глюкозы и HbA1c должны быть индивидуализированы, а выбор препаратов скорректирован с учётом данного

Пожилые люди, страдающие СД, имеют более высокий риск развития гипогликемии в связи с искажённой физиологической адаптивной реакцией на низкий уровень глюкозы. У таких пациентов отмечается утрата когнитивных функций, которая мешает быстрому распознаванию гипогликемии и, соответственно, началу её коррекции. У них отмечается повышенный риск падений, ассоциированных с перело-

ей, рассматривают вопрос избежания гипогликемии как имеющий превалирующее значение в установлении терапевтических целей у пожилых. Пациенты, имеющие значительную продолжительность жизни, высокую жизненную активность и хорошие когнитивные функции, могут достигать целей, определённых для молодых пациентов с СД (например, целевой уровень HbA1c < 7%), но представляется разумным установить менее интенсивный гликемический контроль (например, HbA1c < 8%) для пожилых при наличии у них хронических осложнений СД, неизлечимых сопутствующих заболеваний или существенной когнитивной или функциональной недо-

В 2012 г. конференция по выработке Консенсуса лечения пожилых людей с СД, созванная Американской диабетической ассоциацией, поставила задачу решить целый ряд вопросов, представляющихся уникальными для лечения СД у пожилых. У таких пациентов, имеющих несколько сосуществующих хронических заболеваний и ожидаемую продолжительность жизни > 10 лет, было рекомендовано иметь целевые

Сахарный диабет 2-го типа у пожилых пациентов

пациентов нередким остаётся развитие ортостатической гипотензии. Для изучения её частоты было проведено перекрёстное исследование 350 больных в возрасте свыше 60 лет, которые получали лечение в поликлиническом отделении гериатрической клиники в период с января по март 2016 г. Ортостатическая гипотензия определялась как снижение систолического артериального давления на 20 мм рт. ст. и/или диастолического давления на 10 мм рт. ст. в течение 3 минут после изменения перехода из положения лёжа в положение стоя. Доля пожилых с ортостатической гипотензией составила 27.4%. Медиана уровней HbA1c была выше у пациентов без ортостатической гипотензии, отмечалась достоверная взаимосвязь между уровнями HbA1c и развитием ортостатической

Гипогликемия и терапевтические цели у пожилых пациентов с СД-2

При управлении СД-2 важно свести к минимуму риск развития гипогликемии, которая вызывает высокий риск осложнений и смертности у пожилых пациентов с СД. Гипогликемии у пожилых независимо связаны с повышенным риском падений и переломов, а также острых сердечнососудистых событий, которые неблагоприятно сказываются на качестве жизни в ещё большей степени, чем хронические осложнения СД. Тяжёлые гипогликемии могут увеличить риск появления деменции у пациентов с СД-2, и наоборот, наличие гериатрических синдромов может способствовать развитию гипогликемии и её осложнений у пожилых.

Гипогликемия является распространённым и потенциально опасным для жизни неблагоприятным эффектом лечения СД. Её типичные сердечно-сосудистые осложнения: стенокардия, инфаркт миокарда, инсульт и аритмии, такие как фибрилляция предсердий (ФП), желудочковая тахикардия и сердечная недостаточность. Пожилые пациенты с мультиморбидной патологией, полипрагмазией и/или кардиальной автономной нейропатией представляют группу с очень высоким риском сердечнососудистых осложнений, ассоциированных с гипогликемией. Цели гликемического контроля должны быть адаптированы к риску гипогликемии с приоритетом устойчивого гомеостаза глюкозы без резких колебаний. У пожилых с СД риск развития ФП составляет > 20%. При уровне глюкозы в крови < 3 ммоль/л более 30 минут удлинение интервала QT и желудочковой тахикардии ассоциируется с повышенным риском фибрилляции желудочков и внезапной смерти, а желудочковые аритмии и ФП значительно увеличивают смертность у пациентов с сердечной недостаточностью. Быстрые колебания уровня гликемии со средней амплитудой (MAGE) > 5 ммоль/л способствуют уязвимости электрической стабильности сердца, особенно у пацимами, судорог и обострения хронических заболеваний, таких как когнитивная дисфункция и кардиоваскулярные события, ведущие в том числе к летальному исходу.

Опасность развития гипогликемии остаётся ключевым препятствием для контроля СД у пациентов пожилого возраста. Многочисленные исследования указывают на прямую корреляцию между частотой гипогликемии и нарушением когнитивной функции, которая может препятствовать способности к самообслуживанию, необходимой для управления СД. Исследование 563 пожилых людей показало, что познавательная функция в значительной степени ассоциируется с уровнем HbA1c. Увеличение показателя исполнительной функции на одну единицу напрямую коррелирует со снижением уровня HbA1c. Изучение влияния лечения СД на когнитивные функции у 3421 пациента пожилого возраста без деменции СД показало, что их производительность во многих областях функций познания ниже, чем у пациентов без СД; у больных СД отмечался более низкий общий суммарный балл для сводного показателя когнитивной функции.

Наблюдательное исследование, проведённое в Нидерландах, сравнивало долю пациентов с СД-2, которые достигают целевых показателей HbA1c, систолического артериального давления (АД) и холестерина липопротеинов низкой плотности (ЛПНП), исходя из двух различных подходов. Из 890 пациентов (54,7% мужчин, средний возраст 62,7 года) 31,8% имели хороший метаболический контроль в соответствии с индивидуализированным подходом и 24,8% - в соответствии с подходом «один размер подходит всем» (т.н. голландский подход). Для конкретных подгрупп персонализация лечения привела к увеличению на 5,2, 27,3 и 45,6% количества пациентов, достигших целевых уровней ЛПНП, HbA1c и систолического АД соответственно. Чётко определённый и относительно простой индивидуальный подход привёл к увеличению доли пациентов с СД-2 с хорошим кардиометаболическим контролем, который представляется особенно полезным для пациентов в возрасте свыше 70 лет.

За последние несколько лет различные международные организации предложили ряд рекомендаций по определению целей терапии (основанных, как правило, на уровне HbA1c) у пациентов с СД-2 и постулировали необходимость индивидуализировать эти цели у пожилых. Хотя рекомендации различаются по жёсткости их требований и концептуальных основ, существует общее мнение, что потенциальные выгоды от достижения гликемического контроля для отдельного человека должны быть сбалансированы с риском гипогликемии, с учётом клинических и функциональных характеристик пациента.

Современные рекомендации по лечению СД у пожилых пациентов, разработанные Американской диабетической ассоциацизначения HbA1c < 7,5%. Для ослабленных больных, у которых ожидаемая средняя продолжительность жизни составляет < 5 лет, и людей, у которых риски жёсткого гликемического контроля перевешивают выгоды, разумный уровень HbA1c представлялся в диапазоне менее 8,5%. Эти новые принципы признали клиническую и функциональную гетерогенность данной популяции пациентов и заменили более строгие правила контроля СД-2 у пожилых людей, опубликованные в 2003 г. Американским гериатрическим обществом. Осуществление руководящих принципов у немощных пожилых пациентов с СД в конечном счёте привело к резкому повышению гликемического контроля и снижению частоты гипогликемии. Тем не менее риск гипогликемии, связанный с госпитализацией в отделение неотложной помощи, возрос более чем в 2 раза на ранней стадии внедрения рекомендаций.

Руководство Департамента по делам ветеранов Минобороны США предлагает подход к стратификации риска, основанной на физиологическом возрасте пациента или наличии и выраженности у него микрососудистых осложнений и сопутствующих заболеваний. Эти принципы предполагают следующие цели: уровень HbA1c < 7% для пациентов с ожидаемой продолжительностью жизни > 10 лет без серьёзных сопутствующих заболеваний и отсутствием тяжёлых микрососудистых осложнений; показатель HbA1c < 8% для больных с ожидаемой продолжительностью жизни 5-10 лет и умеренной коморбидностью, если микрососудистые осложнения отсутствуют; показатель HbA1c 8-9% при ожидаемой продолжительности жизни < 5 лет и наличии тяжёлых микрососудистых осложнений.

F.Ismail-Beigi и соавт. (2011), опубликовав результаты клинических исследований, предложили индивидуальные гликемические цели у пожилых людей с СД-2. Авторы пришли к выводу, что наиболее интенсивный гликемический контроль возможен у пациентов, имеющих высокую мотивацию, являющихся приверженцами строгого достижения целей и обладающих отличными возможностями самообслуживания и самоконтроля. Менее строгий уровень контроля гликемии (HbA1c ~ 8%) должен быть ориентирован на пациентов, которые не столь мотивированы и ассоциируются с ограниченным пониманием, плохими возможностями ухода за собой и слабой социальной поддержкой.

Международная ассоциация геронтологии и гериатрии, Рабочая группа Европейской ассоциации по изучению СД пожилых людей, а также Международная группа экспертов в области СД опубликовали рекомендации лечения СД у пожилых с чётким акцентом на избежание гипогликемии (2012). Хотя была предложена цель держать уровень HbA1c в диапазоне 7,0-

(Окончание на стр. 8-9.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

7,5%, окончательный результат должен зависеть от клинических проявлений заболевания. Для снижения риска развития гипогликемии ни один пациент не должен иметь уровень глюкозы в крови натощак менее 6,0 ммоль/л, а уровня гликемии ниже 5 ммоль/л следует строго избегать. Кроме того, сахароснижающая терапия не должна быть инициирована при уровне постпрандиальной гликемии ≥ 7 ммоль/л.

К.Мајог и соавт. (2013) привели весомые доказательства пользы физических упражнений у пожилых людей, демонстрируя лучшую компенсацию заболевания у наиболее активных пациентов и рекомендуя пересмотреть терапевтические цели у пожилых больных СД, особенно с когнитивными нарушениями или деменцией, где значение от 8 до 9% для HbA1c представляется неплохим компромиссом.

Лечение СД-2 у пожилых

Поскольку население в целом во всём мире стареет, эффективное и безопасное лечение пожилых больных СД-2 представляется всё более важным в клинической практике. До начала сахароснижающей терапии должны тщательно оцениваться функциональные, психические и гериатрические расстройства у пациентов с последующим регулярным контролем.

Относительная скудность материалов о фармакотерапии СД-2 у пожилых вызывает необходимость выработки клинических рекомендаций по их лечению, так как большинство руководств не включают в себя конкретных инструкций о приоритетах коррекции у них углеводного обмена.

Наличие множества сопутствующих заболеваний у пожилых и опасность интенсивной терапии СД нередко перевешивают ожидаемые выгоды. Ретроспективное исследование S.Deletre (2016) 257 больных СД, госпитализированных в гериатрическую клинику, показало у них крайне высокую частоту полипрагмазии и свидетельствует о необходимости пересмотреть практику в отношении определения индивидуальных целей лечения.

Поиск публикаций в базе PubMed с 1947 по 2013 г. с использованием ключевых слов «гериатрия», «пожилой возраст», «СД-2», включающий оригинальные исследования, клинические обзоры и рекомендации, показал, что существует ряд предложений по достижению гликемических целей у большинства пожилых с СД-2 без коморбидной патологии, однако необходимы менее жёсткие принципы, например у пациентов с ограниченной продолжительностью жизни и эпизодами тяжёлой гипогликемии.

Большинство пожилых с СД-2 с мультиморбидной патологией имеют серьёзные функциональные ограничения. Полипрагмазия у таких пациентов – явление частое и опасное. В частности, при проведении сахароснижающей терапии должны быть тщательно взвешены риски, ассоциированные с гипогликемией и наличием коморбидных заболеваний. У таких пациентов метформин и глиптины являются препаратами первой линии; лечение аГПП-1 и аналогами инсулина также может расширить спектр терапии.

Требования к пероральным сахароснижающим препаратам (ССП) у пожилых больных СД-2: минимальный риск гипогликемии, отсутствие нефро-, гепато- и кардиотоксичности, отсутствие взаимодействия с другими препаратами, удобство применения. Метформин не ограничений по возрасту при условии его применения с учётом противопоказаний (скорость клубочковой фильтрации $(CK\Phi) < 45 мл/мин/1,73 м², сердечная$ недостаточность III-IV, острый коронарный синдром). Предпочтение имеют препараты из группы иДПП-4 как наиболее безопасные в отношении развития гипогликемии и возможности применения при любой стадии хронической болезни почек. Препараты СМ пожилым больным следует назначать с осторожностью из-за увеличения риска гипогликемии по мере старения; приём СМ начинают с доз, вполовину меньших, чем в более молодом возрасте; гибенкламид не рекомендован лицам старше 60 лет (рекомендация ВОЗ, 2012). ИSGLT2 применяются с осторожностью, их не следует применять с диуретиками вследствие опасности развития гиповолемии и ортостатической гипотонии. Тиазолидиндионы (ТЗД) пожилым пациентам не показаны.

P.Bramlage и соавт. (2012) изучали особенности лечения препаратами СМ у пожилых пациентов. В целом у 10,7%

из них отмечались гипогликемии любой степени тяжести в течение 12 месяцев до включения в исследование, наблюдались более высокая частота гипогликемии у пожилых после корректировки значений HbA1c, гликемии натощак и постпрандиальной. Это оказалось особенно значимо для эпизодов гипогликемии, протекающих бессимптомно. В многофакторной модели развития инсульта/транзиторной ишемической атаки, наличия сердечной недостаточности, клинически значимой депрессии именно применение СМ было ассоциировано с эпизодами гипогликемии. У пациентов пожилого возраста отмечается повышенный риск развития гипогликемии даже при сопоставимом с молодыми пациентами гликемическом контроле. Авторы полагают, что бессимптомную гипогликемию не следует брать в расчёт как неиграющую значимой клинической роли, но подтверждающую дисбаланс вегетативной нервной системы.

Метформин представляет собой препарат первой линии сахароснижающей терапии, редко ассоциирующийся с развитием гипогликемии. Когда адекватный контроль глюкозы требует его сочетания с другими пероральными ССП или альтернативной монотерапии, применение иДПП-4, аГПП-1, иSGLT-2 или аналогов инсулина может оказаться предпочтительнее СМ или традиционных инсулинов.

Распространённость СД-2 увеличивается с возрастом, достигая 30% у людей старше 75 лет. Приоритетом лечения является избегание гипогликемии, учитывая повышенный риск её развития у таких больных - это ситуация, в которой выгода интенсивного гликемического контроля практически отсутствует, таким образом, профилактика побочных эффектов лечения становится на первое место, и цели гликемического контроля должны быть менее строгими, чем в общей популяции (уровень HbA1c > 7%), а сахароснижающие препараты должны обладать низким риском развития побочных эффектов и хорошей переносимостью. ИДПП-4 особенно подходят этой возрастной группе при использовании в комбинации с метформином или в качестве препарата первой линии, если метформин противопоказан.

Преимущества интенсивного гликемического контроля должны соотноситься с сопутствующими рисками. Пальму первенства в лечении СД у пожилых пациентов следует отдать иДПП-4, аГПП-1 и ингибиторам SGLT-2, которые эффективно понижают уровень гликированного гемоглобина, обладают низким риском гипогликемии и имеют нейтральный или отрицательный эффект на массу тела.

Существуют клинические аспекты, затрудняющие лечение СД у пожилых, имеющих когнитивные расстройства, инвалидность и различные гериатрические синдромы. У пожилых людей для достижения адекватного метаболического контроля требуется усиление уже существующей полипрагмазии, что ассоциируется с риском развития побочных эффектов, связанных с метаболизмом лекарственных препаратов при возрастных изменениях.

В настоящее время 42% населения США в возрасте 65 лет и старше страдают СД. Целью проведённого F.Germino (2011) обзора было обсуждение эффективности и переносимости v них терапии СД-2. Проведён поиск в базах данных PubMed и EMBASE с 1977 по 2010 г. с использованием ключевых слов «гериатрические пациенты», «пожилой возраст», «СД», названий ССП, в который включались статьи с результатами клинических исследований, обзоров или метаанализов. У исследуемых отмечалось снижение уровня HbA1c в диапазоне от 0,6 до 2%, при этом наблюдались различные нежелательные явления (НЯ) для метформина, ТЗД, СМ, глинидов и аГПП-1. Распространённость гипогликемии высока у секретагогов: СМ и глинидов (20% для глибенкламида или глипизида, 16% для репаглинида). Лечение ТЗД ассоциировалось с повышенным риском развития сердечной недостаточности по сравнению с другими пероральными ССП. Неблагоприятные желудочно-кишечные события чаше встречались при лечении метформином (38% больных). Лечение лираглутидом и эксенатидом ассоциировалось со снижением массы тела ~ 3 кг и низким риском развития гипогликемии (4% у экзенатида . в дозе 10 мкг; ~ 5% у лираглутида в дозировках 1,2 или 1,8 мг).

Ретроспективное исследование, проведённое H.Fu с соавт. (2012), оценивало частоту применения 4 наиболее часто назначаемых ССП и их эффективность в течение 2 лет после инициации терапии. В США изучалось использование инсулина, СМ, аГПП-1 и иДПП-4 с акцентом внимания на больных с СД старше 65 лет, хотя более молодые также включались с целью сравнения. Критериям включения отвечали 77 440 пациентов. У пожилых отмечался хороший гликемический контроль при инициировании терапии по сравнению с более молодыми. Большей части больных пожилого возраста назначали СМ (56%) и инсулин (34%) по сравнению с аГПП-1 (3,4%) и иДПП-4 (12%), несмотря на связанный с этим риск развития гипогликемии. Пациенты, у которых инициировалось лечение инсулином и СМ, продемонстрировали более устойчивый гликемический контроль по сравнению с пациентами, которым назначались аГПП-1 и иДПП-4. Большинству пожилых с СД-2 была начата терапия СМ и инсулином при относительно низких уровнях HbA1c; эта практика не полностью согласуется с опубликованными рекомендациями.

Существует много факторов, осложняющих лечение СД у пожилых, в том числе когнитивные расстройства, инвалидность и гериатрические синдромы, такие как остеопороз, недержание мочи и боли. В представленном A.Abbatecola с соавт. (2008) обзоре обсуждались эффекты старения на метаболический контроль у по-. жилых пациентов с СД-2 с акцентом внимания на современные методы лечения. В частности, отмечалась эффективность и безопасность аГПП-1 и иДПП-4 в виде монотерапии или в комбинации с другими пероральными препаратами. Существуют убедительные доказательства того, что использование иДПП-4 даёт неоспоримые преимущества в лечении пожилых людей. Клинические данные свидетельствуют о том, что иДПП-4 вилдаглиптин и ситаглиптин особенно подходят для ослабленных пожилых пациентов из-за хорошей переносимости препаратов, они не имеют желудочно-кишечных НЯ, наблюдаемых у метформина и ингибиторов альфа-глюкозидазы и обладают низким риском гипогликемии.

Исследования инкретиновой терапии позволяют предположить, что получающие её пожилые пациенты могут достичь аналогичных терапевтических целей, что и молодые, при этом сохраняется крайне низкий риск гипогликемии.

В Испании почти треть людей старше 75 лет страдают СД-2, и лишь в 10% случаев СД у них диагностирован. М. Fernández, изучив данную популяцию (2014), полагает, что иДПП-4 являются препаратами выбора у пожилых вследствие низкого риска гипогликемии и безопасности, но перед началом лечения наряду с функциональным и когнитивным статусом пациента необходимо оценивать соотношение риска и пользы.

Существуют различия в эффективности аГПП-1 и иДПП-4. Проведённый метаанализ рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих лечение плацебо- и инкретиновой терапии, показал, что большее снижение уровня HbA1с отмечается при лечении аГПП-1, чем при иДПП-4. Лечение аГПП-1 приводит к большему снижению массы тела по сравнению с иДПП-4, что ассоциируется с большей удовлетворённостью пациентов, а оба вида терапии обладают низким риском развития гипогликемии.

Целью обзора, представленного S.Halimi соавт. (2010), являлось изучение проблем управления СД-2 у пожилых с акцентом на профилактику гипогликемии и оценка роли в этом иДПП-4 вилдаглиптина. Поиск в базе данных PubMed, проведённый с 2003 по 2010 г., показал, что снижение уровня HbA1c во время терапии у пациентов пожилого возраста является не менее эффективным по сравнению с более молодыми и достигается с минимальным риском развития гипогликемии. СД-2 у пожилых ассоциирован с относительной гиперглюкагонемией и высокой постпрандиальной гликемией, но лечение вилдаглиптином устраняет оба этих дефекта. Вилдаглиптин улучшает способность альфа- и бета-клеток адекватно реагировать на изменения уровня глюкозы в плазме крови. В условиях гипергликемии это приводит к снижению секреции глюкагона и постпрандиальных экскурсий глюкозы крови, при этом в условиях низкого уровня глюкозы хорошо сохраняется защитный ответ глюкагона.

I. Таsci и соавт. (2013) провели проспективное наблюдательное исследование небольшой группы лиц пожилого возраста

(n = 10), которые получали терапию вилдаглиптином в дозе 50 мг два раза в сутки в комбинации с метформином, с целью изучения у них когнитивной функции. За средний период наблюдения 11 месяцев существенных изменений когнитивной функции у них выявлено не было.

Рандомизированное плацебоконтролируемое 24-недельное исследование линаглиптина в дозе 5 мг в сутки у 241 больного СД-2 в возрасте старше 70 лет с недостаточным контролем лечения метформином, СМ и/или инсулином. проведённое A.Barnett с соавт. (2012), продемонстрировало среднее снижение уровня НbА1с на 24-й неделе до -0,64% Хотя гипогликемия в группе линаглиптина выявлялась чаще, чем в группе плацебо (24,1 против 16,5% соответственно), разница не оказалась статистически значимой. Эпизоды гипогликемии отмечались преимущественно у пациентов, получающих терапию инсулином и/или СМ. Таким образом, добавление линаглиптина оказалось эффективным у пожилых пациентов с неадекватно контролируемым СД-2; тем не менее при комбинации линаглиптина с инсулином или СМ необходимо снизить их дозу, чтобы уменьшить риск гипогликемии.

Рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое 24-недельное исследование в параллельных группах оценивало монотерапию ситаглиптином у 206 пожилых пациентов с СД-2. Они получали ситаглиптин в дозе 50 или 100 мг (в зависимости от функции почек) или плацебо. Средний возраст пациентов составил 72 года, средний исходный уровень HbA1c = 7,8%. Среднее изменение уровня HbA1c у пациентов с исходным НЬА1с ≥ 9,0% составило – 1,6%. Средние уровни гликемии быстро снижались после начала терапии, значительное улучшение наблюдалось уже на 3-й день лечения; случаев гипогликемии не регистрировалось, препарат хорошо переносился пожилыми.

Анализ объединённых данных трёх рандомизированных двойных слепых исследований 373 пожилых людей в возрасте старше 65 лет оценивал эффекты ситаглиптина по сравнению с глипизидом или глимепиридом в комбинации с метформином или диетой. Через 30 недель уровни HbA1c и постпрандиальной гликемии уменьшились в обеих группах без какихлибо статистически значимых различий. Тем не менее частота гипогликемии среди пожилых была достоверно ниже в группе ситаглиптина, чем в группе СМ.

При лечении комбинацией ситаглиптин/метформин масса тела пациента остаётся нейтральной, отмечается невысокий риск гипогликемии, но существует риск развития лактацидоза, поэтому метформинсодержащие препараты следует применять с осторожностью у пациентов с заболеваниями печени и лиц в возрасте > 80 лет. Кроме того, у пациентов, принимающих ситаглиптин, должен учитываться риск развития панкреатита.

Эффективность и безопасность саксаглиптина у пациентов в возрасте < 65 лет (n = 351) и лиц в возрасте 65 лет и старше (n = 104) оценивалась в плацебоконтролируемом исследовании препарата, применяемого в качестве монотерапии и в комбинации с инсулином или инсулина с метформином. На 24-й неделе параметры НbA1c, гликемии натощак и постпрандиальной оказались одинаковыми для обеих возрастных групп, эпизодов гипогликемии не отмечалось, пациенты пожилого возраста не прекратили исследование из-за побочных эффектов.

Лечение линаглиптином показало одинаковую эффективность у пожилых по сравнению с молодыми пациентами без существенного риска развития у них гипогликемии. Требования, предъявляемые к коррекции дозы у пациентов с нарушением функции почек, различаются у разных инкретинов, при этом не требуется корректировка дозы у больных с умеренной печёночной недостаточностью.

Почечная недостаточность довольно часто встречается у пожилых пациентов с СД-2 и может способствовать развитию гипогликемии. Многие ССП противопоказаны или требуют корректировки дозы у пациентов с нарушением функции почек. Линаглиптин – единственный иДПП-4, имеющий внепочечные пути элиминации и, следовательно, не требующий какой-либо коррекции дозы у пациентов пожилого возраста с заболеваниями почек. Результаты недавнего исследования, посвящённого оценке эффективности и безопасности линаглиптина у пациентов с

СД-2 в возрасте 70 лет и старше, констатировали безопасность и эффективность препарата.

Обзор клинических вопросов, проведённый С. Triplitt (2012) и посвящённый коррекции гликемии у пожилых пациентов с длительным СД, показал, что, несмотря на частое применение у них инсулина, данные последних лет демонстрируют, что аГПГ-1 могут использоваться в сочетании с ним для пациентов, не достигших гликемических целей, уменьшая дозу вводимого инсулина и обуславливая тем самым низкий риск гипогликемии и возможное снижение массы тела.

Ни экзенатид, ни лираглутид не рекомендуются в качестве первой линии терапии у пожилых пациентов с недостаточным гликемическим контролем. Специальный анализ объединённых данных 16 рандомизированных контролируемых исследований продолжительностью 12-30 недель, которые включали 2067 пациентов с СД-2, получавших экзенатид (10 мг два раза в день сутки), продемонстрировали сопоставимое улучшение гликемического контроля у пациентов в возрасте < 65 лет (n = 1 613), а также у лиц в возрасте 65 лет и старше (n = 454); среднее снижение HbA1c составило -0,9% у молодых пациентов и -1,0% у больных пожилого возраста. Гипогликемия наиболее часто отмечалась среди пациентов, принимавших препараты СМ (возраст < 65 лет - 27.7%: 65 лет и старше - 30.2%). в отличие от больных, не получавших такой терапии (возраст < 65 лет - 4,0%; 65 лет и старше - 1,2%).

Обобщённый анализ 6 рандомизированных исследований, проведённый B.Bode (2011), сравнил эффекты лираглутида (1,2 или 1,8 мг) и плацебо у пациентов с СД-2 в возрасте < 65 лет (n = 2 231) и больных в возрасте старше 65 лет (n = 552). После 26 недель лечения лираглутидом пациентов в возрасте 65 лет и старше уровень HbA1c снизился на 1,35% при дозе 1,8 мг и на 1,32% при дозе 1,2 мг по сравнению с плацебо (-0,45%). У пациентов < 65 лет уровень HbA1c снизился на -1,39% и -1,31% соответственно, в то время как у пациентов, получавших плацебо, – на 0,21%. Лираглутид снижал постпрандиальную гликемию в обеих дозировках для обеих возрастных групп по сравнению с плацебо. Доля пациентов с лёгкой гипогликемией (уровень глюкозы в плазме < 56 мг/л) была низкой (4-15%) и в целом сопоставима для обеих групп, получающих лираглутид. Из 6 пациентов, сообщивших о развитии тяжёлой гипогликемии, все были старше 65 лет и получали лираглутид в дозе 1,8 мг в дополнение к СМ.

Данные 6 рандомизированных плацебоконтролируемых исследований 3-й фазы оценивали эффективность и безопасность аГПП-1 ликсисенатида (20 мг/сутки) у 379 больных в возрасте 65 лет и старше. Во всех исследованиях наблюдалось сопоставимое снижение уровня HbA1c у пациентов в возрасте < 65 лет. Частота симптоматической гипогликемии варьировала в зависимости от фонового лечения и была сопоставима между ликсисенатидом и плацебо; не наблюдалось значимых различий между молодыми пациентами и лицами в возрасте 65-75 лет.

Неоднозначные, а порой и противоречивые данные существуют в отношении применения пиоглитазона (ПИО) у пожилых больных. Анализ, проведённый R.Raiagopalan с соавт. (2006), для оценки влияния моно- и комбинированной терапии ПИО на показатели углеводного и липидного обмена у пациентов в возрасте 65 лет и старше с СД-2 в течение года основывался на результатах 4 многоцентровых рандомизированных двойных слепых исследований в параллельных группах. В них включались пациенты в возрасте до 75 лет с плохо контролируемым СД-2, значение HbA1c исходно составило от 7,5% до 11,0%, также регистрировался стабильный или ухудшившийся гликемический контроль в течение не менее 3 месяцев. Определялись уровни HbA1c, глюкозы в плазме натощак и параметры липидов (холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП), холестерин ЛПНП, триглицериды (ТГ), общий холестерин (ХС), соотношение ХС/ЛПНП, а также свободные жирные кислоты (СЖК)). Исследовались данные 891 пациента пожилого возраста (69,1-69,8 лет): 282 получали ПИО, 123 метформин, 142 - СМ, 105 - СМ + ПИО, 107 – СМ + метформин, 63 – метформин + ПИО и 69 - метформин + СМ. Через 52 недели лечения скорректированное среднее значение ЛПНП при монотерапии составило 17,95% (1,11) для ПИО, 10,71% (1,70) для метформина, 5,17% (1,51) для СМ. Для

комбинированной терапии скорректированный средний процент изменения ЛПНП составил 16,77% (1,84) при терапии СМ + ПИО по сравнению с 7,87% (1,75) для СМ с метформином и 16,34% (2,34) для комбинации метформин + ПИО по сравнению с 0,11% (2,19) для комбинации метформин -СМ. Скорректированные изменения ЛПНП при монотерапии составили 7,00% (1,28) для ПИО, -0,68% (1,91) для метформина и -6,77% (1,73) для СМ. Для комбинированной терапии скорректированное среднее процентное изменение ЛПНП оказалось статистически значимо для комбинации метформин + ПИО по сравнению с терапией меформин + СМ (13,62% (2,69) против - 4,32% (2,58) соответственно). Скорректированное среднее процентное изменение для ТГ было статистически значимо для комбинации метформин + ПИО по сравнению со схемой метформин + СМ (-10,93% (4,44) против 8,37% (4,15) соответственно). Скорректированные изменения среднего процента для ХС при монотерапии составили 6,16% (0,88) для ПИО, -1,77% (1,35) для метформина и -6,90% (1,19) для СМ. Для комбинированной терапии скорректированное среднее изменение для ХС составило 2.67% (1.45) для терапии СМ + ПИО по сравнению с -1,40% (1,39) для комбинации СМ + метформин и 7,89% (1,85) для комбинации метформин + ПИО по сравнению с -1.19% (1,73) для комбинации метформин + СМ. Различия в соотношении ХС: ЛПНП между группами не были существенными. Скорректированные средние изменения уровня СЖК при монотерапии составили -0,14 (0,02) ммоль/л для ПИО, -0,001 (0,03) ммоль/л для метформина и -0,07 (0,02) ммоль/л для СМ. Для комбинированной терапии скорректированное среднее изменение уровня СЖК оказалось статистически значимо при комбинации СМ + ПИО по сравнению с терапией СМ + МЕТ (-0.12 (0.03) против 0.06 (0.03) ммоль/л).Монотерапия ПИО ассоциировалась с низкой частотой гипогликемии (1,4%) среди 7 групп лечения. Группа СМ + ПИО имела самый высокий уровень прироста массы тела (4,8%). Частота смертельных случаев составила < 2% во всех группах; неблагоприятных событий, связанных со смертью и ассоциированных с исследуемым препаратом, не отмечалось. Во всех исследованиях ПИО эффективно воздействовал на гликемические и липидные параметры в течение 52 недель и хорошо переносился больными; эти эффекты были сопоставимы с таковыми в общей популяции. Ингибиторы SGLT-2, блокирующие

Ингибиторы SGLI-2, блокирующие реабсорбцию глюкозы в почках и увеличивающие выделение глюкозы с мочой, также обладают низким риском развития гипогликемии. Общим неблагоприятным эффектом uSGLT-2 является увеличение числа инфекций урогенитального тракта, следовательно, необходима особая осторожность у пожилых пациентов с повышенным риском таких инфекций и недержанием мочи.

Рандомизированное двойное слепое плацебоконтролируемое 26-недельное клиническое исследование 3-й фазы показало эффективность и хорошую переносимость лечения канаглифлозином 716 пациентов возрасте 55-80 лет с СД-2. Лечение канаглифлозином в дозе 100 и 300 мг снижало уровень HbA1c за 26 недель (-0,60, -0,73 и -0,03% соответственно) по сравнению с плацебо. Канаглифлозин в любой дозировке снижал массу тела, постпрандиальную гликемию и систолическое АД. Тем не менее обе дозы канаглифлозина ассоциировались с более высокой частотой инфекций мочевыводящих путей, в том числе грибковых, а также документально подтверждённой гипогликемией по сравнению с плацебо. Для пациентов, получавших канаглифлозин в дозе 100 мг, генитальные грибковые инфекции регистрировались у 3,2% мужчин и 15,4% женщин по сравнению с 0% мужчин и 2,1% женщин в группе плацебо. У получавших препарат в дозе 300 мг это НЯ было зарегистрировано у 6,2% мужчин и 11,2% женщин.

С ростом мониторинга гликемии у пожилых людей отмечается высокий риск развития осложнений, включая ятрогенную гипогликемию. D.Graillot с соавт. (2012) полагают, что у таких пациентов инсулинотерапия должна быть предпочтительной.

Инсулин является наиболее эффективным сахароснижающим препаратом при правильном подборе дозировки, но наблюдается общая тенденция к его осторожному использованию во всех возрастных группах, в том числе у пожилых людей. Последние данные свидетельствуют о том, что пациенты, ведущие активный об-

раз жизни в возрасте 70 лет и старше, могут достичь того же уровня гликемии при лечении инсулином, что и молодые. Аналоги инсулина предпочтительнее человеческого инсулина, так как имеют более мягкий фармакокинетический профиль и ассоциированы с более низкой частотой гипогликемии. Совокупный анализ данных 5 рандомизированных контролируемых исследований с участием 2695 пациентов с недостаточным контролем СД-2 пероральными ССП позволяет предположить, что добавление инсулина гларгин улучшало показатели HbA1c и гликемии натощак по сравнению с инсулином НПХ у пациентов в возрасте 65 лет и старше, в то время как у более молодых пациентов аналогичные результаты наблюдались при лечении обоими видами инсулина. В целом у пожилых людей, получающих инсулин гларгин и НПХ, частота ночной (но не дневной) или тяжёлой гипогликемии была достоверно выше по сравнению с молодыми. Хотя пациенты в возрасте моложе 65 лет, получавшие гларгин, имели более низкую частоту ночной и тяжёлой гипогликемии по сравнению с получавшими инсулин НПХ, различий в её частоте среди пациентов старше 65 лет не отмечалось.

Анализ 3 рандомизированных открытых исследований продолжительностью 22-26 недель, в которых приняли участие 1296 пациентов с плохо контролируемым СД-2, получавших инсулины детемир и НПХ, разделённых на группы до и старше 65 лет, показал, что средние изменения уровней НБА1с и постпрандиальной гликемии были схожими для обеих возрастных групп. Относительный риск гипогликемии был значительно ниже для получающих детемир, но относительный риск ночных гипогликемий был статистически достоверно ниже для пациентов в возрасте младше 65 лет, получающих детемир.

При применении инсулинов ультрадлительного действия в клинической практике отмечается достоверно более низкий риск гипогликемии, чем у получающих базальные аналоги инсулина, что является предпочтительным для пациентов пожилого возраста. В частности, инсулин деглудек демонстрирует стабильный эффект снижения уровня гликемии при введении раз в сутки. «Гладкие» фармакокинетические и фармакодинамические профили инсулинов ультрадлительного действия могут уменьшить частоту и амплитуду колебаний глюкозы, тем самым снижая частоту и тяжесть приступов гипогликемии. Результаты рандомизированного открытого исследования 3-й фазы и метаанализа позволили предположить, что инсулин деглудек позволяет достичь лучшего гликемического контроля по сравнению с инсулином гларгин и более низкой частоты ночной гипогликемии. Метаанализ 7 рандомизированных открытых исследований 3-й фазы инсулина деглудек у пациентов в возрасте старше 65 лет с СД-1 или СД-2 подтвердил, что частота ночных гипогликемий оказалась существенно ниже (на 35%) у пациентов, получавших деглудек, по сравнению с больными, принимавшими гларгин, что побудило как пациентов, так и врачей осуществлять жёсткий целевой контроль гликемии. Инсулин леглулек хорошо переносится и может представлять собой важный компонент лечения пациентов пожилого возраста.

Пожилые отличаются относительной неспособностью переносить неблагоприятные эффекты пероральных противодиабетических средств. Клинические данные показывают, что применение препаратов СМ связано с большим риском развития гипогликемии, в то время как ингибиторы метформина и альфа-глюкозидазы связаны с повышенным риском развития побочных желудочно-кишечных эффектов.

Обзор баз данных MEDLINE, проведённый в период с января 1966 по сентябрь 2009 г. с использованием таких ключевых слов, как «СД-2», «пожилые», «гериатрия», «лечение» и названий всех ССП, в который включались данные метаанализов, рандомизированных контролируемых исследований лечения, а также основанные на фактических данных экспертные мнения, показал следующее. У пациентов с избыточным весом метформин был связан со снижением риска смертности от всех причин и инсульта по сравнению с инсулином и СМ. Тем не менее пожилые пациенты с гипотрофией или недостаточной массой тела и застойной сердечной недостаточностью, почечной или печёночной недостаточностью или обезвоживанием не подлежат терапии метформином. У пожилых по сравнению с молодыми риск развития гипогликемии при терапии стимуляторами секреции инсулина увеличивается на 36%, однако он уравновешивается обширным клиническим опытом применения этих препаратов у гериатрической когорты. Лечения ТЗД следует избегать у пациентов с хронической сердечной недостаточностью, они абсолютно противопоказаны при её классах 2-4, ассоциируются с периферическими отёками и уменьшением минеральной плотности костной ткани у женщин. Эффективно использование иДПП-4, хотя требуется коррекция дозы у страдающих почечной недостаточностью. На практике серьёзные желудочно-кишечные побочные эффекты ограничивают применение ингибиторов альфа-глюкозидазы. Существуют немногочисленные данные о применении экзенатида у пожилых, который представляется полезным у пациентов с ограниченной подвижностью и избыточной массой тела и не рекомендуется для больных с пониженной массой тела и клиренсом креатинина < 30 мл/мин. Большинству пациентов в конечном счёте требуется назначение инсулина, хотя из-за риска развития гипогликемии и связанных с ней заболеваний лишь осторожное его использование является оправданным.

Для того чтобы оценить и сравнить риск НЯ, связанных с использованием метформина, СМ и ТЗД у пациентов в возрасте 65 лет и старше в реальных условиях, C.V.Asche и соавт. (2008) изучили электронную базу данных за период с 1996 по 2005 г. Пациенты, получавшие пероральные ССП, наблюдались в течение 395 дней после начала терапии метформином, СМ или ТЗД. Анализировались НЯ, а также ассоциированные с ними риски, которые оценивались и корректировались с учётом исходных характеристик. В общей сложности в исследовании приняли участие 5438 пациентов (средний возраст 73,2 года, 56,1% женщин). В течение периода наблюдения 12,5% пациентов имели НЯ (8,3% на метформине, 13,9% на СМ и 19,8% на ТЗД). Получавшие СМ и ТЗД оказались более склонны испытывать НЯ, чем получавшие метформин. Среднее время развития НЯ для метформина (175 дней) было меньшим, чем для СМ или ТЗД (192 и 201 день соответственно). Наиболее распространёнными НЯ стали боли в животе при терапии метформином (42,3%) и увеличение веса > 4,5 кг для СМ (63,2%) и ТЗД (68,2%). Гипогликемия развилась в 2,6 и 2,2% у получающих СМ и ТЗД. У гериатрических пациентов в реальных условиях отмечался ряд НЯ на терапии метформином, СМ и ТЗД, но показатели отличались от полученных в клинических исследованиях, в частности в отношении увеличения веса и развития гипогликемии. Лактацидоз отмечался в большем проценте случаев у получающих метформин в сравнении с данными клинических исследований; в отношении болей в животе, диареи, тошноты, рвоты и расстройства желудка результаты оказались одинаковыми. НЯ, связанные с терапией СМ, оказались в том же диапазоне, что и в клинических исследованиях в отношении увеличения веса, но встречались реже в отношении гипогликемии, головокружений и головных болей. НЯ, связанные с терапией ТЗД, в представленном анализе встречались чаще, чем в клинических исследованиях, и с той же частотой в отношении увеличения веса и повышения активности печёночных ферментов, но реже для гипогликемии и отёков.

Таким образом, терапевтические цели лечения пожилых пациентов с СД-2 остаются до конца не отработанными. типогликемические состояния однозначно представляют наибольшую опасность у таких людей. Мы полагаем, что пожилых пациентов, исходя из поставленных целей, следует разделить на 2 группы: больных с интенсивным гликемическим контролем, имеющих удовлетворительные возможности самообслуживания и самоконтроля. и пациентов с низкой социальной мотивацией. Второй вариант - оценка состояния, исходя из ожидаемой продолжительности жизни больного и наличия макро- и микрососудистых осложнений, коморбидной патологии и полипрагмазии. Предпочтение следует отдать инкретиновой терапии и аналогам инсулина ультрадлинного действия, наиболее полно отвечающим вопросам эффективности и безопасности у пожилых больных.

> Леонид МОРГУНОВ, профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова.

Происхождение названия болезни связано с греческим словом «псоро», означающим «зуд». Псориаз – системное аутоиммуное заболевание кожи, ведущее к ранней инвалидизации и невозможности вести полноценный образ жизни. В прошлые века заболевание называли чешуйчатым лишаём и пытались лечить исключительно местными средствами, что оказалось малоэффективным.

Сегодня подходы к лечению псориаза существенно изменились. На Всероссийских дерматологических чтениях, приуроченных к Всемирному дню борьбы с псориазом, рассматривались важнейшие проблемы отрасли, в частности перспективы применения при лечении псориаза так называемой биологической терапии — инновационных генноинженерных препаратов, проходящих клиническую апробацию во всём мире.

По словам доктора медицинских наук профессора Ларисы Кругловой, препараты, имеющие высокий профиль безопасности, работают по принципу таргетной терапии. В ряде случаев они позволяют добиться стойкой ремиссии, которая длительно сохраняется даже при их отмене.

– Сегодня мы не можем полностью излечить псориаз, поскольку он имеет генетическую компоненту, однако имеем возможность повысить качество жизни пациентов настолько, что они забывают о бремени псориаза, – подчеркнула Л.Круглова.

Как сообщил член правления Санкт-Петербургского научного общества дерматовенерологов им. В.М.Тарновского доктор медицинских наук Константин Монахов, в России с таким диагнозом официально зарегистрировано 320 тыс. человек, но это далеко не полная статистика, потому что некоторые пациенты проходят лечение в частных медицинских

центрах, у кого-то лёгкая степень заболевания, которая ещё не диагностирована, а кто-то лечится дома.

- Хотя мы и не сбрасываем со счетов всех предыдущих наработок, применение новых лекарственных средств для многих пациентов является настоящим спасением, способным вернуть их к полноценной жизни, – сообщил К.Монахов. – Без должного лечения они чувствуют себя изгоями. Не менее трети из них думают о самоубийстве, а попыток суицида среди них в 3-4 раза больше, чем в среднем по популяции.

вает деструктивные изменения суставов и костной ткани. Пациенты испытывают сильные боли, часто не могут передвигаться самостоятельно и оказываются прикованными к инвалидному креслу в дееспособном возрасте. Тяжёлой формой псориаза является также разрушение ногтей – псориатическая ониходистрофия, глубокие поражения кожи и мягких тканей, когда человек не может даже выйти из дома, поскольку имеет отталкивающий внешний вид.

По мнению профессора кафедры кожных и венерических болезней Саратовского государственно-

проводятся, и их первые результаты обнадёживают.

Однако, как отметила Л.Круглова, сегодня генно-инженерную терапию при псориазе по государственным программам в нашей стране получают лишь 2% нуждающихся. Для того чтобы обеспечить препаратами всех, кому это необходимо, нужно пристальное внимание государства, а именно принятие соответствующих законодательных мер и достаточное финансирование.

На сегодня это около миллиона рублей в год на пациента. Казалось бы, немалые деньги. Однако, по

патологии, доктор медицинских наук, профессор Муза Кохан. – Мы должны активно помогать этим людям. Необходимо добиться взаимодействия с пациентами, совместно подобрать эффективные методы лечения и пробудить в них оптимизм, который крайне важен в борьбе с болезнью. Ещё совсем недавно она считалась неизлечимой – сегодня мы надеемся, что это не так».

В ходе работы чтений, помимо псориаза, обсуждались такие актуальные проблемы, как новые возможности изменённого кожного барьера, комплексное лечение

Врач и пациент

Псориаз смертельный зуд

Как можно изменить качество жизни страдающего этим заболеванием?

Л.Круглова уверена: для точной диагностики и адекватного лечения всем врачам-дерматологам нужно обязательно оценивать степень тяжести заболевания и его динамику не на глазок, как до сих пор делают некоторые, а согласно высоковалидному международному индексу PASI, позволяющему оценить состояние пациента и эффективность проводимой терапии объективно.

Большое внимание на чтениях было уделено наиболее тяжёлым формам течения псориаза – псориатическому артриту, который не только поражает кожу, но и вызы-

го медицинского университета им. В.И.Разумовского А.Бакулева, во всех этих случаях биологическая терапия не может стать «волшебной кнопкой», выключающей псориаз, однако её применение порой показывает фантастические результаты.

- Сегодня мы уже знаем, что для полной победы над псориазом нужно воздействовать на шестую хромосому, - рассказала руководитель Центра генно-инженерной биологической терапии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Марианна Хобейш. - Такие исследования

подсчётам экспертов, оплата больничных листов, выплата пенсий по инвалидности и реабилитационные мероприятия обходятся государству в 5-7 раз дороже.

«Бог создал псориаз, чтобы научить дерматологов состраданию», – сказал один из самых авторитетных исследователей этой патологии Томас Фицпатрик. Действительно, душевное и физическое самочувствие пациентов пробуждают такого рода чувства. «Однако сегодня мало сострадать, – полагает заведующая научно-клиническим отделом дерматологии Уральского НИИ дерматовенерологии и иммуно-

дерматозов, детская и подростковая дерматология, в том числе проблемы атопического дерматита и акнэ, а также новые подходы в лечении розацэа и рака кожи.

Состоялись многочисленные тематические семинары и мастерклассы, посвящённые герпетическим инфекциям, рациональной антибиотикотерапии в практике дерматовенеролога, а также роли этих специалистов в сохранении репродуктивного здоровья населения.

Наталия ЛЕСКОВА, внешт. корр. «МГ».

Москва

События

Киото — древняя столица Японии. Более тысячи лет, с 794 и до 1868 г., именно там находилась резиденция императоров Японии, и на историческую сцену вышли самураи, или воины-аристократы, часто небогатые младшие сыновья из знатных родов Японии.

Девиз конгресса – «Определение будущего неврологии». Его посетили более 8600 делегатов из 121 страны – больше, чем на предыдущих форумах. Церемония открытия была яркой и запоминающейся. С приветственным словом выступили наследный принц и его жена.

С пленарными докладами выступили три лауреата Нобелевской премии. В ходе конгресса рассматривались важнейшие современные направления диагностики, лечения и реабилитации больных с дегенеративными, аутоиммунными. наследственными заболеваниями нервной системы, проблемы инсульта, эпилепсии, деменции, в обсуждении которых принимали участие делегаты конгресса. Особое внимание было уделено молекулярно-генетическим методикам исследования основных патологических состояний нервной системы. Под председательством президента Всемирной федерацией неврологии (ВФН) Раада Шакира (Великобритания) состоялся День больного.

В конгрессе приняли участие 70 российских делегатов. Людмила Легостаева (Научный центр неврологии, Москва) посвятила своё выступление длительным бессознательным состояниям. Почти половина из них обусловлена остановкой сердца, более трети – травмами, остальные – инсультами и рассеянным энцефаломиелитом. Было

Самурайский меч и... неврологический молоточек

В Киото состоялся XXIII конгресс Всемирной федерации неврологии



Постерная сессия привлекла большое внимание

выявлено, что диагноз вегетативного состояния часто был необоснован, поскольку на самом деле у таких больных имелось состояние минимального сознания. Галина Одинцова и соавт. (Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург) показали, что половые гормоны играют ведущую роль в патогенезе лекарственной эпилепсии у женщин. Осложнения репродуктивной функции оказались самыми частыми побочными эффектами противоэпилептической терапии.

Иван Кольцов и соавт. (РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва) отметили выраженную обратную корреляцию между уровнем мозгового кровотока и размером гематомы. Полученные данные могут быть использованы для прогноза исходов внутримозговых кровоизлияний. Профессор Ацамаз Калоев и соавт. (Ставропольский госмедуниверситет) представили доклад, посвящённый когнитивным нарушениям в отдалённом периоде ранения, полученного в результате взрыва пехотных мин.

гов можно отметить сообщение Алехандры Гонзалес-Дуартев (Мексика) «Оценка приступов и характеристика ортостатической гипотензии у больных с транстиретиновым амилоидозом». Возраст. стадия заболевания, наличие диаследствие, потеря веса могут расцениваться как предикторы ортостатической гипотензии. В докладе А.Рамоса Тито (Перу) рассмотрена кардиомиопатия Такотцубо (Takotsubo) как проявление тяжёлой вегетативной дисфункции при синдроме Гийена – Барре. Показано, что это заболевание может быть предвестником острых коронарных синдромов. Любопытный доклад «Нейрореспираторная патология - изучение когерентного дыхания» был представлен учёными из Индии. Постоянное наблюдение за функциями внешнего дыхания (спирограмма) позволяет определить начало симпатовагусной дисрегуляции. Исследования показали, что групповые занятия медитацией активируют блуждающий нерв и регулируют когерентное дыхание.

Из работ зарубежных невроло-

Как и на предыдущих подобных конгрессах, научная программа была тесно переплетена с учеб-

ными курсами. Впервые доступ ко всем учебным курсам был бесплатным. Кроме того, впервые программа включала некоторые сессии, прошедшие на японском языке.

Также можно отметить выступление Тарун Дуа из Индии, которая представила второе издание неврологического атласа, созданного совместно с ВФН, показывающее состояние неврологической помощи в разных странах мира. Презентация нашего соотечественника, живущего и работающего в настоящее время в Новой Зеландии, Валерия Фейгина, касающаяся глобальной статистики неврологических заболеваний, показала, что они являются второй по частоте причиной смерти и наиболее частой причиной инвалидности. Эти статистические данные будут влиять на многие аспекты политики, определяющие состояние здравоохранения во всём мире.

Новым президентом ВФН был избран Уильям М.Кэрролл из Австралии, а вице-президентом – Рюдзи Кадзи из Японии.

Дмитрий ЛАБУНСКИЙ, внешт. корр. «МГ», кандидат медицинских наук. Прочно входит в традицию открывать очередную научно-образовательную сессию, ориентированную прежде всего на врачей первичного звена, «Амбулаторный приём» клинико-анатомическим разбором. На этот раз главной темой для оживлённой дискуссии с многочисленной аудиторией мероприятия стала коварная проблема, прочно и глубоко укоренившаяся в жизни россиян, — алкоголизм.

«Среди десятка основных причин смерти по данным ВОЗ за нынешний год нет упоминаний об алкоголе. Случайно ли он не попал в мировую статистику?», – открыл сессию её неизменный лидер, один из ведущих интернистов нашей страны, директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, руководитель Общества «Амбулаторный врач», член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЁРТКИН.

головного мозга. Микроскопически – очаговая демиелинизация, что также косвенно может указывать на длительное токсическое воздействие алкоголя».

Всегда настороже

- Поликлинический терапевт должен хорошо знать клинические маркёры развития цирроза, так как это меняет тактику ведения больного, – прокомментировала описанный случай доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова Елена Вовк. – Это появление признаков портальной ги-

и т.д. Один терапевт ведёт более 1,5 тыс. пациентов, имеет всего 15 минут на приём и должен своевременно заполнять более 30 форм документации. И, к сожалению, становится очевидным. что настоящая модель выявления социально значимых заболеваний в рамках массовой диспансеризации работает недостаточно, отметил А.Вёрткин. – Об этом свидетельствуют страшные цифры летальности от онкологических заболеваний в стационаре, которые попросту были пропущены на ранних стадиях в первичном звене. Терапевт поликлиники всегда должен помнить о факторах риска

 Вопрос лекарственного обеспечения - один из самых сложных. От умения правильно выстроить стратегию медикаментозной терапии зависит, по сути, весь эффект лечения. Одна из важных задач - добиться рационального использования антибактериальных препаратов. Конечно, антибиотики подарили человечеству 30 лет жизни, но в то же время без преемственного отношения врачей стационарного и амбулаторного звеньев к этому классу препаратов в кратчайшие сроки будут достигнуты максимальные показатели резистентности и утрачена группа резерва, что мы подчас и наблюдаем, - констатировала М.Журавлёва. - Среди основных гериатрических проблем (а основной контингент амбулаторных больных – пожилые люди. – Ю.Ш.) обращает на себя внимание проблема падения пациентов. Падение пожилых пациентов не только ведёт к серьёзным травмам, таким как перелом шейки бедра с последующей иммобилизацией и пр., но и является предиктором других тяжёлых состояний и ранней летальности. Это особенно важно помнить при подборе медикаментозной терапии, так как существует ряд препаратов, способствующих увеличению количества падений пациентов старших возрастных

Ещё одной сложной темой, с точки зрения профессора М.Журавлёвой, является хронический болевой синдром. Большинство пожилых людей получают дезагрегантную или антикоагулянтную терапию, и приём нестероидных противовоспалительных препаратов им категорически противопоказан, но зачастую эти люди имеют тяжёлые заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом. О том, как правильно его купировать, должен помнить врач амбулаторного звена. Попрежнему актуальными остаются вопросы, связанные с полипрагмазией у пожилых пациентов. Обычно они получают достаточно большое количество препаратов, и терапевт поликлиники должен учитывать возможности контроля побочных эффектов и взаимодействия лекарственных средств.

Несмотря на то что существует прямая корреляция между развитием тяжёлых нежелательных реакций и количеством принимаемых лекарств, мы продолжаем лечебную тактику и в дальнейшем купируем уже те нежелательные явления, которые возникли в результате наших первичных назначений, – резюмировала М.Журавлёва.

В свою очередь, доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова Олег Талибов сообщил о неоднозначной ситуации, связанной с явлением самарыения у глаждан

самолечения у граждан. - Самолечение - это лечение распространённых проблем со здоровьем средствами, специально разработанными для применения без медицинского наблюдения, которые при таком подходе признаны безопасными и эффективными. И если в 70-х годах прошлого столетия считалось, что самолечение являет собой проблему «загнивающего запада», и в Советском Союзе с этим велась активная борьба, то в наши дни ситуация изменилась. Появилось понятие так называемого ответственного самолечения, когда пациент диагностирует у себя те или иные состояния и принимает решение не обращаться к врачу, а самостоятельно приобрести безрецептурные лекарственные средства. У данной ситуации, безусловно, есть как плюсы, так и минусы. С одной стороны, это снижение нагрузки на врача, с другой риск неблагоприятных эффектов и неправильного лечения болезни, сообщил О.Талибов.

> Юлия ШЕВЧУК, корр. «МГ».

Геноцид, не иначе

- Алкогольный геноцид - это трагедия колоссального масштаба, подчеркнул Аркадий Львович. - До 30% всех смертей в России так или иначе связаны с алкоголем. ВОЗ предупреждает государства об угрозе серьёзных проблем со здоровьем при употреблении свыше 8 л чистого спирта в год на человека. В России на человека в среднем приходится 15 л. Сегодня в результате массового и систематического потребления населением спиртных напитков произошёл патоморфоз многих хорошо изученных заболеваний. Алкоголь влияет на все органы и ткани, изменяя морфологическую картину и клинические проявления болезней, приводит к мультиорганным повреждениям. И наша задача – разобраться в медицинских аспектах данных повреждений.

В этой связи хочется привести цитату знаменитого американского писателя, социалиста и общественного деятеля Джека Лондона: «Алкоголизм — это порождение варварства — мёртвой хваткой держит человечество со времён седой и дикой старины и собирает с него чудовищную дань, пожирая молодость, подрывая силы, подавляя энергию, губя лучший цвет рода людского». С классиком не поспоришь.

Градус тревоги

Клинико-анатомическому разбору подверглась история пациента, который своей короткой жизнью продемонстрировал необратимые полиорганные последствия злоупотребления алкоголем. Так, 45-летний мужчина поступил в тяжёлом состоянии в реанимационное отделение одного из столичных многопрофильных стационаров с направительным диагнозом «Цирроз печени. Желудочно-кишечное кровотечение».

Из анамнеза стало известно, что пациент много лет элоупотребляет алкоголем. По профессии – водитель. Последнее время не работал. Ранее неоднократно госпитализировался в разные стационары по поводу декомпенсации цирроза печени. Последняя госпитализация была месяц назад. Тогда, в связи со скоплением большого количества свободной жидкости в брюшной полости, пациенту был выполнен лапароцентез. Также были выявлены выраженные диффузные изменения и увеличение в размерах печени.

При эзофагогастродуоденоскопии диагностированы смешанный гастрит, дуоденит и грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Варикозное расширение вен пищевода выявлено не было. Рентгенологически отмечалось высокое стояние купола диафрагмы за счёт увеличенной печени. При колоноскопии обнаружены полипы толстой кишки, диагностирован смешанный геморрой. На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика. Пациент был выписан под наблюдение терапевта по месту жительства.

Со слов родственников, на протяжении 2 недель до настоящей госпитализации пациент стал отмечать ухудшение состояния

Экспертный уровень —

В главной роли

Терапевт поликлиники — лицо современного здравоохранения

в виде нарастания отёков, увеличения объёма живота, появления желтухи. За 10 часов до госпитализации появилась рвота с примесью крови. После того как мужчина потерял сознание, родственниками была вызвана бригада «03».

В связи с сопорозным состоянием жалоб пациент не предъявлял. Кожа и склеры желтушные, выраженный акроцианоз. Живот увеличен за счёт асцита. Отмечаются агональное лыхание и нестабильная гемодинамика. ЧСС и АД не определяются. В общем анализе крови - макроцитарная анемия и тромбоцитопения. В биохимическом анализе крови - гипопротеинемия, гипербилирубинемия за счёт увеличения обеих фракций, резкое увеличение ферментов печени, незначительное повышение креатинина.

Исходя из тяжести состояния и нестабильной гемодинамики, были начаты реанимационные мероприятия, которые оказались безрезультатны – констатирован летальный исход. Заключительный клинический диагноз - «Основное заболевание: активный алкогольный цирроз печени, класс С по Чайлд-Пью». Фон: хроническая алкогольная интоксикация - энцефалопатия, кардиопатия, полинейропатия, хронический фиброзирующий панкреатит. Осложнение: портальная гипертензия - асцит, варикозное расширение вен пищевода, портальная гастропатия. Кровотечение из варикозных вен пишевода, гелаторенальный синдром, печёночная энцефалопатия, отёк головного мозга, отёк лёгких. Острая постгеморрганическая анемия. Сопутствующее: тубулярная аденома толстой кишки.

О результатах аутопсии сообщил врач-патологоанатом Андрей Гаврилов: «Макроскопические изменения внутренних органов типичны для больных хроническим алкоголизмом: печень характерного желтушного цвета, увеличена в размерах, с мелким нодулярным рисунком. Имеются признаки варикозного расширения вен пищевода – стенка органа пропитана изменённой кровью. В просвете тонкой кишки - частично свернувшаяся кровь. Хронический индуративный панкреатит. Отёк лёгких. Признаки алкогольной кардиомиопатии - увеличение размеров и расширение всех полостей сердца, гипертрофия миокадра, гипертрофия субэпикардиального жира и интерстициальное ожирение. Селезёнка сокращена вследствие кровопотери. Утолщение мозговых оболочек - косвенный признак алкогольной энцефалопатии. Отёк пертензии - процесса, который сопровождается расширением вен передней брюшной стенки, так называемой головой медузы. Варикозные кровотечения из пищеводных и геморроидальных вен, а также кровотечения из мелких вен желудка, которые зачастую протекают субклинически (т.н. портальная гастропатия. – **Ю.Ш.**), нарастание асцита, централизация кровообращения с формированием стойкой гипотонии. Перестройка обмена веществ с развитием гипогонадизма, гинекомастии у мужчин, гипертиреоза. Как правило, прогрессирующий цирроз печени ведёт к снижению массы тела, дистрофии, имминым нарушениям. Лабора-

торно отмечаются низкий альбумин плазмы крови, низкий протромбин, высокое значение международного нормализованного отношения, увеличение общего билирубина при нормальной щелочной фосфатазе. Также для алкогольного поражения крови характерно развитие макроцитарной (фолиевой и В12-дефицитной) анемии. Об остром цитолизе говорит увеличение печёночных транс-

Разумеется, алгоритм диагностики этих состояний в амбулаторной практике должен быть достаточно чётким. Примечательно, что на сегодняшний день разработаны тесты для выявления лиц с хронической алкогольной интоксикацией. Алкогольные повреждения органов, гепатозы, онкологические и сосудистые заболевания — это основные причины смертности в нашей стране, и раннее выявление таких больных — приоритетная задача амбулаторного терапевта.

- В настоящее время на плечи одного терапевта ложится огромный пласт лечебной работы, диспансеризация, экспертиза нетрудоспособности, противоэпидемические мероприятия, лекарственное обеспечение, санитарно-просветительская работа, санаторно-куротное лечение



Выступает профессор А.Вёрткин

и так называемых красных флагах – малых признаках онкологических заболеваний. Нужно полностью изменить стратегию амбулаторного приёма и проводить скрининг социально значимых, в частности онкологических, заболеваний при каждом обращении пациента к врачу. В то же время и пациент должен готовиться к визиту в поликлинику, заранее формулировать свои жалобы и вопросы с целью минимизации затрачиваемого на приём времени.

Не думай о лекарствах свысока

О роли клинической фармакологии и уменьшении рисков применения лекарственных средств рассказала главный клинический фармаколог Департамента здравоохранения Москвы, заместитель директора центра клинической фармакологии Научного центра экспертизы средств медицинского применения Минздрава России. профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Марина Журавлёва.

Медицинская газета

В Москве состоялся III Всероссийский конгресс лабораторной медицины - одно из самых масштабных научных медицинских мероприятий года, который прошёл при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Департамента здравоохранения Москвы, Министерства промышленности и торговли РФ, а также Международной федерации клинической химии и лабораторной медицины (IFCC). На нём побывал наш внештатный корреспондент.

В «лабораторном городе»

- Конгресс является важнейшим профессиональным мероприятием года в деятельности лабораторного сообщества, подчеркнул профессор кафедры госпитальной терапии с курсом клинической лабораторной диагностики РУДН, член правления Общества неотложной кардиологии, главный специалист по клинической лабораторной диагностике Минздрава России, президент Ассоциации «Федерация лабораторной медицины» Анатолий Кочетов. - Его особенность - в масштабности научной программы, включающей заседание профильной экспертной комиссии Минздрава России по клинической лабораторной диагностике и общее собрание членов Ассоциации специалистов и организаций лабораторной службы.

На конференциях, симпозиумах, секциях конгресса выступают с докладами ведущие специалисты России и зарубежья в сфере лабораторной медицины, и это, несомненно, пополнит профессиональный багаж всех без исключения участников.

Председатель научного комитета конгресса директор лаборатории иммунологии и диагностики «СклифЛаб» НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского профессор Михаил Годков уверен, что современная лабораторная медицина требует от специалистов высокой квалификации и уровня знаний, и такого рода мероприятия помогают решить эту задачу.

Уникальным оказался и сам формат мероприятия. Так, каждый зал, где проводились заседания, на время конгресса получил имя одного из выдающихся российских учёных.

Выставка инновационного медицинского оборудования, проходившая параллельно научной

программе, была оформлена в стиле «лабораторного города» со своими улицами, проспектами, площадями, носящими имена выдающихся деятелей российской и мировой науки, а также кафе и даже концертными площадками. На одной из них студенты медицинского колледжа брали на анализ кровь у всех желающих и тут же, в развёрнутой на площадке биохимической лаборатории, под руководством опытных наставни-

обнаружении спектра патогенных микроорганизмов респираторного тракта, а также о практическом применении молекулярных методов в диагностике инфекций, вызванных стрептококком группы В.

Один из таких стрептококков – бактерия S.agalactiae, имеющая огромное значение в акушерскогинекологической и неонатальной практике. И вот почему:

«Не диагностированная и не вылеченная вовремя патология

и в большинстве других случаев, является молекулярно-генетическая диагностика».

Не менее остро прозвучал доклад руководителя лаборатории молекулярных методов диагностики НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Ольги Шипулиной, посвящённый профилактике рака шейки матки, причиной которого в большинстве случаев, как показывают исследования, становится вирус папилломы

ние возможно, пока оно не зашло слишком далеко и не приняло инвазивных форм, – подчеркнула О.Шипулина.

По её словам, такой скрининг должен быть высокочувствительным и специфичным, а также экономически эффективным. Чем больше выявлено случаев предрака, тем лучше результат, потому что таких женщин можно полностью излечить и вернуть обществу.

Ориентиры —

Умная медицинская техника

Взгляд в её завтрашний день

ков её изучали, выдавая на руки результат.

Охват тем отличался беспрецедентным разнообразием. Это и социально-психологические аспекты лабораторной медицины, и взаимодействие системы здравоохранения с конкретным пациентом, и роль лабораторной диагностики в развитии новых хирургических технологий, и проблемы лабораторной диагностики социально значимых инфекций, таких как ВИЧ или туберкулёз, и вопросы межведомственных взаимодействий лабораторных служб России и многое другое.

За молекулярной диагностикой – будущее!

Огромный интерес вызвал форум молекулярной диагностики, соорганизатором которого стал Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора.

Здесь обсуждались актуальные медицинские направления, такие как молекулярная диагностика инфекционных болезней, методы диагностики для определения чувствительности болезнетворных вирусов и бактерий к лекарственным препаратам, разработка и практическое применение новых технологий и т.п.

В докладах, посвящённых современным подходам к изучению геномного многообразия РНК-содержащих вирусов – основного источника новых и возвращающихся инфекций человека, – шла речь о перспективных технологиях лабораторной диагностики в



Идёт сдача анализов

даёт высокую летальность у женщин и младенцев, приводит к преждевременным родам и другим осложнениям, тяжёлым порокам развития плода, – подчеркнула старший научный сотрудник ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Ольга Сельвейстрова. - Частота распространения этой инфекции в России очень высока - по разным данным, от 12 до 16%. В то же время скрининг беременных на эту инфекцию в нашей стране не является обязательным, нет рекомендаций по её профилактике. Наиболее точной в этом, как человека (ВПЧ). Количество женщин, заболевших ВПЧ, год из года растёт, а вместе с этим и количество случаев рака шейки матки, к сожалению, зачастую обнаруженных на поздних стадиях.

В то же время вопрос вакцинации против ВПЧ в России не решён. Отсутствует и цервикальный скрининг, направленный на раннее выявление предраковых заболеваний.

- В нашей стране нет ни вакцинации, ни скрининга, хотя всему врачебному сообществу ясно, что эффективно вылечить заболева-

Всё это означает, что в нашей стране необходимо внедрять высокоточные молекулярные методы и клеточные маркёры, которые помогли бы решить данную проблему.

Медицинское сообщество также крайне волнует проблема антибиотикорезистентности, наблюдаемой при ряде заболеваний, которые вылечить иначе не представляется возможным.

Так, в случае распространения штаммов урогенитальной микоплазмы нередко наблюдается их устойчивость к макролидам, которые обычно применяют для терапии такого рода инфекции.

Причина, как выяснилось, – мутации в РНК пациентов, о чём сделала сообщение старший научный сотрудник Смоленского кожно-венерологического диспансера Людмила Зубарева.

В связи с этим в 6 городах России запущен масштабный проект по исследованиям такого рода патологии и возможностям её лечения. В дальнейшем географию планируется расширить, а по результатам работы — создать карту антибиотикорезистентности нашей страны.

Наталия ВАСИЛЬЕВА.

Фото автора.

Перспективы

От молекулы к лекарству

Разработчики новых препаратов ориентируются на персонализированный подход к лечению пациента

На базе Пятигорского медико-фармацевтического института (ПМФИ) – филиала Волгоградского государственного медицинского университета Минздрава России при поддержке Министерства здравоохранения Ставропольского края состоялась III Международная научно-практическая конференция «Актуальные аспекты экспериментальной и клинической фармакологии: от молекулы к лекарству». В её работе приняли участие ведущие фармакологи России — основатели известных российских фармакологических научных школ, работники практического здравоохранения различных специальностей из регионов России и зарубежья, учёные российских вузов и научно-исследовательских институтов, а также из Украины, Казахстана, Ливана и Алжира.

Тематика докладов была посвящена разнообразным аспектам экспериментальной и клинической фармакологии: инновационным направлениям поиска средств для лечения различных заболеваний, в том числе сахарного диабета; поиску новых мишеней для разработки средств

профилактики и лечения нейродегенеративных заболеваний, а также для создания противоаллергических и иммунотропных препаратов. Обсуждались вопросы поиска новых анксиолитиков и антидепрессантов, изыскания и изучения цереброваскулярных препаратов, резистентности микроорганизмов к антибактериальным средствам в реанимационной и хирургической практике.

Комментируя значимость подобной встречи учёных, ректор ВолгГМУ, главный специалист – клинический фармаколог Министерства здравоохранения РФ, академик РАН Владимир Петров отметил: «В связи с появлением расшифровки генома человека и новых отраслей нашей науки – фармакогеномики, метаболомики и др. – стали возможны некие новые пути и подходы в создании и изучении лекарственных препаратов. Это важно и с точки зрения импортозамещения».

Сейчас изменилась концепция создания лекарств, пояснил учёный

В настоящее время разработчики новых препаратов идут по пути персонализации терапии, что даёт реальную возможность «лечить больного, а не болезнь». Поиск лекарств уже ведётся на основе геномных протеомных технологий.

- Мы ищем, попросту говоря, «поломку» того гена, который отвечает за развитие того или иного заболевания. Причём у каждого больного одна и та же болезнь развивается индивидуально, сказал академик. - Отсюда и термин «таргетная терапия». То есть это лекарство, которое действует у конкретного больного и при данном виде патологии. Это чрезвычайно сложно, нужны новейшие технологии. И они у нас есть.

 Сотрудничество наших вузов сложилось задолго до формального объединения, – рассказал директор ПМФИ Всеволод Аджиенко. – На сегодняшний день мы эффективно исполняем ряд государственных контрактов по разработке инновационных отечественных лекарственных препаратов, соисполнителями которых являются волгоградский и пятигорский вузы.

В условиях дефицита финансирования здравоохранения вопросы эффективности лекарственных препаратов играют большую роль, отметила в своём выступлении заместитель министра здравоохранения Ставропольского края кандидат фармацевтических наук Ольга Дроздецкая, напомнив, что в круг задач министерства входят и вопросы лекарственного обеспечения.

Она выразила уверенность, что тандем клинических фармакологов и практических врачей позволит в конечном итоге улучшить качество оказания медицинской помощи населению через применение в здравоохранении высокоэффективных лекарственных препаратов.

Анна КРАСАВКИНА.

МИА Cito!

В приморском городе Будва, что в Черногории, состоялся представительный международный научный и образовательный нейрохирургический форум MASSIN-6. Наряду с ведущими специалистами из Германии, США, Англии, Италии, Японии и других стран лекции читали российские профессора из Национального медицинского исследовательского центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Достигли нулевой летальности

Академик Александр Коновалов лично прооперировал более 1,5 тыс. больных с краниофарингеомами – эмбриональными мозговыми опухолями, развивающимися в хиазмально-селлярной области. А все наблюдения Центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко этой патологии насчитывают около 4 тыс. пациентов, преимущественно детского возраста.

Московские учёные всесторонне изучили краниофарингеомы — одну из важных проблем детской нейроонкологии. Их клиническая и нейровизуализационная диагностика детально разработана. Предложены различные методики удаления опухолей, вызывающих грубые эндокринные и зрительные нарушения, а также опасное повышение внутричерепного давления.

При краниофарингеомах, проникающих в третий желудочек, используется интракраниальная микронейрохирургия. При их эндоселлярном расположении предпочтение отдаётся транссфеноидальному эндоскопическому доступу.

В последнее время всё шире применяется метод стереотаксического облучения краниофангеом на аппаратах гамма-нож или кибернож.

При кистозных опухолях может быть эффективно внутрикистозное введение блеомицина.

Благодаря дифференцированному лечению удалось достичь нулевой летальности у детей. Однако остаётся проблема рецидива краниофарингеом, достигающая 20% даже после тотального и субтотального удаления опухоли. Это требует дальнейшего изучения факторов, определяющих биологическую активность краниофарингеом.

Доказанное восстановление нервных путей

Академик Александр Потапов убедительно продемонстрировал новые возможности изучения повреждений и восстановления структуры мозга при его травме различной степени тяжести.

Согласно современным представлениям, травматическое повреждение мозга с учётом его биомеханики обусловливает первичные молекулярные, клеточные и тканевые нарушения различной тяжести и локализации. Они запускают каскад вторичных метаболических, циркулярных (крови и ликвора) и барьерных расстройств, вызывающих, в свою очередь, отёк и дислокацию церебральных образований.

С помощью изощрённых модальностей нейровизуализационных технологий (таких как фракционная анизотропия, трактография, куртозис, функциональная МРТ, КТ и МРТ-перфузия, магнитно-резонансная спектроскопия и др.) в Центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко исследованы в динамике изменения мозга при диффузном его повреждении (ДАП).

Возникая наиболее часто при автодорожных травмах по механизму ротации и углового ускорения-замедления, ДАП характеризуется распространёнными первичными и вторичными разрывами аксонов в семиовальном центре, подкорковых образованиях, мозолистом теле, стволе мозга, а также точечными и мелкоочаговыми кровоизлияниями в этих же структурах.

Разработанный в Центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко нейровизуализационный комплекс позволяет обнаруживать аласенсом, спектроскопию, физиологический мониторинг с регистрацией двигательных вызванных потенциалов, эндовазальное выключение приводящих сосудов и ряд других.

Возможность радикального удаления интрамедуллярных опухолей определяется характером их роста, степенью злокачественности и отграниченности и наличием «плоскости диссекции». Это обычно удаётся осуществить при эпендимомах, пилоидных астроцитомах и гемангиобластомах спинного

Наряду с индивидуальным подходом в тактике лечения случайных нейронаходок надо учитывать: 1) характер патологии; 2) вероятность и темп её проявления в будущем при полной клинической компенсации в настоящем; 3) угрозу тяжёлых осложнений предупредительной операции.

Исходя из этих положений, случайные находки асимптомной врождённой приобретённой патологии ЦНС разделяются на 4 группы.

Первая - обнаружение вро-

Диагноз в превентивной нейрохирургии является исключительно нейровизуализационным. Но решение о выборе тактики ведения практически здоровых людей – наблюдение или активное лечение – всегда должно быть клинико-философским. Превентивная нейрохирургия должна быть гарантированной, и ею могут заниматься лишь опытные специалисты.

Круг приложения превентивной нейрохирургии неизбежно будет расширяться благодаря возможностям выявления

Деловые встречи

Черногория слушает лекции московских учёных

И перенимает опыт одного из центров мировой нейрохирургии



Здесь, в Будве, проходил международный форум

их, а также судить о нарушениях кровообращения в повреждённых образованиях участках мозга.

Удалось доказать, что наряду с запущенными травмой процессами атрофии нервных проводников (что клинически выражается парезами конечностей) возможны и процессы их реституции. Это можно чётко увидеть на диффузно-тензорных магнитно-резонансных томограммах, особенно применительно к главному кортикоспинальному тракту. Неврологически это выражается в восстановлении движений конечностей. Стало быть, есть все основания для поиска новых методов стимуляции роста повреждённых аксонов.

Как удалять интрамедуллярные опухоли спинного мозга?

Член-корреспондент РАН Николай Коновалов посвятил свою лекцию одной из сложных проблем спинальной нейрохирургии. В клинике, которую он возглавляет, накопился большой материал по современным подходам к хирургии внутримозговых опухолей спинного мозга различной гистобиологии, локализации и протяжённости.

Их уточнённый диагноз сегодня обеспечивают методы нейровизуализации. А их радикальное удаление требует дифференцированного применения комплекса методик, включающего микрохирургическую и эндоскопическую техники, флуоресцентную навигацию с окрашиванием опухоли

мозга с хорошим и стойким восстановлением пациентов.

Позвоночник мобильный орган

Докторант Центра нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Михалакис Спиру изложил концептуальный подход к лечению спинномозговых компрессионных синдромов, разработанный им на основании многолетнего изучения 500 наблюдений. Необходима ранняя активизация оперированных пациентов. Следует максимально сузить показания к постоянной металлостабилизации позвонков, каждый из которых располагает 6 суставами. Лишения сегментов позвоночника присущих им движений антифизиологично и обусловливает комплекс труднообратимых процессов. Поэтому тактика лечения спинальных компрессионных синдромов должна основываться на устранении причины сдавливания и при необходимости только временной иммобилизации.

Философия и практика превентивной нейрохирургии

С лекцией на эту тему выступил автор данной статьи. Методы неинвазивной нейровизуализации сделали доступным прижизненное выявление клинически асимптомной патологии головного и спинного мозга. В отличие от её посмертной констатации, как это было ранее, теперь требуются различные решения, одни из которых могут оказаться спасительными, а другие – губительными. ждённых дефектов или остаточных явлений, перенесённых травм и заболеваний ЦНС, не обладающих потенцией развития. Обычно они не требуют какого-либо активного лечения и тем более хирургии.

Вторая – обнаружение врождённых уродств развития ЦНС, обладающих потенцией угрожающей клинической манифестации (артериальные мешотчатые аневризмы, артериовенозные мальформации и др.). Они требуют дифференцированного подхода для предупредительного хирургического вмеша-

Третья – обнаружение субстратных возрастных изменений (стенозы магистральных артерий, атрофическая водянка мозга, остеохондроз позвоночника и др.). При их клинической асимптомности обычно целесообразны наблюдение в динамике и предупредительная фармакотерапия.

Четвёртая – обнаружение патологических процессов головного и спинного мозга, обладающих потенцией опасного роста (опухоли, хронические субдуральные гематомы и др.), но ещё полностью клинически асимптомных.

Решающим фактором в выборе тактики ведения и метода лечения является сохранение качества жизни практически благополучных пациентов и предупреждение очевидных опасных осложнений. Спектр врачебного поведения здесь исключительно широкий: наблюдение в динамике, лучевая хирургия или терапия, химиотерапия, хирургическое вмешательство.

случайных находок. Но в этом таится опасность неоправданного размаха операций, когда, казалось бы, неизбежный минимальный процент их осложнений обретает внушительное количественное выражение, не говоря уже об экономических, технических, организационных и прочих обременениях. По аналогии можно вспомнить глобальную аппендэктомию для тотального предупреждения аппендицита, естественно, не оправдавшую себя и давно оставленную.

К нейрохирургическому лечению при случайных находках следует прибегать только тогда, когда есть уверенность, что оно обеспечит лучший исход, чем естественное течение патологии ЦНС.

* * *

Эти и многие другие достижения российских учёных сделали Москву одним из притягательных центров мировой нейрохирургии. В мае 2018 г. в Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко под эгидой Всемирной федерации нейрохирургических обществ состоится международный конгресс по минимально инвазивной нейрохирургии — стратегическому направлению развития нашей дисциплины.

Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии России.

Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

№ 94 · 13. 12. 2017

Y z p o s a

Результаты исследования, в котором участвовали более 630 тыс. американцев, показывают, что ожирение или избыточный вес часто бывают связаны с 13 видами онкологических заболеваний.

дящих путей, пищевода и костного мозга, а также множественной миеломы и менингиомы.

Так, например, повышение индекса массы тела на 5 пунктов связано с ростом риска рака прямой кишки у мужчин на 9%, рака молочной желеЦентра по контролю и профилактике заболеваний доктор Лиза Ричардсон подчеркнула, что потеря веса может значительно снизить риск некоторых видов рака.

Согласно новому отчёту Национального института онколо-

Враг по имени «ожирение»

То, что ожирение и избыточный вес влияют на возникновение раковых заболеваний, может удивить многих. Однако информация о связи рака с ожирением пока недостаточно широко распространена, - рассказала заместитель директора Центра по контролю и профилактике заболеваний (США), доктор Энн Шучат.

Учёные установили, что избыток жировой ткани повышает риск рака толстой и прямой кишки, молочной железы, матки, яичников, почек, поджелудочной и щитовидной желёз, желудка, печени, желчевывозы у женщин в постменопаузе - на 11%, рака желчевыводящих путей у обоих полов - на 56%.

Как пояснили авторы исследования, лишний вес приводит к гормональным и обменным нарушениям, усиливая выработку эстрогена и инсулина, а также повышая частоту воспалений в организме. Все эти процессы негативно влияют на механизм деления клеток, что приводит к увеличению риска онкологических заболеваний.

Выступая на одной из прессконференций, директор отдела профилактики и контроля рака

гии (США), эти 13 видов рака составили около 40% всех случаев онкологических заболеваний, диагностированных в США в 2014 г. В двух третях всех случаев рака, связанного с ожирением, заболевание было диагностировано у пациентов в возрасте от 50 до 74 лет. Исследование также показало, что с 2005 по 2014 г. частота рака, связанного с ожирением, увеличилась на 7%, а случаи рака толстой кишки возросли на 23%. В то же время частота случаев онкологических заболеваний, не связанных с ожирением, сократилась на 13%.

RPIBODPI

какой у вас тироксин?

Лица преклонного возраста, обладающие повышенным содержанием свободного тироксина в крови, в большей степени склонны к формированию атеросклероза или развитию преждевременной смерти, возникшей на фоне сердечных и сосудистых недугов. Подобная информация была получена благодаря исследованиям, проведённым специалистами из Роттердамского университета Эразма (Нидерланды).

Стоит отметить, что свободный тироксин представляет собой один из самых важных гормонов щитовидной железы, который принимает активное участие в процессе обмена веществ. Выявить подобное негативное влияние дисфункции этого органа на оценивались уровни таких ве-

человеческий организм в целом исследователям удалось при помощи анализа данных примерно 10 тыс. человек. Средняя возрастная категория добровольцев составляла 65 лет.

В ходе научного изыскания

ществ, как тиреотропный гормон и свободный тироксин. Также учитывалась их взаимосвязь с атеросклерозом и внезапной сердечной смертью, вызванной ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными недугами или иными проблемами в системе кровообращения.

Исследователям удалось выяснить, что лица с повышенным содержанием свободного тироксина в несколько раз чаще сталкиваются с кальцификацией коронарной артерии - это считается одним из проявлений атеросклероза.

MHeHUe -

Излишняя сексуальная активность ведёт к преждевременному старению. К такому выводу пришли учёные Федерального университета Рио-Гранде-ду-Сул (Бразилия), проведя исследования на крысах.

димой для метаболизма энергии. Так как сексуальная активность и размножение являются энергозатратными процессами, они могут способствовать усилению генерации кислородных радикалов.

Учёные провели исследования на 80 самцах крыс. Животных раз-

Секс в молодости и его последствия

Учёные считают, что организм располагает ограниченным количеством энергии, необходимой для поддержания метаболизма, регенерации и размножения. Чем больше ресурсов организма уходит на репродуктивную деятельность, тем меньше энергии получают другие механизмы, в том числе восстанавливающие ткани и органы. В результате такого неравенства организм начинает раньше и быстрее стареть.

Олним из возможных механизмов, на котором базируются возрастные изменения, считается синтез активных форм кислорода (АФК). Эти молекулы обладают высокой реакционной способностью, они окисляют клеточные мембраны, повреждают ДНК и нарушают гомеостаз. АФК являются побочным продуктом, который образуется в митохондриях, отвечающих за производство необходелили на 4 группы: в каждой из групп срок жизни крыс был равен 3, 6, 12 и 24 месяцам.

В каждой из групп учёные создали две подгруппы - размножающиеся (к ним подселили самок) и неразмножающиеся грызуны.

Всех крыс в итоге усыпили. В ходе исследования органы и ткани усыплённых крыс проанализировали на количество антиоксидантов и уровень окислительного стресса, выражавшийся в концентрации АФК и вызванных повреждениях.

Результаты показали: окислительная нагрузка на клетки у размножающихся крыс оказалась выше той, что была зафиксирована у неразмножающихся грызунов.

В ходе исследования учёные установили, что самыми разрушительными для клеток стали последствия половой активности в молодом возрасте.

Осторожно! ——

Без соли не обойтись. Ho...

Эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют не превышать суточную норму соли 5 г. Если потребление соли превосходит рекомендованный показатель хотя бы в 2 раза, человек может столкнуться с неприятными для здоровья последствиями.

Избыток соли в рационе меняет микрофлору кишечника. Итог - гипертония, усугубление течения аутоиммунных заболеваний, включая рассеянный склероз.

Этот вывод международная группа учёных из США, Бельгии и Германии сделала после проведения лабораторных экспериментов. Подопытные в течение нескольких недель придерживались режима питания с нормальным уровнем соли, далее в их рацион добавили продукты с высоким её содержанием (количество несколько раз превышало рекомендации ВОЗ). Именно последняя модель питания приволила к смерти лактобактерий (Lactobacillus murinus), Параллельно v подопытных повышалось давление и количество иммунных клеток Th17, связываемых с гипертонией и аутоиммунными заболеваниями.

Также было проведено исследование с участием 12 взрослых мужчин, которые в течение 14 дней ежедневно потребляли по 6 лишних граммов соли. В итоге к концу изыскания у них были зафиксированы изменения, которые отмечались в лабораторном эксперименте.

Pakupc –

Храп у детей? Это опасно!

Группа исследователей из Гарвардской медицинской школы (США) установила, в чём заключается опасность детского храпа. Учёным удалось обнаружить взаимосвязь между таким признаком и прогрессирующим ожирением, а также с проблемами поведенческого характера у лиц подросткового возраста.

Стало известно, что присутствие у ребёнка лишней массы тела тесно связано с такой проблемой, как синдром обструктивного апноэ сна. Главным симптомом, указывающим на протекание расстройства, является громкий храп. Данное заболевание в значительной степени повышает риски развития ожирения, а также сопутствующих нарушений. например сахарного диабета и патологий со стороны сердечнососудистой системы.

Исследователи провели эксперимент: на примере более тысячи детей в возрастной категории от рождения до подросткового возраста были проанализированы данные касательно сна и изучены параметры массы тела всех участников исследования. В итоге эндокринологами была выявлена прямая связь между храпом у ребёнка и повышенным ИМТ - проблема усугубляет расстройство. Таким образом, учёные говорят, что данные нарушения создают между собой «порочный метаболический круг». Более того, стало известно, что те дети, которые страдают от обструктивного апноэ сна, в несколько раз чаще сталкиваются с поведенческими нарушениями в переходном возрасте по сравнению с теми, кто не храпит.

Специалисты указывают на то, что в качестве профилактики родителям необходимо контролировать массу тела своих детей, а также обеспечивать адекватную и своевременную терапию синдрома обструктивного апноэ сна. Это даст возможность избежать развития не только вышеуказанных расстройств, но и иных хронических недугов со стороны многих внутренних органов и систем (в частности, эндокринной) в стар-

«Здоровый» пот



Давно известно, что человек. не имеющий медицинского образования, может заниматься самодиагностикой. О состоянии здоровья организма могут говорить волосы и ногтевые пластины. Однако совсем недавно учёные выяснили, что даже запах пота может указать на протекание патологического процесса.

Потоотделение отвечает за терморегуляцию организма. Лёгкая испарина, возникающая в жаркое время года, - это вполне нормальный признак. В некоторых случаях система, отвечающая за выделение пота, становится средством избавления организма от шлаков. Обильное выделение пота наиболее часто наблюдается при нарушении функционирования почек. Однако здоровые почки никогда не выведут полезные вещества, а вот пот избавляет человека как от «плохих», так и от «хороших» компонентов.

Клейкий пот – признак проблем с обменом веществ, что представляет собой высокий риск развития новообразований. Сначала они будут доброкачественными, но по мере усугубления станут злокачественными. Зловонный запах пота свидетельствует о протекании воспалительного процесса. При длительном игнорировании такого признака могут сформироваться раковые опухоли. Исключением являются лишь молодые люди младше 19 лет - в таких случаях это указывает на гормональные изменения юношеского организма.

Холодный пот в зоне декольте или на лбу говорит о проблемах в лёгких, в частности о застойных явлениях. Обильное потоотделение во время волнения можно охарактеризовать как симптом расшатанности нервной системы и высокой вероятности возникновения психосоматических недугов.

В любом случае людям любого пола и возраста ни в коем случае не стоит игнорировать подобное проявление. Медицинским работникам, в свою очередь, необходимо уделять должное внимание количеству и запаху выделяемого пациентами

Подготовила Софья РУШАНСКАЯ.

По информации EurekAlert!, webmd.com, Daily Mail, Biogerontology.

Праздники

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова состоялся Первый московский фестиваль хоров медицинских вузов «С музыкой в сердце». Учредителем его стали РНИМУ им. Н.И.Пирогова и хоровая студия вуза «Лечебная сила музыки».

ственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова представил на суд зрителей настоящий яркий микс из песен разных стилей. Оригинальным исполнением хитов от джаза до классики отличалась программа ансамбля «Преображение» (РУДН). Самой экзотичной командой фестиваля можно назвать вокальный ансамбль Мадагаскара

стал традицией и чтобы со временем не только «медицинская Москва» представляла свои музыкальные таланты в стенах РНИМУ, но и вузы других городов и стран.

Все члены жюри, организаторы и участники были награждены дипломами за творческий вклад в проведение фестиваля. Специальный приз за лучшее исполнение

Медицина и религия ———

Добровольчество двигатель милосердия

Об этом напомнили в Русской православной церкви

Благотворительность и социальное служение стали общецерковным деланием Русской православной церкви. Как сообщил на недавнем Архиерейском Соборе Патриарх Кирилл, если в 2011 г. под лоном РПЦ работал лишь один приют для беременных женщин, то сегодня их уже 52.

Особо остановившись в своём докладе на теме благотворительности и церковного социального служения, он подчеркнул, что создание приютов и центров гуманитарной помощи для беременных, находящихся в трудном материальном положении, стало «важнейшим направлением социальной работы церкви». Сейчас открыты уже 115 таких центров, в том числе благодаря адресному сбору во всех храмах России. «В завершающийся межсоборный период в полную силу заработала система, начало созданию которой было положено преобразованиями в Синодальном отделе по благотворительности в 2010 г.», - сказал предстоятель Русской церкви.

Говоря про церковную заботу о людях, зависимых от алкоголя и наркотиков, Патриарх отметил, что каждый год появляются от 5 до 10 новых церковных реабилитационных центров и других структур помощи. В настоящее время в России действуют 75 таких центров, проводящих основной этап реабилитации, 12 центров ресоциализации, 9 дневных стационаров, 40 консультационных пунктов, 7 подготовительных мотивационных центров, 62 группы поддержки зависимых и созависимых лиц, более 300 обществ, братств и групп трезвости.

Ежегодно церковь организует 150-200 новых социальных проектов. «Один из главных двигателей социальной деятельности – это добровольчество», – засвидетельствовал Патриарх.

Сейчас при епархиях и приходах РПЦ, включая зарубежье, действуют 566 групп милосердия, 328 добровольческих объединений и 453 сестричества. С 2011 г. проводится бесплатное дистанционное обучение социальному служению через интернет. Ежегодно в таких семинарах и дистанционных курсах участвуют более тысячи человек.

– Удалось достичь очень многого. Благотворительная и социальная работа стала поистине общецерковным деланием, – подчеркнул Патриарх Кирилл.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Cito!

С музыкой в сердце

Участники Первого московского фестиваля хоров медицинских вузов пожелали ему «ежегодности» и «международности»



Один из призов фестиваля

На торжественном открытии прозвучал гимн РНИМУ им. Н.И.Пирогова в исполнении студента 6-го курса лечебного факультета Владислава Поставнева. Приветственное сло-

во произнесла начальник отдела по воспитательной работе с обучающимися, руководитель хоровой студии университета Татьяна Ростапшова.

Семь талантливых коллективов из трёх столичных медицинских вузов и Российского университета дружбы народов исполнили песни разных направлений и стилей. Искусство артистов оценивало экспертное жюри под председательством профессора музыкального факультета Московского педагогического государственного университета Игоря Орышака.

Открыли концертную программу фестиваля хозяева – хоровая студия «Лечебная сила музыки», выступление которой отличалось невероятной артистичностью. Певцов сменили творческие коллективы из РУДН. Фолк-группа «Крапива» блестяще исполнила народные песни, а женский и мужской ансамбли студии «Радуга», в составе которой артисты из разных стран, удивили зрителей душевными кавер-версиями известных русских народных и эстрадных песен. Академический хор Московского государ-

(РУДН), познакомивший зрителей с народными песнями своей страны. В завершение концерта на сцену вышел академический хор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, в программе которого были как эстрадные песни, так и духовные и классические произведения.

Пока жюри было занято подведением итогов и выбором коллектива, который лучше всех исполнил песню в номинации «Произведение медицинской направленности», участники фестиваля отправились в галерею у панно, где их ждал фуршет.

Торжественную церемонию награждения открыл проректор по связям с общественностью и воспитательной работе Георгий Надарейшвили, который поблагодарил всех за замечательные выступления, выразив отдельную благодарность автору идеи и организатору фестиваля Т.Ростапшовой.

Выступивший от имени экспертного жюри И.Орышак отметил:

- Мне бы хотелось, чтобы Первый московский фестиваль хоров медицинских вузов

песни в номинации «Произведение музыкальной медицинской направленности» был присуждён академическому хору МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Награду вручил руководитель отдела благотворительных программ некоммерческой организации, которая выступила учредителем приза фестиваля, Баймурат Ягмуров.

– Желаю всем участникам и организаторам новых творческих успехов, а фестивалю – «ежегодности» и «международности», – напутствовал Баймурат Хайдарович.

В завершение все участники спели гимн «Гаудеамус», который стал символом единения студентов-медиков столицы. После официальной части ребята не спешили расходиться, пользуясь возможностью познакомиться друг с другом, пообщаться, вместе исполнить любимые песни.

Александр ОДЕР. МИА Cito!



На прощание они вместе спели гимн студентов

События -

Литературная составляющая медицины

Теперь у врачей-писателей есть своя творческая лига!

В Москве по инициативе редакции «Медицинской газеты» в Центральном доме литераторов состоялось собрание представителей медицинского сообщества страны, пишущих стихотворные и прозаические произведения, на котором образована Лига литераторовмедиков им. А.П.Чехова. Председателем совета лиги избран писатель, член редколлегии «МГ» Владимир Королёв.

В работе учредительного собрания приняли участие и в своих выступлениях поддержали создание Лиги литераторов-

медиков исполняющий обязанности председателя правления Союза писателей РФ Николай Иванов, секретарь Союза писателей РФ, председатель Совета по поэзии Союза писателей РФ Виктор Кирюшин, член Высшего творческого совета Союза писателей РФ, лауреат Государственной премии РСФСР им. М.А.Горького Анатолий Парпара.

Отчёт о работе учредительного собрания Лиги литераторов-медиков будет опубликован в «МГ».

Соб. инф. Фото Александра ХУДАСОВА.



После знаменательного собрания – фото на память

Сегодня ему девяносто лет. Но, похоже, время не властвует над ним - признаётся: в душе ещё живёт детство.

Участник Великой Отечественной войны, доктор философских и кандидат технических наук, академик РАЕН. Создатель первой в мире научно-исследовательской подлодки «Северянка». Владимир Ажажа не без гордости называет себя аксакалом-уфологом, главным специалистом «по тарелочкам».

Но сначала я не удержался от вопроса: откуда такая необычная фамилия?

- Родитель, - лукаво сощурил глаза Владимир Георгиевич - передал семейную легенду о том, что один из моих прадедов был кашеваром у Богдана Хмельницкого. Однажды суровый гетман, проголодавшись, поинтересовался, куда запропастился его повар. Сопровождавшие растерянно пожали плечами, указывая назад: «Аж, аж, аж! Отстал где-то там от обоза...» Вот так и родилась наша фамилия «Ажажа».

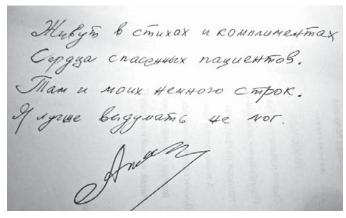
- Родина, как сказал поэт. начинается с песни, что пела нам мать...

- Мои корни в Донбассе. Дед работал в шахте. Но пятеро его сыновей, среди них и мой отец, связали судьбу с авиацией. Мама посвятила свою жизнь медицине. Военным хирургом помогала бойцам на фронте, была ранена, руководила эвакогоспиталем... Я же, нарушив семейную традицию, подружился с подводным флотом. А было так... Ребёнком, исследуя местный пруд, я сорвался с берега. Захлебнулся, меня еле откачали. У другого это бы вызвало стойкую гидрофобию, а я вырос, мечтая о морской службе. Научился уверенно держаться на воде, плавать в ластах. Пришло понимание: помимо голубизны неба можно стремиться ещё в бездонную черноту воды...

Чтобы заслужить право служить на подлодке, окончил Высшее военно-морское училище им. Фрунзе, являющееся преемником петровской Навигационной школы и Морского кадетского корпуса. Поступить сюда оказалось непросто. Будучи 17-летним курсантом Ленинградского подготовительного военно-морского училища, я был направлен на освобождённый нашей армией Карельский перешеек. Там активизировались финские диверсанты. Во время боевого патрулирования был контужен. Эту контузию уже после Победы припомнили на вступительных экзаменах. Чтобы доказать, что я практически здоров, пригоден к морской службе, мне пришлось прямо перед иссидиоч йонноминендиссид исполнить «Яблочко»... Приняли «условно». А потом это условие как-то незаметно растворилось.

После двух лет плавания штурманом на субмарине Северного флота окончил высшие офицерские классы, ходил в море помощником и старпомом, сдал теорию и практику управления





Академик РАЕН Владимир АЖАЖА:

Вырастили прекрасных сына и дочь. Сегодня у нас четыре внука, шесть правнуков... Раскрою для читателей пару секретов. Любовь - это острое заболевание, ведущее к хроническому выздоровлению. Счастливый брак - тот, в котором муж понимает каждое слово, которого не сказала жена.

Ответ на вопрос можно сформулировать и так: счастье - это когда люди, которые вам не подходят, к вам не подходят.

- В чём истоки вашей завидной неугомонности?

- Такая натура. Считаю это главным в человеке – чтобы он чувствовал интерес и азарт к жизни. Не уважаю толстокожих. В конце концов всех этих неправедных чиновников

Старость — это дурная привычка, на которую у занятых людей просто не хватает времени...

новым подводным кораблём 613-го проекта.

Ваше имя вписано в Географическую энциклопедию рядом с Амундсеном и Аристотелем. Вы после демобилизации выступили инициатором переоборудования боевой субмарины в первую в мире исследовательскую подводную лодку «Северян-

- Сказалась моя неугомонность и увлечение Жюль Верном. Начитавшись про капитана Немо, я предложил учёному совету ВНИИ рыбного хозяйства и океанографии, а затем, разработав техническое задание, и Минсудпрому переоборудовать боевую дизель-электрическую подводную лодку в научно-исследовательское судно. Меня поддержал её легендарный командир Лев Матушкин. То, что казалось далёкой фантазией, обрело реальные черты. По решению Совмина СССР субмарина была разоружена: её оснастили иллюминаторами, подводными светильниками, комплексом специальной измерительной аппаратуры. Я руководил ходом реконструкции, а затем и экспедициями на советском «Наутилусе», который был назван «Северянкой»

Первый поход состоялся в декабре 1958 г. За восемь лет мы совершили 10 экспедиций, обследовав обширные районы Северной Атлантики, Баренцева и Белого морей - от Фарерских островов до Шпицбергена и Новой Земли. Было выполнено 140 длительных погружений и посадок на грунт, пройдено 15 тыс. миль – около 26 тыс. км. Это явилось началом крупного научного прорыва.

- Запомнились 70-е годы, когда москвичи передавали из рук в руки перепечатанные на машинках ваши лекции об НЛО. Эта тема тогда была под запретом. Пресса метала громы и молнии в ваш адрес. называла лжеучёным, фальсификатором...

- Иные учёные мужи до сих пор ораторствуют! Пусть. Меня это не волнует. Это не помешало мне зашитить кандидатскую и докторскую диссертации, выступить в Нью-Йорке в здании ООН и получить международный патент на открытие «Неединственности Разума во Вселенной», стать Почётным президентом академии информациологической и прикладной уфологии. Время только подтвердило верность идеи: мы не одиноки во Вселенной, в ближнем космосе, где-то рядом с нами есть братья по разуму, иная цивилизация, некто, обладающий разумом и сверхтехнологичностью. Этой теме я посвятил несколько книг, отразив в них более двух тысяч солидных свидетельств. Пришёл к выводу: на Земле сегодня действуют полторы сотни баз НЛО, причём треть из них - подводные. С лекциями на эту тему выступал в Болгарии, Венгрии, США, Финляндии, Японии...

- На чём основано такое убеждение?

– В частности, на тех же сообщениях коллег-подводников. Моряки субмарин, выходя на боевое патрулирование, не раз замечали на разных частотах звуки - «квакеры», напоминающие голоса лягушек. Попытки приводили, те всегда оказывались прямо по курсу. Напрашивается вывод: мы имеем дело с технологически организованными, маневрирующими препятствиями, управляемыми разумом.

Неопознанные летающие объекты не раз сопровождали в

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.

океане подлодки, особенно новых модификаций. Одни из них ныряли на глубину, другие вылетали из-под воды... Такие эпизоды не раз фиксировали в районе Бермудского треугольника, на Байкале, близ острова Гуам..

- Помню, вы однажды сказали: «Инфаркты – не помеха творчеству». Вам знакомы неприятности с сердцем?

- К сожалению, в «багаже» два инфаркта. И если я ещё «в седле», то это несомненная заслуга медицины в лице милейшей Натальи Коротковой, моего лечащего врача из госпиталя Минобороны, кандидата медицинских наук, полковника медицинской службы, терапевта высшей квалификации. Её профессионализм соседствует с подлинной душевностью, вниманием к каждому пациенту. Готов поклониться мастерству врачевателя, её негаснущей энергии. Ей посвящены мои строки автографа к нашей с вами беседе.

Жизнь научила очень уважительно относиться к нелёгкой профессии медика. С обязательным медицинским контролем сталкивался на флоте, перед каждым походом на подлодке. Никогда не забуду коллегу полковника медицинской службы Дмитрия Зуихина, который, спасая моряков, не раз делал в море под водой сложнейшие операции, привлекая в качестве ассистентов матросов. рулевых-«горизонтальщиков», свести до минимума качку, возможные наклоны корабля...

- Как бы вы определили что такое счастье?

- На первое место я бы поставил дружную семью. Мы с Аллой вместе уже более полувека. Вместе объездили сорок стран.

и бюрократов нам не с луны прислали! Это мы и есть сами! Я хочу видеть людей другими раскрепощёнными и духовно, и физически. Об этом - около 500 моих публикаций, в том числе более 40 книг и брошюр, даже

Мечтаю написать ещё одну о моём сослуживце и добром друге Льве Матушкине - вицеадмирале, Герое Советского Союза. Он возглавил несколько труднейших кругосветных подводных походов, доказав: океанские просторы можно преобразовать в повседневные, всепогодные рабочие трассы для жизнедеятельности человечества, развития экономики. Его подвиг по своей значимости, уверен, не уступает нашей победе в космосе. Сейчас пробиваю идею создать в Москве музей морской славы - музей военноморского флота.

- Отношение к возрасту?

- Конечно, лучше всегда оставаться молодым. Но понимание этого приходит с годами. Во время службы в окружении ледяной стихии мы согревались спиртом. По нынешним понятиям здорового образа жизни, поступали неразумно... Но ведь и ныне те алгоритмы лекарств и режимов, которые мне предписаны, выполнять не всегда удаётся.

Я сторонник куража. Мы продлим себе жизнь, если будем помнить о юморе. Не надо бояться старости - она проходит. – это дурная привычка, на которую у занятых людей просто не хватает времени. Жизнь не делится на «до» и «после». Она непрерывна. И тем хороша.

> Беседу вёл Михаил ГЛУХОВСКИЙ, корр. «МГ».

Материалы, помеченные значком \square , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответств

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

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13. Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110. E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в интернете: www.mgzt.ru

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красного автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-11-00297 Тираж 23 973 экз. Распространяется