Медицинская газета®

3 ноября 2017 г.
пятница
№ 83 (7801)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Работают мастера

Новому пищеводу ничто не помеха

Даже огурчик, по которому пациент истосковался…

Ответственный момент операции

Хирурги Челябинской областной клинической больницы вернули мужчине возможность нормально питаться. Есть мужчина перестал после того, как несколько лет назад подавился малосольным огурчиком. Тогда же начались его скитания по врачам.

В областной больнице пациент с диагнозом «стеноз пищевода в нижней трети» впервые появился 4 года назад. За этот период бывали промежутки до полугода, когда он не приезжал на приём, что внушало врачам надежду на внезапное исцеление. Но за последний год мужчина оказался на госпитализации в пятый раз, поэтому было принято решение отказаться от бужирования и перейти к более радикальным мерам.

«Впервые на Южном Урале такой стеноз прооперировали малоинвазивным способом, то есть без разрезов, всё выполнено через проколы, – пояснил заведующий хирургическим отделением № 2 больницы Антон Ефремов. – Единственный разрез на шее – для создания анастомоза. Бригада у нас расширенная и это позволяет выполнить тот же объём операции, что и раньше, но с меньшим риском».

Сама болезнь выросла из изжоги, на которую пациент долгое время не обращал внимания, принимал соду и никуда не обращался. Кислота желудка постепенно съела слизистую пищевода и привела к стенозу. К врачам мужчина обратился только тогда, когда совсем перестал есть. Огурчик оказался всего лишь первым звонком, который сообщил о проблеме в организме. Из-за болезни мужчина потерял 10 кг – почти четверть массы тела.

Консервативное лечение не принесло эффекта: пищевод сужался, пища застревала, и питаться он не мог. Больному провели пластику пищевода желудочным стеблем, то есть выкроили ему новый пищевод из желудка, обойдя таким образом стеноз.

Операция шла около 6,5 часов. Через 3 дня после вмешательства пациент уже может принимать любую нормальную пищу и готовится к выписке.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Михаил АНДРОЧНИКОВ,
заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ:

Мы видим общую тенденцию к снижению государственного контроля в сфере труда.

Стр. 4-5

Дмитрий МОРОЗОВ,
председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья:

Нам необходимо выйти на решения, которые позволят выровнять финансирование на одного студента, как в вузах Министерства образования.

Стр. 6

Ольга ЛЕСНЯК,
президент Российской ассоциации по остеопорозу:

Если говорить о мире в целом, то перелом из-за остеопороза происходит каждую секунду.

Стр. 12

Сотрудничество

Были коллегами, стали партнёрами

ОмГМУ заключил договор с китайским университетом

Начиная с мая нынешнего года, Омский государственный медицинский университет вёл переговоры с китайскими коллегами о заключении договора о сотрудничестве.

Первый визит китайских коллег в Омск состоялся 26 мая, второй – 24 июля. И вот, спустя несколько месяцев долгожданный документ подписан в ходе ответного визита омичей в Синьцзянский медицинский университет. Делегация ОмГМУ в составе и.о. ректора профессора Виталия Охлопкова и проректора по последипломному образованию профессора Валерия Совалкина посетила китайский вуз, ознакомилась с работой клиник, структурой и организацией учебного процесса, встретилась с руководством университета.

В результате переговоров в рамках работы Российско-китайской ассоциации медицинских университетов и ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» ОмГМУ Министерства здравоохранения РФ и Синьцзянский медицинский университет Китайской Народной Республики заключили договор о сотрудничестве в области здравоохранения, медицинского образования и науки.

Как сообщили в вузе, документ предусматривает, что стороны будут направлять образовательные делегации друг другу, обмениваться опытом, приглашать преподавателей и специалистов для чтения лекций и совместных научных исследований. В рамках договора планируется также направлять студентов друг другу на летнюю производственную практику.

Обе стороны планируют развивать образовательный процесс по направлению традиционной китайской медицины в рамках непрерывного медицинского образования на базе омского университета, а также продолжить работу по созданию института Конфуций. ОмГМУ уже имеет позитивный опыт отношений с Китаем: в 2015 г. он вошёл в состав Российско-китайской ассоциации медицинских университетов, ежегодно студенты ОмГМУ проходят стажировки в Китае.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.
соб. корр. «МГ».

Омск.

Перспективы

Основные параметры бюджета

Государственная Дума РФ рассмотрела в первом чтении законопроект «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.».

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе пленарного заседания доложила депутатам основные параметры главного финансового документа ФОМС.

«Доходы бюджета фонда предусмотрены на 2018 г. в размере 1 трлн 888 млрд руб., на 2019 г. – 1 трлн 993 млрд, на 2020 г. – 2 трлн 139 млрд. Прирост доходов в 2018 г. составит 10,7%, в 2019 г. – 5,6%, в 2020 г. – 7,3%», – сообщила руководитель фонда.

Н.Стадченко отметила, что «на 2020 г. предусмотрен межбюджетный трансферт из федерального бюджета на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, в объёме 77,1 млрд руб.».

«Расходы бюджета Федерального фонда на 2018 г. планируются в размере 1 трлн 994 млрд руб., на 2019 г. – 2 трлн 61 млрд, на 2020 г. – 2 трлн 139 млрд. На субвенцию предусматривается выделить в 2018 г. 1 трлн 871 млрд руб., в 2019 г. – 1 трлн 939 млрд, в 2020 г. – 2 трлн 17 млрд», – добавила Н.Стадченко.

Руководитель ФОМС подчеркнула, что размер субвенции обеспечит выполнение Указа Президента по заработной плате, а также увеличение всех остальных расходов на индекс потребительских цен – 4%. «В 2018 г. соотношение заработной платы медицинских работников к средней заработной плате по экономике региона достигнет: по врачам – 200%, по среднему и младшему медицинскому персоналу – 100%. В 2019-2020 гг. субвенция обеспечит повышение заработной платы медицинских работников на прогнозный индекс потребительских цен», – сказала председатель Федерального фонда ОМС.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Новости

Впервые и с полным успехом

Главный детский хирург Приамурья, главный врач Амурской областной детской клинической больницы Руслан Белоус провёл уникальную операцию по спасению новорождённой девочки. Ребёнка прооперировали спустя 2 суток после её рождения в двойне. Ситуация осложнялась тем, что у крохи с диагнозом «врождённая атрезия пищевода и трахеопищеводный свищ» был диагностирован ещё и порок сердца.

– Операции малышам с таким диагнозом мы выполняли и раньше, но традиционным путём, то есть через широкий разрез грудной клетки, чтобы можно было подойти к операционному полю – к пищеводу, – рассказывает Р.Белоус. – Но в данной ситуации мы применили новую для нас методику – через торакоскопический доступ. Мы давно готовились к этой высокотехнологичной операции – торакоскопический эзофагоанастомоз с перевязкой и пересечением трахеопищеводного свища. Всё прошло благополучно, без каких-либо технических проблем. Хорошо сработала наша неонатальная реанимационно-анестезиологическая служба, которая тоже впервые на таких определённых параметрах проводила анестезиологическое пособие и последующее выхаживание ребёнка уже в палате интенсивной терапии. В общем, это была хорошая командная работа, за что я всем благодарен. Девочка сейчас находится в компенсированном состоянии. Думаю, всё будет благополучно.

Как уточнили в областном Минздраве, благодаря хорошей оснащённости областной детской больницы медицинским оборудованием и высокому профессионализму специалистов такие оперативные вмешательства будут выполняться и в дальнейшем.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Благовещенск.

Инсульт – дело тонкое

В Министерстве здравоохранения Калининградской области подвели итоги недели, приуроченной ко Дню борьбы с инсультом, который во всём мире отмечается 29 октября.

Центральным событием стало проведение бесплатного обследования населения поликлиниками и амбулаторными подразделениями больниц по всей области. Жителям региона было предложено измерить уровень артериального давления и пройти биохимическое исследование крови.

«Полученные результаты помогут нашим пациентам оценить и в дальнейшем контролировать состояние своего здоровья, – отметил главный врач городской поликлиники № 2 Роман Мамонов. – В свою очередь, это позволит их лечащему врачу увидеть риски возможного инсульта, своевременно скорректировать образ жизни, систему питания и назначить адекватную терапию».

В акции приняли участие все 28 первичных медицинских организаций, имеющих взрослое прикреплённое население. На призыв медиков откликнулись больше тысячи человек.

Помимо проведения исследований в преддверии Всемирного дня борьбы с инсультом сотрудники медицинских организаций региона проводили большую просветительскую работу в СМИ, на транспорте, в образовательных учреждениях. Работники школьных медицинских кабинетов во время уроков ОБЖ, биологии, анатомии с помощью наглядного материала учили старшеклассников распознавать первые признаки инсульта и алгоритму действий при их появлении, для того чтобы в случае необходимости они могли помочь своим близким до прибытия медиков.

По словам министра здравоохранения области Александра Кравченко, как и по всей России, борьба с инсультами всё ещё продолжает оставаться актуальной для региона. Поэтому совершенствование системы оказания медицинской помощи таким больным и их реабилитация находятся на особом контроле правительства региона.

«Хочу отметить, что, несмотря на общий рост числа пациентов с инсультом, у нас идёт ежегодное снижение смертности от этого заболевания. И, безусловно, есть резервы для улучшения ситуации в этом сегменте структуры смертности», – констатировал А.Кравченко.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

Акции

Пульс Москвы бьётся ровно

В столице во время акции «Пульс города» многие желающие смогли пройти бесплатный осмотр и получить консультацию у лучших врачей города в мобильных диагностических пунктах, установленных на 7 станциях Московского центрального кольца (МЦК). А помощь врачам, работавшим в мобильных пунктах, оказывал экспертный медицинский совет. Ведущие столичные специалисты в режиме реального времени подсказывали дежурным врачам в спорных и острых ситуациях.

Д.Касаева

«Организаторы проекта отметили отличную организацию нашего кабинета врача общей практики, который руководство больницы во главе с главным врачом больницы Леонидом Ароновым развернуло на станции МЦК «Дубровка», – говорит заместитель главного врача по поликлинике городской клинической больницы № 13 Департамента здравоохранения Москвы Диана Касаева. – Нам особенно приятно, что именно в нашем кабинете принимал пациентов главный специалист общей врачебной практики Москвы профессор Виктор Фомин. Приём он вёл, что называется, «плечом к плечу», совместно с нашими докторами, с самого начала высоко подняв планку медицинского обслуживания всех обращающихся за помощью.

Если у врачей ГКБ № 13, занятых в работе кабинета на МЦК, рабочий день 28 октября начался в 12:00, то у заместителя главного врача по хозяйственным вопросам Ирины Алексеевой, начальника отдела снабжения Игоря Гущина и других сотрудников административно-хозяйственной службы рабочий день начался в 07:00 утра и закончился после 22:00. Благодаря их стараниям материально-техническое состояние кабинета, развёрнутого в непростых условиях МЦК, было безупречным.

Также в рамках «Пульса города» состоялась прямая линия с министром правительства Москвы, руководителем столичного Департамента здравоохранения Алексеем Хрипуном. Любой горожанин, пришедший на один из 7 мобильных пунктов, мог задать ему актуальные вопросы. Алексей Иванович предложил ежегодно повторять подобную акцию.

Наиля САФИНА, корр. «МГ».

Москва.

Профилактика

Грипп заявляет о себе

Наверняка спасёт только вакцинация

На территории России уже отмечается, хотя и низкая, заболеваемость гриппом и ОРВИ, обусловленная респираторными вирусами не гриппозной этиологии, сообщает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

По данным Роспотребнадзора, незначительное превышение недельных эпидемических порогов по совокупному населению зарегистрировано в 4 субъектах РФ. Среди детей в возрасте до 2 лет превышение недельных порогов заболеваемости гриппом и ОРВИ отмечено в 3 субъектах РФ, среди детей 3-6 лет – в 2.

«Можно сказать, что грипп пришёл, и уже есть большое количество заболевших. Но пока эпидемический порог не превышен. Мы столкнёмся с эпидемией почти наверняка в ноябре. И нарастание будет весьма длительным, как обычно – от 2 до 4 месяцев», – сообщила глава Минздрава России Вероника Скворцова в рамках проводившейся министерством федеральной недели здоровья.

В этом году доминантным будет штамм AH1N1, так называемый мичиганский грипп, отметила В.Скворцова.

Напомним, что штамм «Мичиган» – одна из разновидностей «свиного гриппа», об угрозе распространения которого ранее предупреждала Всемирная организация здравоохранения. Но пока, по результатам мониторинга за циркуляцией респираторных вирусов за прошлую неделю, вирусов гриппа не обнаружено, информирует Роспотребнадзор. В структуре положительных находок вирусы парагриппа составили 25,87% (164 случая), аденовирусы – 17,82% (113), другие вирусы не гриппозной этиологии – 43,9% (278).

Роспотребнадзором продолжается мониторинг иммунизации населения России против гриппа. Как сообщили в ведомстве, вакцинация проводится во всех субъектах РФ, на середину октября за счёт средств федерального бюджета и других средств привито 39 млн человек, среди них – 10,5 млн детей и более 105 тыс. беременных. Активно включились в вакцинацию работодатели – за их счёт привито более 2,2 млн человек.

Опыт отечественного здравоохранения России и других стран показывает, что реализация профилактических мероприятий на 60% обеспечивает снижение смертности от неинфекционных заболеваний. За последние 5 лет в нашей стране в 3,5 раза снизилась заболеваемость гриппом.

По информации Европейского регионального бюро ВОЗ, во всех странах этого региона активность гриппа в настоящее время остаётся на низких уровнях, отмечается лишь спорадическое выявление его вирусов.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Тенденции

Уроки экстренной помощи

В Многопрофильном республиканском медицинском центре (МРМЦ) в Крыму в прямом эфире прооперировали двух пациентов с ОКС.

Операция прошла в ходе научно-практической конференции «Современная кардиология от А до Я», которая была организована совместно министерствами здравоохранения России и Республики Крым, а также Федеральным медико-биологическим агентством России и его подведомственными учреждениями: столичным Федеральным научно-клиническим центром и МРМЦ – новой клиникой, открывшейся на территории Ялтинской городской больницы. В мероприятии приняли участие около 200 практикующих врачей Республики Крым и города федерального значения Севастополя.

В рамках конференции выступили главный кардиолог Крыма Валерий Садовой, главный кардиохирург Минздрава Крыма Гаттас Элиас Ризк.

В рамках программы был запланирован показ сложного стентирования коронарных артерий. Однако в день мероприятия в МРМЦ поступили два неотложных пациента с острым коронарным синдромом, которых экстренно прооперировали в режиме прямой трансляции. Подобная ситуация является важным прецедентом для региона: сегодня на полуострове есть все возможности для оказания как плановой, так и неотложной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной. Одним из ведущих в работе МРМЦ является кардиологическое направление, что во многом связано с широкой распространённостью заболеваний сердечно-сосудистой системы в России. В клинике наряду с общехирургическими вмешательствами проводятся операции по стентированию артерий, имплантации электрокардиостимуляторов, установке кардиовертеров-дефибрилляторов.

Министр здравоохранения Крыма Александр Голенко отметил, что для медицины полуострова открытие многопрофильного центра в Ялте стало большим шагом вперёд. Многие операции, выполняемые в нём, проводятся в Крыму впервые. Например, месяц назад в центре было проведено первое в регионе миниинвазивное эндоваскулярное протезирование аорты при аневризме. Несмотря на пожилой возраст пациентки, вмешательство прошло успешно, и вероятность прогрессирования заболевания сведена к минимуму.

Генеральный директор Федерального научно-клинического центра ФМБА России, доктор медицинских наук, профессор Александр Троицкий, один из первых сосудистых хирургов России, широко внедривший эндоваскулярные методы лечения патологии сосудов, отметил важность организации работы МРМЦ в Крыму. По его мнению, на полуострове созданы все условия для того, чтобы уже в ближайшем будущем этот регион стал одним из лидеров в области высокотехнологичной медицины.

Гости мероприятия отметили высокий уровень организации обучающего мероприятия и важность регулярного проведения подобных «круглых столов». Сегодня в Крыму с успехом взят новый уровень оказания медицинской помощи, в том числе внедрены в практику высокотехнологичные операции за счёт средств федерального бюджета. Благодаря совместным усилиям столичных и местных специалистов в медицине полуострова сегодня успешно сливаются опыт и инновации.

Алексей ЛЕОНИДОВ.
МИА Cito!

Республика Крым.

На контроле

Народный фронт «на стрёме»

Мониторинг Общероссийского народного фронта показал, что 77% опрошенных экспертами ОНФ врачей недовольны уровнем подготовки молодых специалистов, приступивших к работе сразу после окончания медицинских учебных заведений. Таковы результаты мониторинга, проведённого ОНФ в конце октября 2017 г. среди более 3 тыс. медиков из 84 субъектов РФ. Среди основных проблем в организации непрерывного медицинского образования респонденты назвали нехватку времени на участие в конференциях (82%) и финансирования (64%), а также загруженность на работе, которая не позволяет заниматься повышением профессиональной квалификации.

В качестве основных препятствий при подготовке квалифицированных кадров медики отметили большой объём бумажной волокиты у ординаторов, отсутствие доступа к практике, нехватку времени у преподавателей, несбалансированность количества ординаторов. Кроме этого, по мнению респондентов, это также отсутствие мотивации у преподавателей и студентов, сильная загруженность преподавателей, плохая материально-техническая оснащённость образовательных учреждений, а также коррупционная составляющая.

Улучшить качество подготовки специалистов, как считают сами врачи, поможет, например, вовлечение учащихся в практическую деятельность (76%), ориентация самих специалистов на необходимые знания и умения (56%), улучшение материально-технической базы вузов (47%) и повышение квалификации преподавателей (35%).

Опрос также показал, что для многих медработников острой темой остаётся отмена интернатуры, 60% опрошенных считают, что заменить её вполне может введение должности врача-стажёра, 53% респондентов отмечают необходимость изменения программы обучения на 5-6-х курсах с фокусом на практические компетенции.

Большинство опрошенных (83%) считают, что для решения проблем системы непрерывного медицинского образования (НМО) необходимо выделить время на обучение с отрывом от производства, 76% считают необходимым обеспечить финансирование участия медработников в НМО, 58% – обеспечить доступ к электронным материалам для самостоятельного обучения, 30% – усилить контроль качества учебных мероприятий и материалов. При этом больше половины опрошенных (51%) сказали, что участвуют в системе непрерывного медицинского образования, и только 4% признались, что даже не слышали об этом.

«Проведённый опрос продемонстрировал интерес и неравнодушие медицинского сообщества к проблемам профильного образования, – прокомментировал эксперт ОНФ, секретарь комиссии по оценке соответствия мероприятий и материалов Координационного совета по развитию непрерывного медицинского образования Минздрава России Залим Балкизов. – Неудовлетворённость качеством подготовки выпускников вполне ожидаема, решить эту проблему очень непросто. Но уже сделаны первые шаги – независимо оценивать компетенции медицинских специалистов можно в рамках первичной и первичной специализированной аккредитации. Впервые медицинские специалисты получили возможность не просто указывать на проблемы, но и участвовать в оценке и допуске выпускников к работе по специальности. Уже в первые 2 года реализации первичной аккредитации мы видим серьёзные изменения в учебных программах и подходах к освоению практических умений в медицинских вузах».

Он отметил, что от врачей прозвучало много предложений по тому, как сделать систему НМО эффективной. Среди вариантов: обязать главных врачей отпускать медработников на обучение, снизить нагрузку, увеличить количество дистанционных обучающих циклов, разработать специальное мобильное приложение, провести инструктаж по разъяснению работы в системе НМО, улучшить качество публикуемых материалов, организовывать обучающие циклы на месте работы и обеспечить доступ к интернету на всех рабочих местах и многое другое.

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

Статистика

Доступность льготных лекарств вызывает тревогу

Более половины врачей считают, что доступность лекарственного обеспечения для льготников в их регионе низкая, две трети подтверждают случаи административного давления при выписке льготных рецептов, в том числе при отсутствии препарата в аптеке, а три четверти знают о случаях отсутствия в больницах необходимых лекарственных препаратов. Об этом свидетельствуют данные опроса, проведённого экспертами Общероссийского народного фронта и Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье».

В исследовании приняли участие 4,6 тыс. врачей из 85 регионов.

«Более половины (62,4%) врачей, участвовавших в опросе, считают, что в их регионе низкая доступность лекарственного обеспечения для льготников. Именно поэтому мы реализуем проект «За доступные лекарства», – сообщил член Центрального штаба ОНФ, директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

«В рамках проекта «За доступные лекарства» мы уже помогли многим пациентам и будем впредь продолжать нашу работу по устранению нарушений при льготном лекарственном обеспечении в регионах», – заключил общественник.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Подписка-2018

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: **ул. 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**

События

Поздравляем!

Участники конгресса Национальной медицинской палаты «Российское здравоохранение сегодня: проблемы и пути решения» сердечно поздравляют министра здравоохранения Российской Федерации Веронику Скворцову с днём рождения!

Глубокоуважаемая Вероника Игоревна!

Вы определяете магистральные направления развития медицины и вносите неоценимый вклад в совершенствование охраны здоровья населения. Свойственные Вам исключительный врачебный профессионализм и твёрдая воля крупного государственного деятеля служат залогом успешного развития отечественного здравоохранения.

Взаимодействие органов власти и общественности имеет сегодня колоссальное значение, и мы благодарны Вам за доверие, которое Вы оказываете Национальной медицинской палате. Позвольте заверить Вас в том, что медицинское сообщество страны поддерживает Вас во всех начинаниях, и от всего сердца пожелать дальнейших успехов, крепкого здоровья и благополучия!

Принято единогласно на пленарном заседании.

1 ноября 2017 г.

Редакция «Медицинской газеты» присоединяется к многочисленным поздравлениям коллег, которые прозвучали в эти дни в адрес Вероники Игоревны. И желает нашему министру счастливых и долгих лет жизни!

Угроза

Омское Прииртышье входит в состав Западно-Сибирского очагового региона, где ежегодно регистрируются эпизоотии среди диких животных. На днях в области зарегистрировали очередного жителя, пострадавшего от укуса енотовидной собаки.

Не только собаки кусачие…

Как напоминают специалисты, эпизоотический процесс в окружающей природе поддерживают такие дикие животные, как красная лисица, корсак, енотовидная собака, барсук, на долю этих лесных разносчиков инфекции приходится 43,5% от общего числа выявленных животных. Причём превалирует бешенство лисиц – 70% случаев. Разумеется, в эпизоотию вовлечены домашние и сельскохозяйственные животные (соответственно 43,5 и 13% случаев от общего числа выявленных).

В Управлении Роспотребнадзора по Омской области сообщили, что от укусов животных с начала года пострадали 4575 человек, из них более 30% составили дети до 17 лет. Хотя показатель обращаемости по сравнению с прошлым годом уменьшился на 3% и составил 231,2 на 100 тыс. населения (2015 г. – 237,1). Из числа пострадавших 212 (4,6%) находились в контакте с дикими животными, в том числе 85 человек – дети до 17 лет (40%). Показатель обращений с травмами от диких животных уменьшился в сравнении с прошлым годом и составил 10,71 на 100 тыс. населения (2015 г. – 12,18).

Как сообщили эпидемиологи, всем, кто находился в контакте с больными животными, был назначен курс лечебно-профилактических прививок против бешенства. Сдерживать ситуацию удаётся во многом благодаря целенаправленной комплексной работе, оперативному взаимодействию со специалистами ветеринарной службы по обследованию эпизоотических очагов бешенства и их ликвидации, вакцинации домашних и сельскохозяйственных животных, иммунизации лиц из группы риска, сотрудников ветстанций, работников служб по отлову бродячих собак и т.д., разъяснительной работе.

Татьяна ВАСИЛЕВСКАЯ.

МИА Cito!

Омская область.

Ситуация

Высокие нагрузки выдержать всё сложнее

Акушер-гинеколог Оксана Кивлева умерла после почти 24 часов дежурства в Ангарском перинатальном центре, об этом сообщили в медицинском учреждении…

Женщина пришла на дежурство 25 октября к 16:00, а ушла в 15:00 на следующий день после обхода в послеродовом отделении. «Её тело без признаков жизни было обнаружено её ближайшими родственниками утром 27 октября у неё дома», – говорится в заявлении центра.

В медучреждении сообщили, что акушер-гинеколог была опытным оперирующим врачом и «честно и добросовестно выполняла свою работу, неся огромную физическую и эмоциональную нагрузку, связанную со сложностью профессии акушера-гинеколога, которая обязывает быть готовой к оказанию медицинской помощи в любое время дня и ночи». Причина смерти врача будет установлена после экспертизы.

Андрей ДЫМОВ.

Ангарск.

Идёт голосование

Итоги и прогнозы

Путь к социальной

Профсоюз поддержал новый белгородский

Выездное заседание Центрального комитета Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации прошло в Белгороде. Вёл его заместитель председателя профсоюза Геннадий Щербаков.

В рамках мероприятия был рассмотрен вопрос о регулировании Белгородской областной организацией социально-правовых и трудовых прав работников здравоохранения через социальное партнёрство.

Председатель региональной организации профсоюза Людмила Веткова дала общую оценку социально-экономического и правового положения работников отрасли. На эту же тему с докладом выступила заместитель губернатора, начальник Департамента здравоохранения и социальной защиты населения региона Наталия Зубарева. Она показала, почему Белгородчина является примером сотрудничества с профсоюзом. Благодаря социальному партнёрству во всех первичных профорганизациях имеются коллективные договоры, совместно с главными врачами ведётся активная работа по созданию здоровых и безопасных условий труда, осуществляется контроль за соблюдением трудового законодательства через проведение профсоюзных проверок.

– Уже более 15 лет мы заключаем соглашение с Департаментом здравоохранения и работаем в тесном контакте, – отметила Л.Веткова. – Мы не делим трудности на проблемы департамента и проблемы профсоюза, а решаем их вместе. Работа Белгородского областного комитета профсоюза с первичными организациями позволила стабилизировать ситуацию в области сохранения ранее предоставляемых медицинским работникам льгот и компенсаций по результатам спецоценки. Через реализацию отраслевого соглашения удалось сохранить: 50 и 100% оплаты труда за работу в ночное время, размеры доплат за работу во вредных условиях труда, надбавки за непрерывный стаж работы, получение ссуд под строительство жилья.

С акцентом на кадровую составляющую

Заместитель председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаил Андрочников акцентировал внимание на том, что проект «Управление здоровьем» (речь шла в первых двух докладах) ориентирован не только на совершенствование профилактической работы и формирование у белгородцев нового отношения к собственному здоровью, но и на модернизацию всей структуры медицинских организаций, в первую очередь села, малых городов.

Крайне ценна для профсоюза кадровая составляющая проекта. Не случайно в подготовке его нормативной базы деятельное участие принимала областная организация профсоюза. Но трудности, как известно, нередко кроются в деталях. Поэтому многое зависит от реализации этого проекта непосредственно в учреждениях. Только активное взаимодействие администраций лечебных учреждений, коллектива и первичных профсоюзных организаций, позволит снять многие негативные моменты, обычно возникающие на начальных этапах реализации таких проектов, а тем более такого масштабного, как белгородский.

– Правильное оформление трудовых отношений, разработка объективных показателей и критериев оценки качества работы каждого специалиста, обеспечение транспарентных процедур при определении размеров дополнительных выплат – это чрезвычайно важная составляющая в работе социальных партнёров, – пояснил М.Андрочников. – Новые условия требуют совершенствования нормативной базы по исчислению заработной платы, в частности увеличения гарантированной её части. Сегодня минимальные оклады младшему и среднему медицинскому персоналу ниже минимального размера оплаты труда (МРОТ). В проекте нового регионального Положения по оплате труда планируются их размеры, превышающие величину МРОТ, в чём, разумеется, немалая заслуга областной организации профсоюза.

Выступает Л.Веткова

Между тем позитивным результатом совместной деятельности является тот факт, что Белгородская область занимает одно из лидирующих мест по уровню средней заработной платы медицинских работников в Центральном федеральном округе. Конечно, проблемы ещё остаются. Подтверждением этому являются и публикации в СМИ, связанные с недовольством медицинских работников уровнем своей заработной платы, распределением стимулирующих выплат, большими нагрузками.

Что касается контрольных показателей роста заработной платы в соответствии с Майскими указами Президента РФ, то нельзя не заметить крайне существенный её рост. В выполнении региональной «дорожной карты» единственное слабое место – младший медицинский персонал. Контрольный показатель по этому разделу за 2016 г. не был достигнут.

У профсоюза есть серьёзные опасения, что достижение показателей 2017 и 2018 гг. будет решаться не изысканием средств на повышение заработной платы, а через использование административных рычагов, то есть сокращение численности этой группы персонала. Подобная проблема стоит не только перед руководством Белгородской области, но и перед всеми медицинскими организациями России. И здесь профсоюз обязан сказать своё слово.

Защита интересов работающих

В 70-80-х годах приоритетными направлениями деятельности профсоюзов были вопросы совершенствования медицинской помощи населению и мероприятия по улучшению охраны здоровья работающих. Особое место занимало социальное страхование – гарантированная государством система материального обеспечения при потере трудоспособности, достижении старости, а также широкая система профилактических и социально-бытовых мер, направленных на охрану здоровья трудящихся и членов их семей. Отметим, что роль профсоюзов в те годы была весьма заметной в обществе. В последующем реальный их вклад в разрешении социально-экономических проблем был разновелик на каждом историческом этапе. Но независимо от периода деятельности цели и задачи профсоюза оставались неизменными – это представительская и защитная функции, а также сохранение здоровья работников.

– Мы видим общую тенденцию к снижению государственного контроля в сфере труда, – подчеркнул М.Андрочников. – Позиция экономического блока правительства о всеобъемлющем снижении нагрузки на бизнес путём уменьшения количества проверок, в том числе и соблюдения работодателями законодательства о труде, требует от всех структур профсоюза активизировать работу именно в этом направлении.

М.Андрочников считает, что работник должен быть максимально освобождён от личного отстаивания своих интересов, поскольку любой конфликт на производстве, по опыту, чаще всего заканчивается не в его пользу. Представлять его интересы должен специалист, никак не связанный с работодателем. В этом очевидный интерес участия медицинских работников в профсоюзной организации.

«Оказание юридической помощи, представление квалифици-

В президиум заседания поступало много предложений от региональных организаций

рованной защиты должно стать объединяющим фактором членства в профсоюзе», – продолжил М.Андрочников. Представление интересов своих членов перед работодателем, в органах государственной власти, судебных органах является основной задачей профсоюза. Ведь у наших социальных партнёров в обязательном порядке есть юристы, специалисты по охране труда, которые в большинстве случаев играют на снижение уровня социальных гарантий работников. Не имея таких специалистов, профсоюз заведомо проигрывает в конфликтной ситуации. То есть на помощь при нарушении прав работников должны приходить юристы региональной организации профсоюза.

Статистика свидетельствует, что задолженность по заработной плате возникает в тех организациях, где нет профсоюза, где

Перед началом заседания можно и «Медицинскую газету» почитать

Проблемные вопросы, связанные со специальной оценкой условий труда, поднимаются профсоюзом на всех уровнях. и жилищно-коммунальных услуг должны были предоставляться, исходя из этого принципа. В результате после активных

комиссии профсоюз принимает участие в рассмотрении проектов федерального бюджета и бюджета ФОМС. В рамках разработки проекта генерального соглашения на последующий трёхлетний период представители профсоюза настаивают на формировании действенной системы стандартов в оплате труда работников, в основу которой должны быть заложены базовые оклады. Правительство должно всё-таки разрешить правовую коллизию структуры МРОТ, исходя из необходимости «очищения» его величины от выплат компенсационного и стимулирующего характера.

Как известно, на предыдущем пленуме профсоюз принял обращение к Президенту РФ, которое отражало основные проблемы, сложившиеся в сфере оплаты труда в здравоохранении.

– Реакция на обращение – в лучших чиновничьих традици-

справедливости

проект «Управление здоровьем»

руководство не обращает внимание на соблюдение трудовых прав сотрудников. При этом в условиях минимизации контрольно-надзорных функций государства действенной остаётся лишь система профсоюзного контроля. Ещё одним моментом, ухудшающим ситуацию, стало Постановление Правительства РФ, по которому контроль и надзор за соблюдением трудового законодательства будет осуществляться с применением риск-ориентированного подхода и исключительно по проверочным листам.

Мониторинг на рабочем месте

Общеизвестный факт, что почти все медицинские работники трудятся в условиях воздействия вредных производственных факторов. На многих рабочих местах изменился за последнее время класс условий труда. Часть работников утратили право на льготное пенсионное обеспечение, на дополнительный отпуск, повышенную оплату труда, тогда как фактические условия работы не изменились.

Мониторинг проведения специальной оценки условий труда профсоюзом показывает, что проблемы с её реализацией искажают реальное состояние условий труда на рабочих местах, не позволяют в полной мере оценить уровни воздействия вредных и опасных производственных факторов на здоровье. И, как следствие, не запускают компенсационный механизм и надлежащее социальное обеспечение работников. Сегодня обучение по охране труда проводят в том числе и представители профсоюза, чтобы более эффективно бороться за права медицинских работников.

М.Андрочников отметил, что целенаправленная работа областного комитета профсоюза с первичками позволила стабилизировать ситуацию в Белгородской области. В регионе сохранены ранее предоставляемые медицинским работникам льготы и компенсации. Наиболее эффективной формой защиты прав, как отмечают сами врачи, фельдшеры и медсёстры, стали комплексные тематические проверки, результаты которых регулярно обсуждаются на заседаниях президиума обкома.

Одним из последних результатов такой работы стало утверждение приказом Минтруда особенностей оценки рабочих мест работников, участвующих в оказании медицинской помощи больным с психическими и поведенческими расстройствами.

В условиях оптимизации

Финансово-экономическое положение в стране и жёсткая экономия бюджетных средств являются причиной «оптимизации», что ведёт к сокращению числа больниц, поликлиник и работников, рабочих мест, принуждению к увольнению по собственному желанию. Среди незащищённых, по мнению профсоюза, в том числе руководители и их заместители. Можно вспомнить, чтобы убедиться в этом, принятие закона об увольнении по достижении предельного возраста. Задача профсоюзных организаций в условиях нестабильного финансового положения лечебных учреждений – оказать помощь членам профсоюза, не оставить без внимания людей, нуждающихся в такой поддержке.

Многие льготы и гарантии для работника можно установить сегодня исключительно через коллективный договор или соглашение. И это не просто слова, в Трудовом кодексе содержится около 100 статей, имеющих прямую отсылку к регулированию отношений коллективными договорами или соглашениями. Вот эти нормы и должны найти отражение в актах социального партнёрства.

Профсоюз будет добиваться безусловной экспертизы принимаемых как работодателями приказов, так и нормативных актов, затрагивающих интересы работников отрасли, проектов законов.

Одним из примеров вертикального рассмотрения закона на федеральном уровне, а после и принятия соответствующих законов в субъектах РФ является закон, вступивший в силу в январе 2016 г. Он предусматривает совершенствование мер социальной поддержки, исходя из соблюдения принципа адресности и применения критериев нуждаемости. В процессе его подготовки была прописана норма, в соответствии с которой меры по оплате жилья

Н.Зубарева (слева) приглашает Г.Щербакова посетить белгородские клиники

обращений профсоюза в органы законодательной и исполнительной власти, Общественную палату удалось исключить из законопроекта норму в подобной трактовке. Однако мониторинг профсоюза показал, что в нарушении закона в законодательстве субъектов РФ приняты такие принципы в Астраханской, Калужской, Томской областях, республиках Хакасия, Крым. Профсоюз категорически не согласен с таким избирательным выполнением закона и будет продолжать отстаивать права сельских медиков.

В лучших традициях российской бюрократии

Пленум ЦК проходил в период активного рассмотрения проектов бюджетов всех уровней на следующий трёхлетний период. Поэтому не могли собравшиеся обойти задачи, которые стоят в этой связи перед профсоюзом. Первое – добиваться соответствующего финансового обеспечения контрольных показателей роста заработной платы медицинских работников по «дорожным картам», индексации фондов оплаты труда для их выполнения, а также для повышения заработной платы и иным категориям работников, увеличения тарифов в системе ОМС.

На федеральном уровне в рамках Российской трёхсторонней

ях. И Администрация Президента, и аппарат Правительства направили документ на рассмотрение Минздрава России, в чью компетенцию, по сути, не входит решение обозначенных профсоюзом проблем, – констатировал на пленуме М.Андрочников. – В итоге пришло обстоятельное письмо разъяснительного характера, в котором даже нет намёка на то, каким образом решать архиважные проблемы. Разумеется, профсоюз не удовлетворён этим ответом. Во время предвыборной кампании будут составлены соответствующие наказы кандидатам в президенты РФ, инициироваться рассмотрение этих вопросов на законодательном уровне. Тем более Президент РФ Владимир Путин в одном из выступлений на гражданском форуме сказал: «Без действительно партнёрских отношений между государством и обществом не может быть ни сильного государства, ни благополучного гражданского общества, здесь нужен диалог на равных. И особая роль в развитии партнёрских отношений принадлежит профсоюзам». С этим не поспоришь!

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва – Белгород.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Рядом с нами

Мастер курортного дела

Так по праву можно назвать этого хорошего врача и неординарного человека

В эти дни отмечает свой 80-летний юбилей наш коллега, отличник здравоохранения, обладатель ордена «Знак Почёта» и медали «Ветеран труда», заслуженный врач РФ Иван Лысенко, который всю свою жизнь посвятил медицине и развитию санаторно-курортного дела на Кавказских Минеральных Водах. Иван Иванович начал свою профессиональную деятельность с должности акушера-гинеколога. Далее возглавил центральную больницу Красногвардейского района.

Заметив молодого перспективного сотрудника, начальство перевело его в Пятигорск на должность заместителя по медицинской части санатория «Лесная поляна». Далее, здесь же, Иван Иванович – главный врач учреждения.

Карьера и дальше стремительно поднимается в гору. С 1980 г. он работает председателем Пятигорского курортного совета по управлению санаторно-курортными учреждениями и предприятиями профсоюзов. За 8 лет им придумано немало полезных новшеств и реализовано много интересных идей по развитию города-курорта. Опытного доктора и прекрасного организатора санаторно-курортного дела переводят в Кисловодск. Он и здесь 13 лет занимает ответственные должности в качестве председателя Кисловодского территориального совета по управлению курортами профсоюзов, главного врача объединения санаторно-курортных учреждений профсоюзов «Кисловодск-курорт», генерального директора-главного врача ООО «Объединение Кисловодсккурорт».

С 2000 по 2010 г. является директором, главным врачом Санатория им. С.М.Кирова.

Иван Иванович – пример преданного семьянина, и в этом году отпраздновал 54-летие совместной жизни со своей любимой супругой Клавдией Ивановной, так же заслуженным врачом РФ. Эта дружная пара положила начало медицинской династии. Сын Константин – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, кандидат психологических наук, дочь Анна – отличник здравоохранения, кандидат экономических наук и зять Иван, работающий в нашей профессии более 25 лет. Внук Лев в этом году поступил в Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова. Младший внук Савва также мечтает быть хорошим врачом, как дедушка, чтобы всегда помогать людям.

Сослуживцы и сотрудники санаторно-курортных учреждений Пятигорска и Кисловодска до сих пор вспоминают Ивана Ивановича как грамотного, чуткого, справедливого руководителя, к которому любой человек мог обратиться как по рабочей, так и личной проблеме.

Вся многочисленная любящая семья Ивана Ивановича, друзья, коллеги от всей души поздравляют его с юбилеем!

Игорь СТРАХОВ.

Ставропольский край.

Акции

Им по силам менять жизнь к лучшему

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

Завершился очередной этап ставшего традиционным конкурса научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Позади уже 4 смотра инициатив лучших проектов в области фтизиатрической науки и службы в целом. И вот на днях в столице подведены итоги очередного этапа.

Профессора И.Васильева и В.Максимов напутствуют победительницу конкурса из Омска И.Ярусову на новые достижения

Первое место присуждено ассистенту кафедры туберкулёза Читинской государственной медицинской академии Екатерине Богодуховой. Второе – ассистенту кафедры фтизиатрии и пульмонологии Уральского государственного медицинского университета Алесе Мезенцевой. Третье – торакальному хирургу туберкулёзного лёгочно-хирургического отделения, старшему научному сотруднику лаборатории консервативных и хирургических технологий лечения туберкулёза уральского филиала Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Министерства здравоохранения РФ Александру Баженову.

Кроме этого, три конкурсанта отмечены поощрительными премиями: диплома «За оригинальность идеи исследования» удостоены торакальный хирург Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза Кирилл Авдиенко и уролог этого института Сергей Шевченко, диплома «За исследовательский поиск» – студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета Уральского ГМУ Алёна Ткачёва.

– Участие в конкурсе предоставляет молодёжи возможность реализовать свои идеи, планы, знания, стимулирует к научному поиску. В нём может участвовать любой, кто ищет новые организационные подходы и пути совершенствования диагностики, выявления, лечения, профилактики заболевания. Эту традицию мы обязательно продолжим, – отмечает директор Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главный фтизиатр Минздрава России, эксперт ВОЗ по туберкулёзу от РФ, президент Российского общества фтизиатров/Ассоциации фтизиатров России, доктор медицинских наук, профессор Ирина Васильева.

Напомним, что родоначальником этой важной инициативы выступил в 2014 г. директор Центрального НИИ туберкулёза член-корреспондент РАН Владислав Ерохин, который всегда беспокоился о будущем специальности. Сегодня, как и прежде, организатором конкурса является Российское общество фтизиатров/Ассоциация фтизиатров России при поддержке Министерства здравоохранения РФ, Всемирной организации здравоохранения, профессионального врачебного издания «Медицинская газета». Его цель в повышении престижа профессии, пропаганде медицинской науки и образования, содействии профессиональному росту медицинской молодёжи, поощрении её творческой активности, формировании базы инициативных талантливых исследователей.

В составе жюри признанные учёные, практики, организаторы здравоохранения, ведущие специалисты в области медицины, среди которых президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль, заместитель директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения РФ Тереза Касаева, директора институтов фтизиопульмонологии, представители ВОЗ, общественных, благотворительных организаций. Это объяснимо, ведь туберкулёз не имеет ни политических, ни иных границ. Вот почему бороться с проблемой, которая ещё, к сожалению, продолжает оставаться актуальной, надо всем миром. Хотя следует отметить, что слаженная совместная работа общей лечебной сети, санитарно-эпидемиологической, противотуберкулёзной служб, ведомственной медицины и многих министерств с использованием международного опыта позитивно сказалась на ситуации с этим опасным заболеванием: положительные процессы уже начались и набирают обороты.

Торжественная церемония чествования лучших пройдёт в рамках Всероссийской научно-практической конференции с участием международных организаций и экспертов «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза», которая откроется 14 ноября в столице.

В настоящее время целью стратегии по борьбе с туберкулёзом в мире, сформулированной ООН и ВОЗ, является ликвидация этого заболевания как проблемы общественного здравоохранения к 2030 г. Фтизиатрам и всему медицинскому сообществу при междисциплинарном и межсекторальном, более того – международном сотрудничестве предстоит немало потрудиться, чтобы свести туберкулёз в минус, а затем и к нулю. И эта задача по плечу прежде всего амбициозным молодым специалистам.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ»,
член экспертного совета конкурса.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Проблемы и решения

Дорогие наши студенты…

Сколько стоит подготовка врача в России?

Больной вопрос о подготовке специалистов с высшим образованием поднимался на заседании депутатской фракции «Единая Россия», в Государственной Думе РФ, рассмотревшем проект федерального бюджета на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.

Перед бюджетом все равны

Говоря о планируемом финансировании отраслевых вузов, спикер Госдумы РФ Вячеслав Володин отметил, что «этот вопрос действительно актуален, данная тема носит общий характер», и поручил профильным думским комитетам палаты изучить данную проблему «по подведомственным вузам каждой отрасли» и подготовить новый расширенный проект постановления заседания. Назвав ситуацию с финансированием сельскохозяйственных вузов «действительно вопиющей», спикер палаты заявил: «Но что ещё более кричаще и вызывающе в этом плане смотрится, это вузы Министерства здравоохранения, которые финансируются в объёме порядка 90 тыс. руб. Это вузы, где самые большие затраты на подготовку студента, будущего врача, как вы понимаете, это почти в два раза меньше, чем вузы, имеющие отношение к Министерству образования (170 тыс. руб.). Разница сама за себя говорит». Кроме того, он отметил, что, например, в гуманитарных вузах для подготовки студента нужна лишь «парта и, может быть, планшет», что «там-то (в медицинских вузах) – большое лабораторное оборудование».

«Нам необходимо выйти на решения, которые позволят выровнять финансирование на одного студента как в вузах Министерства образования, так и в отраслевых. Ещё раз подчеркну – в вузах здравоохранения, сельского хозяйства, Министерства транспорта (более 100)», – заключил председатель Госдумы.

Депутаты думского Комитета по охране здоровья неоднократно обращали внимание на вопрос финансирования медицинских вузов. В соответствии с приказом Министерства образования и науки РФ № 884 от 20.07.2016 вузовская подготовка врачей и провизоров отнесена ко второй стоимостной группе, базовый норматив по которой составляет 76 770 руб. Между тем реальная подготовка врача обходится значительно дороже, отмечают в комитете. В первую очередь это связано с расходами на приобретение и содержание высокотехнологичного медицинского и лабораторного оборудования, обеспечение его расходными материалами, а также расходов на практическую подготовку специалистов, содержание клинических подразделений для обеспечения образовательного процесса.

Профильный комитет настаивает на переводе укрупнённых групп специальностей в сфере здравоохранения в третью стоимостную группу и повышения финансового обеспечения на подготовку будущих врачей за счёт федерального бюджета.

Один и в парламенте – не воин

«Об этой проблеме мы говорим уже давно, – подтвердил, выступая на заседании фракции, председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. – Государственная Дума в феврале этого года обратилась к председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву, в результате чего решением правительства была создана профильная рабочая группа. Обращались парламентарии и к вице-премьеру Правительства РФ Ольге Голодец».

В письме заместитель председателя Правительства РФ Д.Морозов заявил, что установленный Минобрнауки России для медицинских вузов норматив в размере 76,77 тыс. руб. не учитывает специфику медицинского образования, не покрывает реальных затрат образовательных организаций на обучение врачей и провизоров в соответствии с государственными образовательными стандартами. «Комитет полагает необходимым внести соответствующие изменения в нормативные правовые акты Минобрнауки в части включения укрупнённых групп специальностей «Клиническая медицина», «Науки о здоровье и профилактическая медицина», «Фармация» в третью стоимостную группу», – говорится в обращении парламентария.

Оснащение клиник медвузов требует серьёзных затрат… А значит, государство должно вкладывать соответствующие средства

По данным, которыми располагает Д.Морозов, в России – около 550 тыс. врачей и 1,3 млн медработников со средним профессиональным образованием. Дополнительная потребность медицинских организаций во врачах составляет более 37 тыс. человек, в медицинских работниках среднего звена – почти 207 тыс. Наибольший дефицит отмечается по специальностям «терапия», «общая врачебная практика (семейная медицина)», «педиатрия», «анестезиология-реаниматология». Не хватает врачей амбулаторного звена и врачей скорой помощи.

Минобрнауки России, кстати, вроде поддерживает позицию депутатов по пересмотру существующего порядка финансирования медицинских вузов. Об этом ещё до парламентских каникул заявила на встрече с фракцией «Единая Россия» в Госдуме министр Ольга Васильева, отвечая на вопрос Д.Морозова.

«Проблемы подготовки медицинских кадров находятся у самых истоков работы всей системы здравоохранения, – сказал тогда глава думского комитета. – Преобразовывая систему медицинского образования в этот сложный переходный период, мы должны понимать, что её качество определяет всю подготовку грамотного квалифицированного специалиста. Вопрос финансирования обучения будущих врачей здесь выходит на первый план, требует законодательного регулирования».

Всё же учитывать особенности…

О.Васильева выразила надежду на то, что совместные усилия Минобрнауки и депутатов Государственной Думы РФ позволят скорректировать бюджет следующих лет так, чтобы он мог учитывать особенности таких специальностей и финансировать их в необходимом объёме.

В конце июля этого года в нижней палате Федерального собрания РФ прошли парламентские слушания, посвящённые вопросу финансирования отраслевых вузов. У министра финансов РФ Антона Силуанова позиция непоколебима. «Мы дополнительно учли индексацию этих трат в Министерстве образования и других ведомствах, увеличив объём ассигнований на подготовку студентов на 4,5 млрд руб., – сказал он на заседании фракции. – Поэтому общий объём наполняемости норматива в следующем году увеличится с 84% практически до 90%. Мы считаем, что необходимо двигаться поэтапно, постепенно, и общий объём ресурсов на подготовку студентов вузов в следующем году будет увеличен».

Общий объём – это понятно. А как насчёт медицинских вузов? Станут ли дорогие наши студенты вузов Минздрава не дешевле, а, как этого требует справедливость, выше других по финансированию их подготовки? Ведь воз, как говорится, и ныне там…

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 80 (2110)

Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST электрокардиограммы

Клинические рекомендации Минздрава России

(Продолжение. Начало в № 79 от 20.10.2017.)

1. Аспирин в дозе 150-325 мг у больных, которые в последние 5-7 дней регулярно не принимали аспирин.

2. Один из блокаторов рецептора $P2Y_{12}$ тромбоцитов в добавление к ацетилсалициловой кислоте:

– клопидогрел: внутрь 300 мг у больных, которые регулярно его не получали, не принимали тикагрелор или празугрел, и когда не планируется срочная операция коронарного шунтирования. Если в ближайшие часы планируется коронарное стентирование, рекомендуется использовать дозу 600 мг. Догоспитальное применение клопидогрела не препятствует переходу на тикарелор в стационаре. При планируемом применении празугрела от догоспитального использования клопидогрела следует отказаться;

– тикагрелор: внутрь 180 мг у больных, которые не принимали тикагрелор, празугрел или пероральные антикоагулянты, вне зависимости от предшествующего использования клопидогрела. Догоспитальное применение тикагрелора можно рассматривать только при соблюдении следующих условий: отсутствие сомнений в наличии ОКСбпST, умеренный и высокий риск неблагоприятного исхода ОКСбпST, отсутствие показаний к длительному использованию пероральных антикоагулянтов (например, фибрилляция предсердий), отсутствие необходимости в срочной операции коронарного шунтирования, возможность продолжать использование тикагрелора в стационаре и после выписки. Целесообразность догоспитального применения тикагрелора при ОКСбпST не установлена, поэтому в большинстве случаев решение о его назначении разумно отложить до поступления в стационар.

Если в ближайшие часы планируется выполнить коронарную ангиографию с намерением осуществить реваскуляризацию миокарда, способ которой заранее неизвестен, первый приём блокатора рецептора $P2Y_{12}$ тромбоцитов можно отложить до получения информации о состоянии коронарного русла.

3. Парентеральное введение одного из антикоагулянтов (фондапаринукса натрия, эноксапарина или НФГ) в добавление к антиагрегантам возможно у больных, не имеющих противопоказаний, которые регулярно не получали антагонист витамина К и в последние 12-24 часа не приняли пероральный антикоагулянт прямого действия (апиксабан, дабигатрана этексилат или ривароксабан). Догоспитально можно рассматривать использование следующих лекарственных средств:

– фондапаринукс натрия: подкожно 2,5 мг. Фондапаринукс имеет наилучшее соотношение эффективности и безопасности и в большинстве случаев предпочтителен; противопоказан при тяжёлой почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации < 20 мл/мин/1,73 м^2);

– эноксапарин: подкожно 1 мг/кг. Эноксапарин эффективнее НФГ; его не следует использовать при тяжёлой почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2);

– НФГ: внутривенный болюс 60-70 ЕД/кг (но не более 5000 ЕД) с началом внутривенной инфузии 12-15 ЕД/кг/час (но не более 1000 ЕД/час). НФГ предпочтителен при тяжёлой почечной недостаточности, других свидетельствах высокого риска кровотечений, а также в случаях, когда в ближайшее время планируется операция коронарного шунтирования; не показан, если в стационаре будет использоваться эноксапарин.

При отсутствии антикоагулянтов, применение которых у данного больного предпочтительно, а также во всех неясных и сложных случаях (включая отсутствие хорошо налаженной преемственности в лечении) принятие решения о применении антикоагулянтов и выбор конкретного препарата этой группы следует отложить до поступления в стационар.

Приложение 7

Медикаментозное лечение ОКСбпST

Препарат	Рекомендуемая доза
Антиагреганты	
Аспирин	Внутрь; у ранее регулярно не принимавших первая доза 150-325 мг (разжевать и проглотить), со 2-х суток 75-100 мг 1 раз/сутки
Клопидогрел	Внутрь; первая доза 300 мг, со 2-х суток по 75 мг 1 раз/сутки *При планируемом ЧКВ:* внутрь; нагрузочная доза 600 мг (одномоментно или в совокупности), затем 75 мг 1 раз/сутки
Празугрел	Внутрь; первая доза 60 мг, со 2-х суток 10 мг 1 раз/сутки *При почечной недостаточности:* не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2
Тикагрелор	Внутрь; первая доза 180 мг, через 12 часов по 90 мг 2 раза/сутки *Особенности при почечной недостаточности:* не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2
Руцироmаб (монафрам)	Внутривенно; 0,25 мг/кг в течение 3-5 минут за 10-30 минут до ЧКВ
Эптифибатид	*При начале введения до ЧКВ:* внутривенно, болюсом 180 мкг/кг, затем инфузия 2 мкг/кг/мин в течение 72-96 часов (после ЧКВ продолжать в течение 18-24 часов) *При начале введения непосредственно перед ЧКВ:* внутривенно; болюсом 180 мкг/кг с последующей инфузией 2 мкг/кг/мин, через 10 минут 2-й болюс 180 мкг/кг; начать до процедуры, продолжать во время неё и в последующие 18–24 часа *Особенности при почечной недостаточности:* у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 50 мл/мин/1,73 м^2 уменьшить скорость инфузии до 1 мкг/кг/мин; не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2
Парентеральные антикоагулянты	
Бивалирудин	*При начале введения за некоторое время до ЧКВ:* внутривенно, болюсом 0,1 мг/кг с последующей инфузией 0,25 мг/кг/ч продолжительностью 72 часа; перед ЧКВ дополнительно болюсом 0,5 мг/кг с последующей инфузией 1,75 мг/кг/ч до окончания процедуры (при необходимости инфузию можно продолжить в той же дозе в течение 4 часов) *При начале введения непосредственно перед ЧКВ:* внутривенно, болюсом 0,75 мг/кг с последующей инфузией 1,75 мг/кг/ч до окончания процедуры (при необходимости инфузию можно продолжить в той же дозе в течение 4 часов). Если до ЧКВ проводилась внутривенная инфузия нефракционированного гепарина, её следует прекратить и начать вводить бивалирудин через 30 минут *Особенности при почечной недостаточности:* у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2 уменьшить скорость инфузии до 1 мкг/кг/ч, у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2 или на диализе – до 0,25 мкг/кг/ч
Нефракционированный гепарин	Внутривенно, болюсом 60-70 ед/кг (максимально 5000 ЕД), сразу вслед за этим инфузия с начальной скоростью 12-15 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч), в последующем подбор дозы, обеспечивающей увеличение АЧТВ в 1,5-2,5 раза выше контрольной величины для конкретной лаборатории (верхняя граница нормы или среднее нормальное значение у здоровых лиц) *При ЧКВ на фоне начатой внутривенной инфузии нефракционированного гепарина:* внутривенно болюсом 2000-5000 ЕД, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 или 200-250 секунд при планируемом применении блокатора гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов *При ЧКВ у больных, до этого не получавших антикоагулянтов:* внутривенно болюсом 70-100 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 секунд; в сочетании с блокаторами рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов первый болюс 50-70 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 200-250 секунд
Фондапаринукс	Подкожно; 2,5 мг 1 раз/сутки; перед ЧКВ на фоне применения фондапаринукса ввести нефракционированный гепарин внутривенно болюсом 85 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 секунд; в сочетании с блокаторами рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов первый болюс 60 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 200-250 секунд *Особенности при почечной недостаточности:* противопоказан при скорости клубочковой фильтрации < 20 мл/мин/1,73 м^2 противопоказан
Эноксапарин	Подкожно 1 мг/кг 2 раза/сутки *Особенности при почечной недостаточности:* у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2 подкожно 1 мг/кг 1 р/сутки, при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2 не рекомендуется *При ЧКВ на фоне подкожного введения эноксапарина:* если до ЧКВ было сделано как минимум 2 подкожных инъекции эноксапарина, в первые 8 часов после очередной инъекции дополнительного антикоагулянта не требуется; если до ЧКВ была сделана только одна подкожная инъекция эноксапарина или ЧКВ выполняется через 8-12 часов после подкожной инъекции – ввести внутривенно болюсом 0,3 мг/кг эноксапарина; если ЧКВ выполняется через > 12 часов после подкожной инъекции – возможно применение любого антикоагулянта *При ЧКВ у больных, до этого не получавших антикоагулянтов:* внутривенно болюсом 0,5-0,75 мг/кг
Пероральные антикоагулянты	
Антагонисты витамина K	Внутрь; доза подбирается индивидуально для поддержания МНО в границах целевого диапазона (в зависимости от ситуации 2,0-2,5, 2,0-3,0 или 2,5-3,5). Полное антитромботическое действие проявляется через 5 суток после начала подбора дозы, дозу можно считать условно подобранной, если два последовательных дня МНО находится в границах целевого диапазона (в последующем может потребоваться её дальнейшая коррекция, чтобы добиться минимальных колебаний МНО в границах целевого диапазона)
Ривароксабан	Внутрь; 2,5 мг 2 раза/сутки
Бета-адреноблокаторы*,**	
Карведилол***	Внутрь; начальная доза 3,125-6,25 мг 2 раза/сутки, при хорошей переносимости дозу увеличивают с интервалом 3-10 суток до 25 мг 2 раза/сутки
Метопролол	(1) Внутривенно медленно под контролем ЭКГ и АД по 5 мг каждые 2 минуты до максимальной дозы 15 мг; при хорошей переносимости через 15 минут после последнего внутривенного введения внутрь 25-50 мг каждые 6 часов в течение 48 часов, затем 2-3 раза/сутки при применении метопролола сукцината или 1 раз/сутки для пролонгированных лекарственных форм (2) Внутрь; обычная поддерживающая доза до 200 мг за 2-3 приёма (или однократно при использовании пролонгированных лекарственных форм)
Эсмолол	Внутривенная инфузия под контролем ЭКГ и АД; нагрузочная доза 0,5 мг/кг в течение минуты, затем 0,05 мг/кг/мин в течение 4 минут, при недостаточном эффекте увеличение скорости инфузии на 0,05 мг/кг/мин каждые 4 минуты вплоть до 0,3 мг/кг/мин; если необходим более быстрый эффект, перед 2-м и 3-м увеличением дозы можно ввести дополнительные болюсы по 0,5 мг/кг. Гемодинамический эффект сохраняется 20-30 минут после прекращения введения. При переходе на приём других бета-адреноблокаторов внутрь через час после их первого назначения необходимо снизить дозу эсмолола на 50%; обычно эсмолол отменяют после перорального приёма второй дозы бета-адреноблокатора, если за это время поддерживались надлежащие ЧСС и АД
иАПФ: лечение с 1-х суток заболевания#	
Каптоприл	Внутрь; первая доза 6,25 мг, через 2 часа 12,5 мг, через 10-12 часов 25 мг; целевая доза 50 мг 2-3 раза/сутки

(Продолжение на стр. 8-9.)

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

Лизиноприл	Внутрь; первая доза 5 мг, через 24 часа – 5 мг; целевая доза 10 мг 1 раз/сутки
Зофеноприл	Внутрь; первая доза 7,5 мг, через 12 часов ещё 7,5 мг, затем при систолическом АД > 100 мм рт.ст. удвоение дозы каждые 12 часов до 30 мг 2 раза/сутки; возможен более медленный режим титрования дозы – 7,5 мг 2 раза/сутки в 1-2-е сутки, 15 мг 2 раза/сутки на 3-4-е сутки, затем 30 мг 2 раза/сутки
ИАПФ: лечение с более отдалённых сроков заболевания#	
Каптоприл&	Внутрь; целевая доза 50 мг 3 раза/сутки
Периндоприл&&	Внутрь; 8 мг 1 раз/сутки
Рамиприл&,&&	Внутрь; начальная доза 1,25-2,5 мг; целевая доза 5 мг 2 раза/сутки
Трандолаприл&	Внутрь; начальная доза 0,5-1 мг; целевая доза 4 мг 1 раз/сутки
Эналаприл&	Внутрь; начальная доза 2,5 мг; целевая доза 10 мг 2 раза/сутки
Блокаторы рецептора ангиотензина#	
Валсартан	Внутрь; первая доза 20 мг с постепенным увеличением до 160 мг 2 раза/сутки
Антагонисты альдостерона#	
Эплеренон&&&	Внутрь; первая доза 25 мг 1 раз/сутки, при хорошей переносимости у больных, не принимающих амиодарон, дилтиазем или верапамил, в ближайшие 4 недели увеличение дозы до 50 мг 1 раз/сутки.
Нитраты	
Нитроглицерин	Внутривенная инфузия 5-200 мкг/мин; обычно сначала инфузия 10-20 мкг/мин с возможным увеличением на 5-10 мкг/мин каждые 5-10 минут до уменьшения симптомов и/или снижения систолического АД на 10-15% при исходно нормальном АД и на 25-30% при артериальной гипертензии (но не ниже 95 мм рт.ст.)

Примечания:

*могут использоваться и другие препараты в надлежащих дозах, не обладающие внутренней симпатомиметической активностью

**в каждом конкретном случае дозы бета-адреноблокаторов могут быть меньше или несколько выше в зависимости от индивидуальной переносимости и клинического эффекта у конкретного больного; у больных с ХСН при существенно нарушенной сократительной функции ЛЖ положительное влияние на выживаемость показано для бисопролола в целевой дозе 10 мг 1 раз в сутки, карведилола в целевой дозе 25 мг 2 раза в сутки и метопролола сукцината пролонгированного действия в целевой дозе 200 мг 1 раз/сутки

***у больных с ИМ и существенно нарушенной сократительной функцией ЛЖ (ФВ ≤ 40%) показано положительное влияние на выживаемость

#указаны препараты с положительным влиянием на выживаемость после ИМ; особенности подбора дозы у конкретного больного зависят от реакции АД, уровня креатинина и калия в крови; если достичь целевой дозы препарата не удаётся, следует использовать максимально переносимую дозу

&доказательства положительного влияния на прогноз получены у больных с СН (в том числе преходящей в ранние сроки ИМ) и/или ФВ ЛЖ <40%

&&доказательства положительного влияния на прогноз получены у больных без выраженного снижения сократительной способности ЛЖ

&&&при недоступности эплеренона можно использовать спиронолактон в тех же дозах

Приложение 7б

Дозы антикоагулянтов для парентерального введения

Препарат	Дозы
НФГ	Внутривенно, болюсом 60–70 ЕД/кг (максимально 5000 ЕД), сразу вслед за этим инфузия с начальной скоростью 12-15 ЕД/кг/ч (максимально 1000 ЕД/ч), в последующем подбор дозы, обеспечивающей увеличение АЧТВ в 1,5-2,5 раза выше контрольной величины для конкретной лаборатории (верхняя граница нормы или среднее нормальное значение у здоровых лиц) *При ЧКВ на фоне начатой внутривенной инфузии нефракционированного гепарина:* внутривенно болюсом 2000-5000 ЕД, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 или 200-250 секунд при планируемом применении блокатора гликопротеиновых рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов *При ЧКВ у больных, до этого не получавших антикоагулянтов:* внутривенно болюсом 70-100 ед/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 секунд; в сочетании с блокаторами рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов первый болюс 50-70 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 200-250 секунд
Фондапаринукс	Подкожно; 2,5 мг 1 раз/сутки; перед ЧКВ на фоне применения фондапаринукса ввести нефракционированный гепарин внутривенно болюсом 85 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 250-350 секунд; в сочетании с блокаторами рецепторов IIb/IIIa тромбоцитов первый болюс 60 ЕД/кг, при необходимости повторно с целью поддерживать активированное время свёртывания крови 200-250 секунд *Особенности при почечной недостаточности:* противопоказан при скорости клубочковой фильтрации < 20 мл/мин/1,73 м^2
Эноксапарин	Подкожно 1 мг/кг 2 раза/сутки *Особенности при почечной недостаточности:* у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2 подкожно 1 мг/кг 1 р/сут, при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2 не рекомендуется *При ЧКВ на фоне подкожного введения эноксапарина:* если до ЧКВ было сделано как минимум 2 подкожных инъекции эноксапарина, в первые 8 часов после очередной инъекции дополнительного антикоагулянта не требуется; если до ЧКВ была сделана только одна подкожная инъекция эноксапарина или ЧКВ выполняется через 8-12 часов после подкожной инъекции – ввести внутривенно болюсом 0,3 мг/кг эноксапарина; если ЧКВ выполняется через > 12 часов после подкожной инъекции – возможно применение любого антикоагулянта *При ЧКВ у больных, до этого не получавших антикоагулянтов:* внутривенно болюсом 0,5-0,75 мг/кг
Бивалирудин	*При начале введения за некоторое время до ЧКВ:* внутривенно, болюсом 0,1 мг/кг с последующей инфузией 0,25 мг/кг/ч продолжительностью 72 часа; перед ЧКВ дополнительно болюсом 0,5 мг/кг с последующей инфузией 1,75 мг/кг/ч до окончания процедуры (при необходимости инфузию можно продолжить в той же дозе в течение 4 часов) *При начале введения непосредственно перед ЧКВ:* внутривенно, болюсом 0,75 мг/кг с последующей инфузией 1,75 мг/кг/ч до окончания процедуры (при необходимости инфузию можно продолжить в той же дозе в течение 4 часов). Если до ЧКВ проводилась внутривенная инфузия нефракционированного гепарина, её следует прекратить и начать вводить бивалирудин через 30 минут *Особенности при почечной недостаточности:* у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2 уменьшить скорость инфузии до 1 мкг/кг/ч, у больных со скоростью клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2 или на диализе – до 0,25 мкг/кг/ч

Приложение 7в

Ингибиторы $P2Y_{12}$ рецепторов тромбоцитов

	Клопидогрел	Празугрел	Тикагрелор	Кангрелор
Химический класс	Тиенопиридин	Тиенопиридин	Циклопентилтриазолоиримидин	Стабильный аналог АТФ
Способ приёма	Пероральный	Пероральный	Пероральный	Внутривенный
Связывание с тромбоцитами	Необратимо	Необратимо	Обратимо	Обратимо
Активация в печени	Пролекарство (два превращения в печени)	Пролекарство (одно превращение в печени)	Активное лекарство с дополнительным активным метаболитом	Активное лекарство
Начало действия*	2-6 часов**	30 минут**	30 минут**	2 минуты
Длительность эффекта	3-10 дней	7-10 дней	3-5 дней	1-2 часа
Отмена перед хирургическим вмешательством	За 5 дней	За 7 дней	За 5 дней	За 1 час
Период полувыведения активного ингибитора	30-60 минут	2-15 часов	6-12 часов	5-10 минут
Ингибирование захвата аденозина клетками	Нет	Нет	Нет	Да
Рекомендуемая доза	Внутрь; первая доза 300 мг, со 2-х суток по 75 мг 1 раз/сутки При планируемом ЧКВ: внутрь; нагрузочная доза 600 мг (одномоментно или в совокупности), затем 75 мг 1 раз/сутки	Внутрь; первая доза 60 мг, со 2-х суток 10 мг 1 раз/сутки Не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2***	Внутрь; первая доза 180 мг, через 12 часов по 90 мг 2 раза/сутки Не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 15 мл/мин/1,73 м^2	Внутривенный болюс – 30 мкг/кг, затем инфузия со скоростью 4 мкг/мин Особенности: применять только у больных, подвергаемых ЧКВ, если они не получили нагрузочную дозу пероральных ингибиторов $P2У_{12}$ и антагонисты IIb/IIIa рецепторов***, ##

Примечания:

*достижение 50% подавления АДФ-индуцированной агрегации тромбоцитов после применения нагрузочной дозы

**начало эффекта может быть замедлено в случае нарушения всасывания в желудочно-кишечном тракте

***отсутствует в РФ; ##одобрен FDA, не одобрен EMA

Приложение 7г

Рекомендации по длительности двойной антитромбоцитарной терапии

У больных с ОКСбпST длительность ДАТТ составляет 1 год, но при высоком риске кровотечения длительность ДАТТ может быть сокращена до 3-6 месяцев (класс IIb, уровень А)
У ряда больных с высоким риском ишемических событий и низким риском кровотечения может быть рассмотрен вопрос о продлении ДАТТ до 30 месяцев (класс IIb, уровень А)
У больных, получающих ДАТТ, с высоким риском желудочно-кишечного кровотечения (кровотечение или язва ЖКТ в анамнезе, приём НПВС, антикоагулянтов, кортикостероидов, а также имеющих как минимум 2 из нижеперечисленных факторов риска: возраст ≥ 65 лет, диспепсия, гастроэзофагеальный рефлюкс, Helicobacter pylori, хроническое употребление алкоголя) рекомендуется назначение ингибиторов протонного насоса (класс I, уровень В)

Приложение 7ж

Рекомендации по периоперационному использованию антитромбоцитарной терапии у больных ОКСбпST, требующих операции коронарного шунтирования

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень рекомендаций
Независимо от стратегии реваскуляризации в дополнение к аспирину рекомендуется блокатор $P2Y_{12}$ рецепторов тромбоцитов, и приём его должен продолжаться более 12 месяцев, если только нет противопоказаний, таких как повышенный риск кровотечений	**I**	**A**
Рекомендуется рассчитать индивидуальные риски ишемических событий и кровотечения и определить время выполнения АКШ и соответствующие операции изменения в ДАТТ	**I**	**C**
Рекомендуется без задержки и независимо от антитромбоцитарной терапии выполнить АКШ у больных с гемодинамической нестабильностью, продолжающейся ишемией миокарда, поражением коронарных артерий с очень высоким риском	**I**	**C**
Рекомендовано продолжать приём аспирина до АКШ	**I**	**B**
Рекомендовано при отсутствии продолжающегося кровотечения возобновить приём ацетилсалициловой кислоты через 6-24 часа после АКШ	**I**	**A**
У стабилизированных больных, получающих ДАТТ, следует рассмотреть возможность отмены тикагрелора и клопидогрела за 5 дней, а празугрела за 7 дней до операции АКШ	**IIa**	**B**
После АКШ возобновление приёма блокатора $P2Y_{12}$ рецепторов тромбоцитов должно быть рассмотрено, как только будет считаться безопасным	**IIa**	**C**
Оценка функции тромбоцитов может быть рассмотрена в случае укорочения временного интервала между отменой блокатора $P2Y_{12}$ рецепторов тромбоцитов и АКШ	**IIb**	**B**

Приложение 7д

Ингибиторы IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов

	Абсиксимаб	Руциромаб	Эптифибатид	Тирофибан
Тип препарата	Фрагмент моноклонального антитела	Мышиное антитело	Циклический пептид	Пептидомиметическая молекула
Молекулярная масса (Дальтон)	~ 50 000	~ 100 000	~ 800	~ 500
Длительность связывания с тромбоцитами	Часы	Часы	Секунды	Секунды
Период полужизни в плазме крови (T1/2)	Минуты	< 3 часов	2,5 часа	2 часа
Время восстановления функции тромбоцитов на 50% после прекращения в/в введения	12 часов	> 24 часов	2-4 часа	~ 4 часа
Способ введения и дозы	Внутривенный болюс 0,25 мг/кг, затем инфузия со скоростью 0,125 мкг/кг/мин (максимально 10 мкг/мин) в течение 12-24 часов	Внутривенно; 0,25 мг/кг в течение 3-5 минут за 10-30 минут до ЧКВ	При начале введения до ЧКВ: внутривенно, болюсом 180 мг/кг, затем инфузия 2 мкг/кг/мин в течение 72-96 часов (после ЧКВ продолжать в течение 18-24 часов) При начале введения непосредственно перед ЧКВ: внутривенно; болюсом 180 мкг/кг с последующей инфузией 2 мкг/кг/мин, через 10 минут 2-й болюс 180 мкг/кг; начать до процедуры, продолжать во время неё и в последующие 18-24 часа У больных с СКФ < 50 мл/мин/1,73 м^2 уменьшить скорость инфузии до 1 мкг/кг/мин; не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 30 мл/мин/1,73 м^2	Внутривенный болюс 25 мкг/кг или 10 мкг, затем в/в инфузия со скоростью 0,15 мкг/кг/мин При СКФ 15-29 мл/мин/1,73 м^2 болюс тот же, скорость введения уменьшить до 0,05 мкг/кг/мин, не рекомендуется при скорости клубочковой фильтрации < 15мл/мин/1,73 м^2

Приложение 7е

Рекомендации по антитромботической терапии для больных с ОКСбпST, длительно принимающих пероральные антикоагулянты

Пероральные антикоагулянты в добавление к антитромбоцитарным препаратам у больных с ОКСбпST следует назначать лишь при наличии абсолютных показаний (фибрилляция предсердий при сумме баллов по шкале CHA_2DS_2-VASc ≥ 2, механические протезы клапанов сердца, тромбоз ЛЖ, недавно перенесённое ВТЭО). Класс I, уровень С
Не рекомендуется добавление ДАТТ к терапии пероральными антикоагулянтами
Использование тикагрелора в составе тройной антитромботической терапии не рекомендуется – комбинация не изучена. Класс III, уровень С
У больных с ОКСбпST и фибрилляцией предсердий, подвергнутых ЧКВ, длительность и состав антитромботической терапии определяется риском тромбоэмболических осложнений и кровотечений. Возможные опции: 1) У больных с низким риском кровотечений (HASBLEED 2) длительность тройной терапии (оральный антикоагулянт, клопидогрел 75 мг и аспирин 75-100 мг) может составлять до 6 месяцев, вне зависимости от типа установленного стента. В последующие 6 месяцев антитромботическая терапия может быть ограничена комбинацией орального антикоагулянта и одного антиагреганта (клопидогрел или аспирин) 2) У больных с высоким риском кровотечений (HASBLEED ≥ 3) длительность тройной терапии (оральный антикоагулянт, клопидогрел 75 мг и аспирин 75-100 мг) может быть ограничена месяцем. В последующие 11 месяцев терапия может быть ограничена комбинацией орального антикоагулянта и одного антиагреганта (клопидогрел или аспирин). Класс IIa, уровень С
У ряда больных с высоким риском кровотечений (HASBLEED ≥ 3) и низким риском ишемических осложнений тройная терапия может быть заменена комбинацией перорального АКГ и клопидогрела. Класс IIb, уровень В
При проведении ЧКВ у больных, получающих НПАКГ или АВК в субтерапевтических дозах (МНО < 2,5), рекомендуется дополнительное введение парентерального антикоагулянта вне зависимости от времени приёма последней дозы перорального АКГ. В качестве антикоагулянта рекомендуется использовать НФГ. Лечение АВК или НПАКГ должно возобновляться после завершения ЧКВ
У больных, получающих пероральные антикоагулянты, при КАГ предпочтительнее использовать радиальный доступ. Класс I, уровень А
У больных, получающих пероральные антикоагулянты, следует использовать СЛП нового поколения Класс IIa, уровень В
У больных с ОКСбпST, постоянно принимающих пероральные АКГ, подвергнутых консервативной тактике лечения, в течение года рекомендуется комбинация антикоагулянта с одним антитромбоцитарным препаратом (клопидогрел или аспирин). Класс IIa, уровень С

Приложение 9

Классификация тяжести кровотечений по BARC (Bleeding Academic Research Consortium)

Тип 0	Отсутствие кровотечений
Тип 1	Несущественные кровотечения, не требующие дополнительного обследования, госпитализации или лечебных мероприятий
Тип 2 (малые)	Любые явные признаки кровотечения, не удовлетворяющие критериям типов 3-5
Тип 3 (большие)	**Тип 3a** Внутричерепные кровоизлияния (не включают микрокровоизлияния; включают спинальные кровоизлияния) Подтипы: подтверждено на аутопсии, путём инструментальных обследований или по данным люмбальной пункции Кровоизлияния в глазное яблоко, приведшие к нарушениям зрения (даже временным) Явное кровотечение со снижением уровня гемоглобина более чем на 5 г/дл (при условии, что снижение уровня гемоглобина является следствием кровотечения) Гемоперикард с тампонадой сердца Кровотечение, потребовавшее хирургического или чрескожного вмешательства (исключая носовые, кожные, геморроидальные, десневые кровотечения), либо инотропной поддержки **Тип 3b** Любые трансфузии, выполненные по поводу очевидного кровотечения. Очевидное кровотечение со снижением уровня гемоглобина на 3-5 г/дл
Тип 4 (ассоциированные с коронарным шунтированием)	Кровотечения, связанные с КШ, отвечающие тем же основным критериям, что и все остальные кровотечения
Тип 5 (фатальные)	Кровотечения, приведшие к смерти пациента (при отсутствии других возможных причин), подразделяются на подтверждённые и вероятные

Приложение 10

Лечение больных с ОКСбпST с сопутствующим сахарным диабетом

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Определение уровня глюкозы в крови (или HbA1c) должно быть проведено немедленно при поступлении в стационар больного с ОКСбпST (или обоснованном подозрении на него)	**I**	**C**
Снижение уровня глюкозы следует проводить при выраженной гипергликемии (> 10 ммоль/л), тщательно контролируя результаты лечения, чтобы не допустить состояния гипогликемии	**I**	**C**
Необходимо тщательно мониторировать состояние функции почек, стараясь свести к минимуму количество контраста, используемого при КАГ или ЧКВ, особенно у больных с исходными признаками её поражения или получающих лечение метформином	**I**	**C**
У этой группы больных ранняя инвазивная тактика (при отсутствии противопоказаний) предпочтительнее консервативного лечения	**I**	**A**
Оптимальные результаты достигаются при использовании современных стентов с лекарственным антипролиферативным покрытием	**I**	**A**
Медикаментозная терапия (в том числе антитромботическая) при условии тщательного контроля и учёта состояния функции почек такая же, как у больных без диабета	**I**	**C**

(Окончание на стр. 10.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Приложение 8

Рекомендации по инвазивной коронарной ангиографии и реваскуляризации при ОКСбпST

Рекомендации	Класс рекомендаций	Уровень рекомендаций
Немедленная инвазивная стратегия (КАГ < 2 часов) рекомендуется у больных как минимум с одним из следующих критериев очень высокого риска: Гемодинамическая нестабильность или кардиогенный шок Повторяющаяся или продолжающаяся боль в грудной клетке, рефрактерная к медикаментозному лечению Угрожающие жизни желудочковые аритмии или остановка кровообращения Острая сердечная недостаточность с сохраняющимися стенокардией или смещениями сегмента ST на ЭКГ Повторные динамические изменения сегмента ST или зубца Т, особенно преходящие подъёмы ST	**I**	**C**
Ранняя инвазивная стратегия (КАГ в пределах от 2 до 24 часов) рекомендуется у больных как минимум с одним из следующих критериев высокого риска Подъём или снижение уровня сердечного тропонина, соответствующие ИМ Динамические изменения сегмента ST или зубца Т (с симптомами или без) Риск по шкале GRACE выше 140 баллов	**I**	**A**
Инвазивная стратегия (КАГ в пределах от 24 до 72 часов) рекомендуется у больных как минимум с одним из следующих критериев промежуточного риска: Сахарный диабет Почечная недостаточность (СКФ ниже 60 мл/мин/1,73 м^2) ФВ ЛЖ менее 40% или застойная сердечная недостаточность Ранняя постинфарктная стенокардия Недавнее ЧКВ АКШ в прошлом Риск по шкале GRACE от 109 до 140 баллов или Повторение симптомов или ишемии при неинвазивном обследовании	**I**	**A**
У больных без перечисленных критериев риска и без повторения симптомов до решения о выполнении КАГ рекомендуется неинвазивное обследование для выявления ишемии (предпочтительно с визуализацией)	**I**	**A**
В учреждениях с достаточным опытом применения лучевого доступа это доступ рекомендуется для выполнения КАГ и ЧКВ	**I**	**A**
У больных, подвергаемых ЧКВ, рекомендуется использовать выделяющие лекарства стенты нового поколения	**I**	**A**
У больных с многососудистым поражением для выбора стратегии реваскуляризации (например, ЧКВ только виновного стеноза сразу после диагностической КАГ, многососудистое ЧКВ, АКШ) рекомендуется исходить из клинического состояния больного, сопутствующих болезней и тяжести поражения коронарных артерий (включая распределение, ангиографические характеристики и индекс SYNTAX), исходя из локального протокола для кардиокоманды (Heart Team)	**I**	**C**
У больных с планируемой из-за высокого риска кровотечений непродолжительной ДАТТ (30 дней) выделяющие лекарства стенты нового поколения следует использовать вместо голометаллических	**IIb**	**B**

Приложение 11

Оценка функции почек

Расчёт клиренса креатинина (мл/мин) по формуле Cockcroft-Gault
Для мужчин: (140 – возраст (в годах) х вес в кг / (72 х креатинин в крови (мг/дл).
Для женщин: (140 – возраст (в годах) х вес в кг / (72 х креатинин в крови (мг/дл) х 0,85.

Расчёт скорости клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73 м2) по формуле, разработанной при анализе исследования MDRD[1]
Для мужчин: 186 х (креатинин в крови (мг/дл) $^{-1,154}$) х (возраст (в годах) $^{-0,203}$).
Для женщин: 186 х (креатинин в крови (мг/дл) $^{-1,154}$) х (возраст (в годах) $^{-0,203}$) х 0,742.
Для чернокожих: 186 х (креатинин в крови (мг/дл) $^{-1,154}$) х (возраст (в годах) $^{-0,203}$) х 1,21.

Перевод значений креатинина из мкмоль/л в мг/дл
Креатинин (мг/дл) = креатинин (мкмоль/л) / 88.

[1] Существуют и другие формулы расчёта скорости клубочковой фильтрации.

Оценка функции почек по величине скорости клубочковой фильтрации

Категория	Величина скорости клубочковой фильтрации (мл/мин/1,73м^2)	Оценка
С1	> 90	Высокая или оптимальная
С2	60-89	Незначительно снижена
С3а	45-59	Умеренно снижена
С3б	30-44	Существенно снижена
С4	15-29	Резко снижена
С5	< 15	Терминальная почечная недостаточность

Приложение 12

Рекомендации для больных с ОКСбпST и хронической болезнью почек

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
У всех больных следует определить уровень функции почек	**I**	**C**
С учётом почечной функции следует подбирать дозу препаратов, в том числе антитромботических	**I**	**B**
При соответствующем (разном для разных антикоагулянтов) уровне почечной функции следует переходить к инфузии НФГ	**I**	**C**
У больных с ОКСбпST и ХБП при использовании инвазивной тактики лечения следует ограничить дозу рентгеноконтрастного вещества (< 4 мл/кг) и провести гидратацию организма, которую следует начать за 12 часов до начала процедуры и продолжать в течение 24 часов после её окончания	**I**	**C**
У этой группы больных предпочтение отдаётся современным стентам с антипролиферативным покрытием перед непокрытыми металлическими стентами	**I**	**B**

Приложение 13

ХБП и дозировка антитромботических препаратов

Лекарство	III стадия ХБП	IV стадия ХБП	V стадия ХБП
НФГ	Доза =	Доза =	Доза =
Enoxaparin	Доза = *	Интервал между введением препаратов увеличивается с 12 до 24 часов	Не следует использовать
Fondaparinux	Доза =	Не следует применять при eGFR < 20 мл/мин/1,73 м^2	
Bivalirudin	Доза =	Болюс = Скорость инфузии ↓ 1 мг/кг/час	Болюс = на диализе Скорость инфузии ↓ 0,25 мг/кг/час
Clopidogrel	Доза =	Доза =	Использовать только в отдельных случаях (например, профилактика тромбоза стента)
Ticagrelor	Доза =	Доза =	Не следует использовать
Abciximab	Нет рекомендаций. Учитывать общий риск геморрагических осложнений		
Eptifibatide	Болюс = Скорость инфузии ↓ до 1 мкг/кг/ч, если eGFR <50 мл/мин/1,73м^2	Не следует использовать	Не следует использовать
Ruciromab (Монафрам)	Нет рекомендаций. Учитывать общий риск геморрагических осложнений		
Tirofiban	Доза =	Болюс = ** Скорость инфузии до 0,05 мг/кг/мин	Не следует использовать

Примечания: *Доза = – стандартная доза, **Болюс = – стандартная доза

Приложение 14

Рекомендации по вторичной профилактике после ОКСбпST

Рекомендации	Класс	Уровень доказательности
Как можно раньше начать терапию статинами и продолжать её неопределённо долго Если не удаётся достичь целевого уровня ХС ЛНП (≤ 70 мг/дл = 1,8 ммоль/л) – присоединение эзетемиба	**I** **IIa**	**A** **A**
иАПФ при дисфункции ЛЖ (ФВ < 40%) или клинических признаках сердечной недостаточности, и/или сопутствующей артериальной гипертензии (целевой уровень АД ≤ 140/90 мм рт.ст., при сопутствующем сахарном диабете 130/85 мм рт.ст.) или сахарном диабете Возможна альтернатива – БАР (в частности, при плохой переносимости иАПФ)	**I**	**A**
Бета-блокаторы при сниженной функции ЛЖ (ФВ < 40%) или клинических признаках сердечной недостаточности	**I**	**A**
Антагонисты альдостерона (эплеренон) при сниженной функции ЛЖ (ФВ < 40%) или клинических признаках сердечной недостаточности и/или при сопутствующем сахарном диабете	**I**	**B**
Изменение стиля жизни, включая отказ от курения, соблюдение рекомендованной диеты и режима физической активности как продолжение адекватной программы физической и психологической реабилитации	**I**	**B**

Под редакцией почётного президента Общества специалистов по неотложной кардиологии профессора Михаила РУДЫ.

Как известно, хронический пиелонефрит – неспецифический инфекционно-воспалительный процесс в канальцевой системе почки, преимущественно бактериальной этиологии, характеризующейся поражением почечной лоханки (пиелит), чашечек и паренхимы почки (в основном её межуточной ткани).

Неосложнённые инфекции мочевыводящих путей относятся к числу наиболее распространённых бактериальных независимо от возраста пациентов, особенно у женщин. Они также являются одной из частых причин госпитализации среди пожилых людей и наиболее распространённым показателем для выписки рецептов на антибиотики в первичном звене здравоохранения многих стран.

Экспертный уровень

Лечение хронического пиелонефрита

Этиология болезни, наблюдения, рекомендации

Согласно имеющейся статистике, хронический пиелонефрит среди всех заболеваний мочеполовых органов с воспалительной неспецифической природой диагностируется в 60-65% случаев. Причём 20-30% их являются следствием острого пиелонефрита.

Кратко остановимся на этиологии болезни. По данным Bertoni et al. (2017) при пиелонефритах в 70% случаев выделяется кишечная палочка, в 17% – сапрофитирующий стафилококк, в 7% – протей, в 4% – клебсиелла и в 0,7% – энтерококк и псевдомонас аэругиноза.

Могут быть и микробные ассоциации, однако следует помнить, что, несмотря на многообразие возбудителей, клинические эксперименты доказали роль моноинфекции в возникновении воспаления лоханок. Если результаты бактериального посева выявляют несколько микроорганизмов, можно предположить загрязнение посуды для сбора мочи. Как уже говорилось, наиболее частой причиной хронического пиелонефрита является уропатогенная кишечная палочка (E.coli).

Лечение хронического пиелонефрита – весьма сложная задача. Само собой разумеется, что если это инфекционное заболевание, то в первую очередь при нём показаны антибиотики. В рекомендуемые для лечения хронических пиелонефритов входят почти все группы имеющихся в наше время антибиотиков: полусинтетические пенициллины, цефалоспорины, налидиксовая кислота, аминогликозиды, фторхинолоны, оксихинолины, нитрофураны и некоторые химиопрепараты – сульфаниламиды.

Все эти препараты можно применять как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Hensey et al. (2017) провели анализ амбулаторного и стационарного лечения с парентеральным введением антибиотиков. Авторы нашли, что существенной разницы при этом не было. Амбулаторное лечение при этом было значительно дешевле.

Все показанные антибиотики применяются нами в стационаре per os в средних дозах коротким курсом 7 дней или длительным – 14. Если состояние больного тяжёлое, то ему назначаем комбинации антибактериальных средств или вводим внутривенно в больших дозах. Представляют интерес данные Dawson-Hahn et al. (2017). Они произвели метаанализ систематических обзоров и выявили, что применение антибиотиков коротким курсом (7 дней) является столь же эффективным, как и более длительные курсы (14 дней) при большинстве микробов, встречающихся в лечебной практике при хронических пиелонефритах. То же явление подтвердили van Nieuwkoop et al. (2017). Они провели рандомизированное, двойное слепое, плацебоконтролируемое исследование эффективности такого лечения у мужчин и женщин.

Авторы не выявили доказательной разницы между леченными 7 и 14 дней при анализе. Клиническое излечение наступило у 90% пациентов-мужчин, получавших 7-дневный курс, и у 95%, тех, кто получал 14-дневное лечение.

У женщин клиническое улучшение имело место в 94 и 93% у тех, кто лечился в течение 7 и 14 дней соответственно. Бактериологический анализ был примерно в таких же показателях. Долгосрочные наблюдения подтвердили эти выводы.

Имеются также сторонники длительных курсов антибиотикотерапии, например в течение 8 недель. Конкретную продолжительность терапии можно определить и по санации мочи от микробной флоры.

Мы предпочитаем проводить больным с хроническим, особенно часто рецидивирующим, пиелонефритом один короткий или пролонгированный курс в стационаре, а затем рекомендовать дома примерно следующее 3-месячное профилактическое лечение в домашних условиях:

Первый цикл (в первый месяц за проведением курса в стационаре):

1. Моксифлоксацин (авелокс) внутрь по 0,4 по 1 таблетке на ночь 7 дней.
2. На 3-й и 6-й дни – фуросемид по 80 мг внутрь 1 раз в день.
3. Аскорбиновая кислота внутрь по 1 г на полстакана воды после еды 2 раза в сутки также 7 дней.
4. Одновременно обильное питьё – мочегонный чай, настой толокнянки или отвар кукурузных рылец.

Второй цикл (второй месяц после лечения в стационаре):

Аугментин 500/125 или 875/125 по 1 таблетке 3 раза в день внутрь до еды – 7 дней, остальное – всё как при первом цикле.

Анализы мочи 2 раза в неделю, 2 недели – общие, по Нечипоренко и тест на бактерии. Если моча полностью очистилась, на этом лечение можно пока прекратить. Если же количество лейкоцитов или число бактерий выше нормы – провести третий цикл.

Третий цикл (третий месяц после основного лечения):

Фуразолидон или фурагин 0,05 по 2 таблетки или фурамаг 0,05 по 2 капсулы внутрь 3 раза в день после еды 7 дней. Остальное – всё как при первом цикле.

После 3 циклов примерно 1 раз в 15 дней производить анализ мочи. Если при 3-кратной проверке в ней лейкоцитов будет не более 5-6 в поле зрения, далее лечение не проводить. Если будет больше, провести ещё 3 цикла с приёмом ко-тримоксазола (бисептол) по 1 таблетке 480 мг, затем бактрим форте 960 мг 4 раза в день 5 дней, затем ципрофлоксацина (ципролет) по 500 мг по 1 таблетке 2 раза в день или амикацина по 0,5-1 г внутримышечно 2 раза в день 10 дней.

Выше говорилось, что при хронических пиелонефритах рекомендуются различные группы антибиотиков. Kranz et al. (2017) в случаях неосложнённого пиелонефрита лёгкой и умеренной форм в качестве пероральных антибиотиков рекомендуют использовать цефподоксим, цефтибутен, ципрофлоксацин или левофлоксацин. V.E.Tverdot et al. (2012) провели сравнительное исследование влияния фторхинолонов и β-лактамов на клинические и биохимические проявления хронического пиелонефрита. Результаты исследования показали, что применение фторхинолонов и β-лактамов в лечении больных хронических пиелонефритов на почве нефролитиаза приводит к значительному облегчению клинических симптомов заболевания, а также к восстановлению структурно-функционального состояния мембран сегментоядерных лейкоцитов. Наиболее отчётливый и ранний клинико-лабораторный эффект был получен на фоне применения фторхинолонов.

Мы до сих пор не упоминали один из лучших препаратов лечения инфекций мочевых путей – фосфомицина трометамол. В то же время он один из лучших уроантибиотиков с чрезвычайно малой резистентностью к нему. В отечественной литературе есть мнение, что его следует применять лишь при инфекции нижних мочевыводящих путей – циститах, но не пиелонефритах. В зарубежной печати имеются другие мнения.

Так, Perrault et al. (2017) в случаях, когда сложно определить, где локализуется инфекция (а это не такая уж редкая ситуация) рекомендуют применять фосфомицин. Они, кстати, провели анализ стоимость – эффективность (очень важный момент для российского скудного бюджета на здравоохранение). Сравнивалась стоимость – эффективность фосфомицина и сульфонамидов, фторхинолонов и нитрофуранов. Было доказательно установлено, что включение фосфомицина в лечение существенно не увеличивало стоимость лечения инфекций мочевых путей.

Авторы делают вывод, что фосфомицин – безопасное и эффективное средство для лечения инфекций мочевых путей с неясной локализацией и возбудителем. К нему пока мало устойчивых бактерий, принимается он внутрь (есть и парентеральные формы) в виде гранул, разведённых в воде, как правило, однократно в дозе 2 г. В том числе и по этой причине стоимость его применения не выше стоимости лечения другими препаратами.

К сожалению, лечение инфекций нижних и верхних мочевыводящих путей создают проблемы в клинической практике в связи с их высокой распространённостью и рецидивированием, а также быстропрогрессирующим повышением устойчивости уропатогенных бактерий к антибиотикам. К примеру, в работе Bertoni et al. (2017) было показано, что в Испании выявляется следующая устойчивость бактерий к антибиотикам, при лечении инфекций мочевыводящих путей: ампициллин + сульбактам 37%, цефалексин 28%, триметоприм/сульфаметоксазол 22%, нитрофурантоин 12%, гентамицин 7% и ципрофлоксацин 5%.

В связи с этим в настоящее время весь мир бьёт тревогу по поводу быстрого нарастания устойчивости бактерий к антибиотикам. К сожалению, в последние годы новые антибиотики не создаются – слишком дорого и желающих вкладывать деньги в лекарства, эффективность которых писана, как говорится, вилами по воде, нет.

Одним из выходов из создающегося положения являются поиски методов восстановления чувствительности микробов к антибиотикам. Sims et al. (2017) провели проспективное, рандомизированное двойное слепое исследование по определению способности β-лактамазного ингибитора релебактама и циластатина (антибиотик из группы карбапенемов) восстанавливать активность имипенема в отношении имипенем нечувствительных микроорганизмов. Они лечили группы больных с инфекциями мочевыводящих путей комбинациями имипенем/циластатин + релебактам в дозе 250 и 125 мг и имипенем/циластатин без релебактама.

В целом авторы нашли, что такие комбинации становятся высокодейственными в отношении не чувствительных к имипинему бактерий.

Ряд учёных предлагают антибактериальную терапию дополнять физио- или бальнеотерапевтическими процедурами, что значительно улучшает степень оздоровления организма. E.N.Slobodian et al. (2017) рекомендуют лечение хронического пиелонефрита минеральной грязью. Авторы считают, что при этой болезни, как правило, возникает тубулоинтерстициальный фиброз, а грязелечение приводит к дефиброзирующему эффекту, изменяет структуру и функции внеклеточного матрикса. Системный ответ на грязевую терапию проявляется в виде изменений в метаболизме межклеточного матрикса и коллагена соединительной ткани, которые обычно и стимулируют фиброгенез и развитие тубулоинтерстициальных расстройств.

G.M.Nurtdinova, L.P.Chrnyshova, E.S.Galimova (2011) рекомендуют к традиционной терапии хронического пиелонефрита добавлять магнито- и лазеротерапию. Проведя проспективное наблюдение 70 пациентов с хроническим пиелонефритом, 30 из которых в дополнение к традиционной терапии получали магнито-лазеротерапию, авторы нашли, что такое комбинированное лечение ведёт к значительному снижению продолжительности основных клинических проявлений заболевания, нормализации иммунной системы и выработке цитокинов. I.P.Kudriashova, T.P.Ospel'nikova, F.I.Ershov (2011) выявили, что у всех больных хроническими пиелонефритами снижена способность лейкоцитов синтезировать интерфероны в крови, особенно интерферон гамма. В связи с этим они провели лечение таких больных с добавлением к традиционной терапии циклоферона по стандартной схеме. Установлено, что такая терапия значительно стимулировала продукцию интерферона альфа и гамма по сравнению с группой, получающей только стандартную терапию. Ретроспективное обследование 5 пациентов показало, что и через год эта способность лейкоцитов продуцировать интерфероны сохранилась.

I.V.Gordiushina et al. (2011) нашли, что добавление антиоксидантного препарата цитофлавин к традиционной терапии больных хроническим пиелонефритом снижает интенсивность процессов перекисного окисления и сохраняет антиоксидантный статус. Такое действие нормализует соотношение фосфолипидных фракций плазмы крови и мембран клеток, что улучшает защитный статус организма. С этой же целью E.V.Ivanishkina (2010) предлагает включать микроволновую резонансную терапию в комплексное лечение больных хроническим пиелонефритом.

Нельзя не упомянуть и о ксантогранулематозном хроническом пиелонефрите. Название связано с тем, что при этом заболевании вокруг чашечек почек и абсцессов в почечной паренхиме отмечают скопление ксантомных, или «пенистых» клеток, нагруженных липидами. По Li, Parwani (2011), Chandanwale (2013), Aurégan et al. (2015) и др., – это редкое хроническое заболевание, имеющее под собой деструктивный гранулематозный процесс почечной паренхимы в связи с длительной обструкцией мочевыводящих путей и инфекции. Чаще встречается у женщин. Типичный пациент с ксантогранулематозным пиелонефритом – женщина средних лет с длительно текущей рецидивирующей инфекцией мочевых путей и камнями в почках. Тем не менее возраст больных имеет широкий диапазон – от новорождённых до пожилых людей.

Наиболее распространёнными симптомами являются боли в боку или брюшной полости, симптомы поражения нижних мочевыводящих путей, лихорадка, пальпирование почки, выраженная гематурия и потеря веса. Частые лабораторные показатели – лейкоцитоз и анемия. При посеве чаще всего выявляют Escherichia coli и Proteus mirabilis. Компьютерная томография является наиболее оптимальным методом выявления этого пиелонефрита. Биоптаты выявляют гранулематозный воспалительный инфильтрат, состоящий из нейтрофилов, лимфоцитов, плазматических клеток, ксантоматозных гистиоцитов и мультинуклеарных гигантских клеток.

Процесс может быть локальным или генерализованным, даже с переходом воспалительных инфильтратов в забрюшинное пространство и соседние структуры – мышцы, селезёнку, толстую кишку, крупные сосуды.

Лечение – как консервативное (антибиотики), так и хирургическое – в зависимости от состояния пациента. Представляет интерес, что заболевание часто выявляется у тихоокеанских маорийцев. Наиболее частой причиной у них являются коралловидные конкременты (51,4%), ведущие к обструкции, что и приводит у 22,9% из них к ксантогранулематозному хроническому пиелонефриту. Хирургическое лечение весьма травматично, но остаётся единственным методом, хотя при этом до- и послеоперационное лечение антибиотиками играет важную роль.

Несколько слов об эмфизематозном пиелонефрите. В зарубежной литературе есть целый ряд статей, посвящённых данной форме болезни (Саади et al., 2017 и др.). Эмфизематозный пиелонефрит – некротизирующая инфекция почечной паренхимы и околопочечной клетчатки, заболевание, характеризующееся наличием воздуха в пределах паренхимы мочевыводящих путей и перинального пространства. Эмфизематозный пиелонефрит является редким осложнением трансплантации почек. Его тяжесть связана, в частности, с нарушением сопротивляемости организма иммуносупрессированных пациентов.

Ибрагим ШАМОВ,
профессор.

В клиниках и лабораториях

В единой оси

О роли нейромедиаторов во взаимодействии микробиоты, нервной и иммунной систем организма-хозяина

В свете новейших данных организм человека рассматривают как сложный «надорганизм», симбиотическое сообщество многочисленных эукариотических, прокариотических клеток, вирусов и архебактерий. Симбиотические микроорганизмы всегда присутствуют на поверхности открытых окружающей среде ниш человека – коже, конъюнктиве глаз, слизистых оболочках верхних дыхательных и мочеполовых путей.

В особенности обильной и разнообразной является микробиота желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). В толстом кишечнике концентрация микробных клеток достигает 10^{12}/см^3, а их общее количество составляет не менее 10^{14}, что превышает содержание собственных клеток взрослого человека. Число видов микроорганизмов, обнаруживаемых с использованием современных молекулярных приёмов, в пищеварительном тракте взрослого человека может достигать 10 тыс.

К важнейшим функциям микробиоты человека относят её участие в переваривании пищевых компонентов, метаболизме ксенобиотиков, регуляции кишечной моторики, резистентности к колонизации «чужой» микробиотой, в том числе патогенной. Симбиотическая микробиота участвует в процессах развития и созревания как врождённой, так и адаптивной компоненты иммунной системы. Она играет важную роль в её «обучении»; безмикробные животные и новорождённые характеризуются системно сниженной экспрессией костимуляторов иммунного ответа, недостаточной дифференцировкой дендритных клеток, нарушенными фагоцитозом и цитотоксической активностью Т-киллеров, а также неадекватными взаимодействиями между дендритными клетками и Т-лимфоцитами, включая регуляторные Treg-клетки (CD4+CD25high).

Симбиотическая микробиота пищеварительного тракта человека принимает также активное участие в регуляции деятельности его нервной системы. Кишечная микробиота непосредственно взаимодействует с энтеральной нервной системой кишечника, которая включает в себя не менее 0,5 млн нейронов, а также вспомогательные клетки типа астроглии, которая обеспечивает диффузионный барьер между кишечными капиллярами и ганглиями энтеральной нервной системы.

В последнее время всё большую популярность приобретает «гипотеза старых друзей», согласно которой перинатальная колонизация ЖКТ симбиотическими микроорганизмами снижает риск инфекционных заболеваний в последующей жизни человека за счёт предотвращения его колонизации потенциально патогенными микроорганизмами и стимуляции иммунных механизмов защиты. Снижение частоты возникновения аутоиммунных расстройств объясняют способностью представителей симбиотической микробиоты, наоборот, подавлять избыточную активность иммунной системы.

Эффект нейромедиаторов на ЦНС вторично меняет регуляцию работы иммунной системы. Патогенные и оппортунистические микроорганизмы и их метаболиты способны повышать секрецию провоспалительных цитокинов (интерлейкины 1, 6, 18) клетками кишечного эпителия, дендритными клетками и макрофагами, оказывающими системное воздействие на организм и головной мозг, способствуя развитию депрессии, тревожности, а также аутизма и шизофрении.

Для восстановления нарушенной микробной экологии человека используются различные лекарственные препараты, биологически активные добавки к пище, продукты функционального питания. Наиболее популярны из них те, которые содержат специально подобранные пробиотические штаммы лактобацилл, бифидобактерий и реже других живых микроорганизмов, а также растворимые пищевые волокна, стимулирующие их рост.

Пробиотики приобрели широкую коммерческую популярность из-за их способности регулировать активность GALT (Gut Autonomous Lymphoid Tissue), баланс про- и противовоспалительных цитокинов, снижать антигенную нагрузку на GALT, расщеплять пищевые макромолекулы, снижать проницаемость кишечной стенки и секрецию иммуноглобулинов IgA, а также индуцировать активность регуляторных Т-лимфоцитов (Treg-клеток). Среди пробиотиков в последнее время выделяют отдельную подгруппу, обозначаемую в литературе как психобиотики – «живые организмы, которые приносят пользу здоровью пациентов при психических заболеваниях». Установлено, что некоторые пробиотические штаммы или их комбинации (например, сочетанное применение Lactobacillus helveticus R0052 и Bifidobacterium longum R0175) снижают проявления депрессии и состояния тревожности. В модельных экспериментах на мышах показано, что антидепрессивное действие L.rhamnosus ассоциировано со снижением в организме хозяина уровня кортикостероидов и системой блуждающего нерва. В противоположность пробиотическим микроорганизмам оппортунистические бактерии (например, Citrobacter rodentium) при инфицировании мышей усиливали у них тревожное поведение; последующее введение в ЖКТ этих животных коктейля пробиотических бактерий ослабляло у них выраженность тревожного состояния.

В литературе представлены также и данные о наличии не только положительных, но и потенциально вредоносных эффектов у различных пробиотиков. Сложность их воздействия на организм человека, в том числе и посредством биогенных аминов (предмет данной работы), до сих пор недооценена. Для пробиотиков не определены оптимальные концентрации их действия, терапевтический (в том числе психотерапевтический) и профилактический эффект от их применения носит кратковременный или незначительный характер; пробиотики, даже представители лактобацилл и бифидобактерий, могут участвовать как оппортунистические патогены в инфекционных процессах; эти и другие проблемы с применением пробиотиков, включая психобиотики, детально изложены в работах профессора Московского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского доктора медицинских наук Б.Шендерова.

Всё возрастающие доказательства участия микробиоты ЖКТ в поддержании различных функций, метаболических, иммунных и поведенческих реакций «суперорганизма» позволяют говорить о существовании у высших животных, включая человека, единой оси «организм хозяина – симбиотическая микробиота» (host-symbiotic microbiome axis), от функционирования которой в естественных условиях среды обитания зависит состояние его здоровья, возникновение предболезни или риск той или иной патологии. Предложенные ранее термины ось «кишечник – мозг» (gut – brain axis) или ось «микробиота – кишечник – мозг» (microbiota – gut – brain axis) следует рассматривать как частные составные части оси «организм хозяина – симбиотическая микробиота».

Участие симбиотической микробиоты в многочисленных физиологических функциях, биохимических, иммунных и поведенческих реакциях, внутри- и межклеточной коммуникации, диалоге хозяина и его микробиоты осуществляется за счёт множества микробных нейроактивных соединений (пептиды, аминокислоты, биогенные амины, летучие жирные кислоты и многие другие). Эти микробные ингредиенты способны выступать в качестве пищевых субстратов, эффекторов, кофакторов и/или сигнальных молекул.

Таким образом, нейромедиаторы являются достаточно важными представителями метабиотиков – малых молекул, представляющих структурные компоненты пробиотических микроорганизмов, их метаболиты и/или сигнальные молекулы с определённой химической структурой, которые могут воздействовать на метаболизм микроорганизмов или организма-хозяина и их сигнальные пути.

Александр ОЛЕСКИН,
профессор кафедры общей экологии биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, доктор биологических наук.

Здоровая жизнь

Предупредить переломы

Это спасёт наших сограждан от многих проблем

За 10 минут могли пройти в выходные диагностику остеопороза методом ультразвуковой денситометрии все желающие посетители ВДНХ в Москве. Здесь, в павильоне № 70, состоялась акция, посвященная Всемирному дню борьбы с этим заболеванием.

Мероприятие провели клиника Федерального исследовательского центра питания и биотехнологии и Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации». Для прохождения ультразвуковой денситометрии – теста, определяющего минеральную плотность костной ткани при помощи ультразвука и используемого для диагностики остеопении и остеопороза, а также для определения риска развития переломов, – как известно, не требуется специальной подготовки пациента. В качестве стандартов используются показатели пиковой минеральной плотности костной ткани здорового 30-летнего человека (Т-оценка) или плотности минеральной ткани типичной личности, чей возраст совпадает с возрастом пациента (Z-оценка).

В рамках акции состоялась лекция «Питание и остеопороз», которую прочитала ведущий специалист отделения «Здоровое питание» клиники ФИЦ питания и биотехнологии, терапевт (диетолог) высшей категории, доктор медицинских наук Алла Погожева. Прошли также дегустация кисломолочных продуктов и традиционная прогулка Лиги здоровья нации «10 000 шагов к жизни» по территории ВДНХ, Останкинского парка и Ботанического сада.

В группе риска по остеопорозу – почти четверть россиян

Согласно статистике, около 14 млн жителей России старше 50 лет имеют диагностированный остеопороз. Ещё 20 млн подвержены остеопении – начальному проявлению заболевания, которое характеризуется снижением минеральной плотности костной ткани. Таким образом, сейчас в группе риска по остеопоротическим переломам – 34 млн человек, или 24% россиян. По прогнозам, уже к 2020 г. их количество увеличится до 45 млн.

«Мы прогнозируем, что к 2035 г. будет наблюдаться рост случаев перелома шейки бедра у женщин на 43%, у мужчин – на 36%, только потому, что будет увеличиваться продолжительность жизни в нашей стране. Мы все этого ждём и все к этому стремимся, но надо понимать, что если в популяции много пожилых людей, то у них будет много болезней, характерных для возраста, и этим надо заниматься уже сейчас», – считает президент Российской ассоциации по остеопорозу Ольга Лесняк.

Уровень смертности при переломе шейки бедра сравнивают, как известно, со смертностью после перенесённых инсультов. Не случайно в Европе остеопороз рассматривается в одном ряду с такими общепризнанными социально значимыми заболеваниями, как цирроз печени, болезнь Альцгеймера. «Каждую минуту у нас в стране происходит 7 переломов позвонков и каждые 5 минут – перелом шейки бедра. Если говорить о мире в целом, то перелом из-за остеопороза происходит каждую секунду. Это действительно очень серьёзная проблема», – говорит О.Лесняк.

«Сейчас золотым стандартом в диагностике раннего остеопороза является денситометрия. Это обследование помогает оценить самые первые, ещё незначительные нарушения костного обмена. А значит, появляется возможность «подстраховаться» и принять профилактические меры. Такое обследование желательно регулярно проходить всем женщинам после 45 лет. И обязательно тем, у кого уже начался климакс. Если есть наследственная предрасположенность, то стоит задуматься об этом ещё раньше – в 30-35 лет», – рассказала действительный член Европейской академии естественных наук директор Института регенеративной биомедицины в Москве Ольга Савельева.

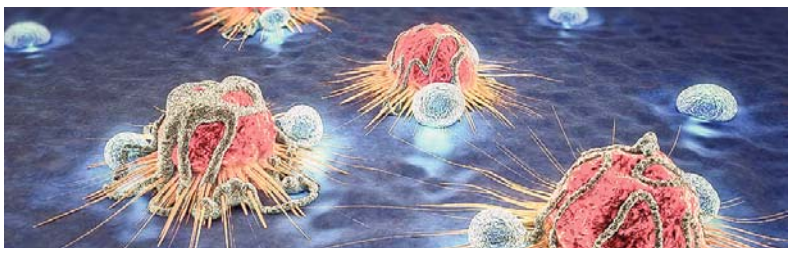
Напомним, что в 2016 г. Минздрав России уточнил норму потребления молока и молочных продуктов, необходимых для профилактики остеопороза, для человека на уровне 325 кг в пересчёте на молоко в год. Специалисты убеждены, что профилактику этого заболевания следует начинать с раннего детства, в период активного формирования скелета. Рост скелета и увеличение костной массы происходит непрерывно с момента рождения и до возраста 20-30 лет, когда достигается так называемый пик костной массы. Чем он выше у человека, тем ниже у него риск развития остеопороза в будущем.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Идеи

Рецепторы-химеры

Химерные рецепторы имеют более широкий спектр «охвата» антигенов, за что они и получили своё название. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) дало второе разрешение на использование иммунных клеток с такими рецепторами в клинических условиях.



Мечниковские макрофаги

Известно, что иммунный ответ начинается с АРС, или антиген-представляющих клеток, роль которых выполняют мечниковские макрофаги, циркулирующие в крови, и недавно открытые дендритные клетки с многочисленными отростками. Поглощая те же микробы, АРС «облекают» их в фагосомы, где переваривают, чтобы затем «предъявить» антигены Т-лимфоцитам с их белковыми рецепторами, встроенными в клеточную мембрану. Проблема, однако, в том, что рецепторы иммунных клеток весьма специфичны, и это «сужает» спектр клеточной реакции и, соответственно, эффективность иммунной реакции. CAR существенно разнообразнее в выявлении антигенов, что способствует большей эффективности ответа.

Первое разрешение на использование CAR при лечении лимфом FDA выдало в августе 2017 г., второе – в середине октября одной из калифорнийских компаний, которая переняла эстафету по разработке экспериментального подхода у одного из подразделений Национального института здоровья в Бетезде (пригород Вашингтона). Процесс подготовки модифицированных клеток занимает 17 дней и начинается с пересылки клеток пациента в Калифорнию для их инжиниринга. После завершения процесса лимфоциты замораживаются и пересылаются в госпиталь для введения человеку. Использование первых CAR привело к стойкой ремиссии у 51% пациентов. Пока, к сожалению, не удаётся полностью предупредить побочный эффект применения иммунотерапии, к тому же она дорога. Чек, выписанный госпиталем Тине Бюро за терапию, составил 373 тыс. долл.!

Расширение спектра иммунного ответа крайне необходимо в свете двух работ, появившихся в Nature. Одна из статей описывает результаты ген-анализа более 100 тыс. пациенток и такого же числа здоровых контролей, в ходе которого было выявлено 65 риск-локусов хромосом, мутации в которых приводят к клеточным изменениям и патологиям. Во второй говорится о выделении 7 новых, в результате чего общее число риск-факторов возросло до 72. Объёмность задачи лечения и его дороговизна оправдывают новые поиски её решения.

Один из возможных вариантов предложили сотрудники Массачусетского технологического института (МИТ), которые создали синтетическую ген-сеть, ставшую триггером иммунного ответа на предъявляемые антигены. Сегодня лишь 30-40% пациентов «отвечают» на иммунотерапию, что связано с быстрой выработкой устойчивости к действию лимфоцитов. В МИТ методами синтетической биологии создали ДНК-последовательности (промотеры), которые включают гены «оздоровления» лишь в больных клетках, не затрагивая здоровых, что должно резко снизить опасность побочных эффектов. Внесение ДНК в клетки осуществляли с помощью вируса, после чего работа всей цепи запускалась при наличии двух промотеров. Действие цепи направлено на включение иммунного ответа в виде Т-клеточной атаки (благодаря ей в организме уничтожаются клетки, заражённые вирусом гриппа, что и приводит к выздоровлению). В сеть встроен также и ингибитор её активности, что предупреждает чрезмерность иммунного ответа. Цепь также обеспечивает довольно быструю конверсию, благодаря чему её легко переадресовать на другие клетки (клеточные типы).

После опробования нового подхода в культуре клеток исследователи испытали его на мышах, получив увеличение жизни животных. Авторы написали, что их молекулярный дизайн позволяет быструю адаптацию иммуномодуляторов для лечения разных заболеваний, требующих иммунного перепрограммирования. Вполне возможно, что подобный подход окажется продуктивным и в борьбе с хроническими инфекциями, которые, с одной стороны, развиваются благодаря вызванному ими иммунодефициту, а с другой – резистентностью к антибиотикам.

Газета устами заместителя главы Минздрава сообщила о решении правительства утвердить «Стратегии предупреждения распространения антимикробной резистентности в России» в связи с тем, что «в России устойчивые микроорганизмы поражают... каждого 10-го пациента. Стратегия предусматривает создание... учёта антибиотиков». Чиновник пояснил, что «устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда... бактерии изменяются так, что на них не оказывают влияния лекарства». Тем самым пояснялось, что речь идёт о резистентности микробов к действию антибиотиков, а не наоборот.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, The Scientist.

Почему бы и нет?

Корейские учёные обнаружили способ справиться с сепсисом, не прибегая к антибиотикам. Как было выяснено, наночастицы церия, легированные цирконием, действуют как эффективные антиоксиданты. И это значительно повышает показатели выживаемости при сепсисе: такое лекарство действует как огнетушитель при пожаре.

Нанотехнологии против сепсиса

Группа исследователей из Сеульского национального университета (Республика Корея) разработали новый препарат, который поможет справиться с сепсисом без использования антибиотиков. Его действие основано на связывании кислородных радикалов, выделяющихся в процессе иммунного ответа организма на воздействие локальной инфекции. Особенность сепсиса заключается в том, что в результате воздействия сильного окислителя возникает лавинообразная гибель клеток и стремительное распространение воспаления на соседние органы и весь организм в целом. Новый препарат, по словам корейских учёных, останавливает разрушительный процесс воздействия кислорода, открывая путь к новым схемам лечения сепсиса.

Это открытие является особенно актуальным в свете того, что в последнее время антибиотики всё чаще становятся неэффективными при лечении некоторых заболеваний из-за роста резистентности бактерий к их действию. Поэтому учёные решили обратить своё внимание не на лекарства, которые должны справляться с возбудителями воспаления, а на сам воспалительный процесс.

В основе открытия лежит обычная химическая реакция нейтрализации свободных радикалов кислорода. Диоксид циркония может быстро забирать электроны от церия в процессе взаимодействия двух металлов. При этом церий, действуя как активный восстановитель с зарядом +3, присоединяет свободные радикалы кислорода, превращаясь в супероксидный анион. Фактически это означает, что церий горит быстрее останков клеток, отбирает у них кислород и не даёт реакции самоуничтожения клеток распространяться лавинообразно.

В живых клетках этот процесс протекает при соблюдении двух условий. Первое: правильное сочетание размера и природы наночастиц. В рамках исследования использовали частицы размером 2 нм, и покрыты они были гидрофильной оболочкой из фосфолипидов, связанных с полиэтиленгликолем. Это сделало их растворимыми, позволив проникать в клетку и задерживаться в ней. Второе условие: ионы церия должны быть доступны на поверхности наночастиц. И после реакций они должны восстанавливаться. Этому способствовало применение определённого количества ионов циркония.

По словам авторов исследования, наночастицы эффективно препятствовали самоиндукции воспалительных реакций в двух моделях сепсиса – в клеточных культурах и на грызунах. С помощью флуоресцентной микроскопии учёные определили, что наночастицы скапливались в органах, где отмечались активные иммунные процессы, и там они вполне успешно ликвидировали активные формы кислорода, значительно повысив выживаемость крыс и мышей, участвовавших в эксперименте. Учёные надеются, что этот метод станет успешной альтернативой лечения последствия сепсиса в случаях, когда антибиотикотерапия не дала результатов.

Открытие корейских учёных открывает новые пути к победе над болезнями, вызываемыми антибиотикорезистентными микроорганизмами.

Роман МАЛИНОВСКИЙ.

По материалам EurekAlert!

Исследования

Слабоумие вычислят по глазам

Голландские исследователи объявили, что определить вероятность наступления болезни Альцгеймера можно уже в молодости, а стало быть, и позаботиться о себе заранее.

Болезнь Альцгеймера называют сегодня самой распространённой формой старческого слабоумия: на её долю приходится от 60 до 80% случаев этого состояния. В России, по оценкам экспертов, таких пациентов не менее 2,4 млн человек старше 65 лет.

Ситуация ухудшается с каждым годом, болезнь становится угрозой не только для стареющих людей, но и для систем здравоохранения многих развитых стран.

Так, прямые расходы, связанные с болезнью Альцгеймера, в США составляют около 203 млрд долл. в год, а к 2050 г. превысят триллион долл. Единственная надежда на то, что в ближайшие годы будет найдено эффективное лекарство, которое смогло бы хотя бы значительно отсрочить развитие слабоумия.

Такое средство ещё не найдено, зато есть серьёзный прорыв в диагностике болезни. В научном парке Janssen нидерландского города Лейдена объявили об открытии особого биомаркёра, по которому можно диагностировать грядущее заболевание с высокой долей вероятности у людей в возрасте 20-30 лет.

До сих пор средств ранней диагностики болезни Альцгеймера не существовало, поэтому определяют патологию врачи лишь по первым симптомам – забывчивости, рассеянности. Однако это говорит о том, что болезнь зашла очень далеко. А вот на ранних стадиях болезни, когда ещё есть возможность максимально оттянуть её печальный исход, мало кто обращается к врачу.

Как говорит глава иммунологического подразделения Janssen Сесиль Спиртс, на сегодняшний день большинство медицинских разработок направлены на предотвращение развития заболеваний, а не на их лечение. Поэтому роль биомаркёров, помогающих выявить ранние признаки болезни за многие годы до начала её проявлений, трудно переоценить.

Биомаркёр, открытый голландцами, позволяет определять болезнь Альцгеймера по изменениям на сетчатке глаза. Пока методика ещё не внедрена в широкую медицинскую практику, но, надо полагать, это произойдёт довольно скоро.

Тем временем медики-пессимисты не видят особого смысла в ранней диагностике заболевания, которое считается неизлечимым. По их мнению, многие знания могут привести ко многим печалям: человек начнёт думать о том, что на закате жизни станет обузой для родных, тут и до тяжёлой депрессии недалеко.

Однако исследователи с такой постановкой вопроса не согласны. Они говорят, что и СПИД когда-то считался неизлечимым заболеванием, пока не была изобретена обеспечивающая пациентам долгую жизнь антиретровирусная терапия. А надежда, что лекарство от Альцгеймера появится в ближайшие годы, есть. Кроме того, учёные из научного биопарка в голландском Лейдене ведут разработки в области создания вакцины от болезни Альцгеймера.

Люди, которые занимаются умственной деятельностью или просто делают зарядку для серого вещества (например, разгадывают кроссворды), реже страдают когнитивными расстройствами. А ещё память лучше у тех, кто много двигается: у тех, кто ходит больше 3 км в день, деменция наступает вдвое реже, чем у тех, кто осиливает всего 500 м.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По материалам MedicalXpress.

Эксперименты

Полиомиелит против рака

Исследователи из Университета Дьюка (США) обнаружили новый метод борьбы с клетками злокачественных опухолей. Группа учёных под руководством доктора Маттиаса Громьера, профессора отделения нейрохирургии, продемонстрировала, как модифицированный вирус полиомиелита может заставить собственную иммунную систему человека атаковать опухоль.

Модифицированный вирус назвали «рекомбинированным онколитическим поливирусом» (recombinant oncolytic poliovirus – PVS-RIPO). Его клинические испытания проводились с 2011 г., и предварительные результаты уже дали надежду на успех в лечении нескольких видов рака, в том числе глиобластомы – наиболее частой и наиболее агрессивной опухоли мозга. На этот раз учёные исследовали реакцию поливируса на два типа опухолевых клеток: меланому и трижды негативный рак молочной железы.

Выяснилось, что поливирус прикрепляется к клеткам опухолей, реагируя на белок CD155. Затем «бывший полиомиелит» атакует клетки опухолей и заставляет их производить антиген – токсичное вещество, которое организм не может распознать и формирует иммунный ответ.

Кроме того, PVS-RIPO инфицирует и дендритные клетки, отвечающие за распознавание антигенов в организме человека. После этого они получают способность процессировать антиген и «сообщать» о нём Т-лимфоцитам – то есть фактически «давать сигнал» к атаке. Без этой процедуры клетки опухолей оставались «невидимыми» для иммунитета.

Результаты, полученные в культуре клеток, учёные смогли подтвердить и на мышах. Инициированный таким образом процесс иммунного ответа не прекращается на протяжении долгого времени, позволяя иммунитету остановить рост опухоли.

«Вирус не только сам атакует опухоль, но и инфицирует определённые клетки иммунной системы человека, которые запускают атаку Т-лимфоцитов. Если мы знаем, какие шаги нужно предпринять для стимуляции иммунного ответа, то можем более осознанно выбирать дополнительные методы терапии в комбинации с вирусом, чтобы повысить выживаемость пациентов. Наше открытие даёт основание для начала клинических испытаний этого метода на пациентах с меланомой, раком молочной железы и предстательной железы», – заключил доктор Маттиас Громьер.

Дана СЛАВИНА.

По материалам EurekAlert!

Однако

Развязать язык

Новое исследование показало, что употребление алкоголя может улучшить способности к изучению иностранного языка. Однако положительный эффект в значительной степени зависит от дозы спиртного.

Влияние алкоголя на когнитивные функции долгое время было предметом споров. Некоторые исследования показывают, что умеренное употребление алкоголя может оказывать положительный эффект. Другие говорят о том, что оно связано со снижением когнитивных функций.

На этот раз учёные решили проверить, влияет ли употребление алкоголя на качество и скорость изучения иностранных языков. Исследование провела команда специалистов из Маастрихтского университета (Нидерланды).

– Способность говорить на иностранном языке зависит от исполнительных функций мозга. Когда кто-то изучает иностранный язык, лексические элементы обоих языков (родного и иностранного) активируются в мозгу одновременно и конкурируют за выбор. Если возникает такая конкуренция, то процессом начинает управлять контролирующий механизм мозга, позволяя словам на соответствующем языке «выйти на поверхность». Учитывая тот факт, что употребление алкоголя ухудшает исполнительное функционирование мозга, можно было ожидать, что алкоголь даже в небольших дозах ухудшит владение иностранным языком, – объяснил руководитель исследования доктор Фриц Реннер.

Для эксперимента было выбрано 50 участников – носителей немецкого языка, которые недавно были зачислены в Маастрихтский университет, где они учились читать, писать, говорить на нидерландском. Участникам давали либо небольшую дозу алкоголя, разбавленного соком, либо 250 мл чистого сока.

Дозировка алкогольного напитка была скорректирована с учётом веса каждого человека. Для мужчины весом 70 кг доза алкоголя была эквивалентна 460 мл пива крепостью около 5%. После этого испытуемых попросили поговорить с экспериментатором на нидерландском языке. Разговор был записан, и навыки участников были оценены двумя носителями языка, которым не сказали, кто именно употреблял алкоголь. Участников также попросили самостоятельно оценить свою работу во время эксперимента.

В итоге было обнаружено, что те участники, которые выпили немного алкоголя, получали более высокие оценки носителей языка: произношение и скорость речи были заметно лучше у тех, кто употреблял алкоголь, по сравнению с теми, кто пил сок. В то же время сами участники эксперимента, которые немного выпили, не оценили свою работу выше обычного.

Как полагают исследователи, данный эффект употребления алкоголя объясняется тем, что лёгкое опьянение избавляет от зажимов и стеснительности, снижает тревожность и беспокойство. Это позволяет людям, изучающим иностранный язык, чувствовать себя более свободно и «поднимает на поверхность» недавно выученный материал. Однако эта версия требует дополнительного изучения.

– Наше исследование показало, что употребление алкоголя может оказать благотворное влияние на произношение иностранного языка у людей, которые недавно начали его изучать. Этот факт подтверждает теорию, что низкая доза алкоголя может улучшить способность говорить на иностранном языке, – рассказал соавтор исследования доктор Инге Керсберген.

Вместе с тем учёные предупреждают: только небольшие дозы алкоголя могут оказывать положительный эффект. При их превышении подобное влияние алкоголя на языковые способности исчезает.

Степан АНДРЕЕВ.

По информации Journal of Psychopharmacology.

Выводы

Один вред

Вейпинг и электронные сигареты вызывают ряд уникальных иммунных реакций организма и могут привести к тяжёлым заболеваниям лёгких. К такому выводу пришли эксперты Американского общества специалистов в области торакальной медицины.

Руководитель исследования доктор Мехмет Кесимер профессор Университета Северной Каролины в Чапел-Хилл и его коллеги в очередной раз развеяли миф о том, что электронные сигареты менее опасны для здоровья, чем обычные. В ходе исследования были изучены различные биомаркёры, указывающие на вред для здоровья лёгких.

– Заблуждение о том, что электронные сигареты более безопасны, чем обычные, до сих пор существует лишь потому, что потенциальные побочные эффекты электронных сигарет только начинают изучаться. Результаты нашего исследования показывают, что они могут нанести здоровью не меньший вред, чем обычные, – рассказал доктор Кесимер.

Учёные сравнивали образцы мокроты, взятой у 15 вейперов, 14 обычных курильщиков и 15 некурящих. Они обнаружили, что у вейперов по сравнению с потребителями обычных сигарет значительно увеличены некоторые показатели. Например, в дыхательных путях повышено количество белков, связанных с нейтрофильными гранулоцитами и нейтрофильными внеклеточными ловушками. Нейтрофилы важны для борьбы с патогенными микроорганизмами, но, оставшись «без контроля», они могут способствовать возникновению воспалительных заболеваний лёгких, таких как хроническая обструктивная болезнь лёгких и фиброз.

Кроме того, число нейтрофильных внеклеточных ловушек оказалось повышенным и вне лёгких. Эти комплексные белковые конструкции в обычных условиях задерживают и уничтожают патогенные микроорганизмы, однако в патологических аутоиммунных состояниях они вызывают повреждения соседних клеток и усиливают воспаление. Авторы отмечают, что необходимы дополнительные исследования, чтобы определить, вызывает ли увеличение их числа системные воспалительные заболевания, такие как волчанка, васкулит и псориаз.

Исследование также показало, что электронные сигареты вызывали ряд негативных последствий, характерных для обычных сигарет. У вейперов, как и у обычных курильщиков, были увеличены биомаркёры окислительного стресса и активации защитных механизмов, связанных с болезнью лёгких. Среди них – тиоредоксины (TXN), альдегид-детоксикационные белки и матриксная металлопротеиназа 9 (MMP9). Кроме того, у любителей электронных сигарет была обнаружена повышенная секреция слизи, в частности муцина 5AC, перепроизводство которого связано с патологиями в лёгких, включая хронический бронхит, бронхоэктаз и астму.

Стоит заметить, что однозначную трактовку результатов исследования осложняет одно обстоятельство: 12 из 15 вейперов в прошлом курили обычные сигареты. Однако исследователи уверены, что полученные результаты являются значимыми для медицины.

– Сравнение вреда электронных сигарет с обычными немного напоминает сравнение яблок с апельсинами. Однако наши данные показывают, что у электронных сигарет есть собственные уникальные маркёры вреда для лёгких. Это делает спорным утверждение о том, что переход от обычных сигарет к электронным является более здоровой альтернативой, – заключил доктор Кесимер.

Анна КРАСАВКИНА.

По информации medportal.ru.

Профилактика

Медленно, но верно

Смертность от рака медленно, но снижается… Во всяком случае в США. Впрочем, рак печени, поджелудочной железы, мозга и матки по-прежнему остаётся фатальным.

Это следует из отчёта, ежегодно публикуемого при совместном участии Американского онкологического общества (ACS), Центров контроля и профилактики заболеваний (CDC), Национального института рака (NCI), Североамериканской ассоциации центральных раковых регистров (NAACCR).

Так, в период 2010-2014 гг. частота летальных исходов из-за онкологических заболеваний каждый год падала на 1,8% среди мужчин, 1,4% – женщин и 1,6% – детей.

Среди мужчин уровень смертности уменьшился для 11 из 16 наиболее распространённых онкологических типов, как то: рак лёгких (среднегодовое процентное изменение составило минус 3,5%), простаты (–3,4%), толстой и прямой кишки (–2,5%) и гортани (–2,5%), а также неходжкинская лимфома (–2%). Между тем отмечается рост смертности при раке печени (+2,6%), ротовой полости и глотки (+1,1%), мозга (+0,5%) и поджелудочной железы (+0,3%).

У женщин картина несколько отличается. Снижение летальности зафиксировано для 13 из 18 самых распространённых онкологических форм, а именно: рак толстой и прямой кишки (–2,8%), яичников (–2,3%), лёгких (–2%), неходжкинская лимфома (–2,2%), рак желудка (–1,9%). Уровень смертности для некоторых онкозаболеваний всё же прибавил: рак печени (+3%) и матки (+2%).

Если сравнивать периоды 1975–1977 гг. и 2006–2012 гг., показатель пятилетней выживаемости существенно вырос лишь для немногих типов запущенной онкологии. К примеру, если ранее женщины, страдавшие раком молочной железы с отдалёнными метастазами, только в 18,7% случаев могли прожить 5 лет после постановки диагноза и соответствующей терапии, сейчас можно смело говорить о 33,6%. Однако этого нельзя сказать об аналогичном раке печени: показатель изменился совсем незначительно – с 1,1 до 2,3%.

Одним из факторов, который серьёзно поспособствовал уменьшению смертности от рака, стало снижение пропорции курящего населения. Заявлено, что употребление табака, обоснованно ответственного за 16 видов рака и почти треть летальных онкологических исходов, сократилось за минувшие полвека более чем на 50%.

Специалисты подводят итоги: США продолжают демонстрировать снижение частоты летальных исходов у онкологических больных, однако положительная тенденция в этом направлении и улучшение показателя выживаемости ограничены несколькими типами рака. Это лишний раз свидетельствует о высокой потребности в создании новых стратегий профилактики, ранней диагностики и терапии раковых заболеваний.

Рак по-прежнему остаётся одной из самых сложных и разрушительных проблем современности. Но отрасль не сдаётся, продолжая вплотную заниматься поиском и разработкой препаратов для терапии более чем двух сотен онкологических форм. Сейчас на стадии клинических испытаний находится свыше 800 лекарств и вакцин против рака, причём приблизительно 80% из них являются первыми в своём роде.

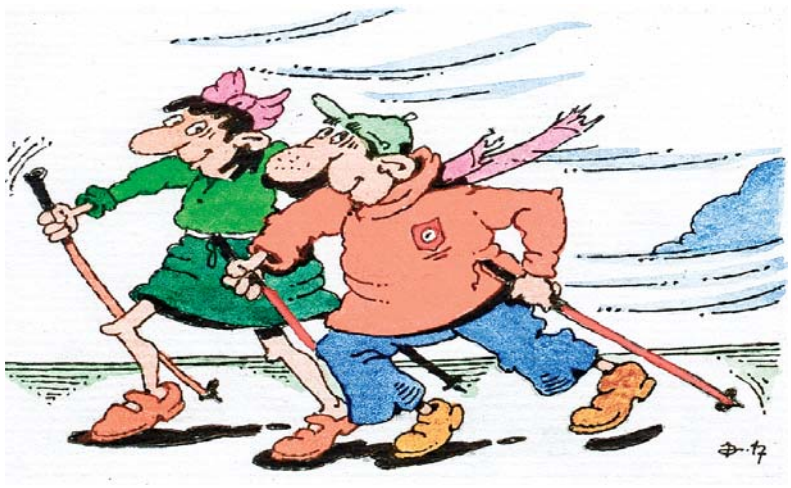
Арина СТЕПКО.

По информации mosmedpreparaty.ru.

Ну и ну!

Специалисты из биомедицинского центра при Университете Лестера (Великобритания) выяснили, что по темпу ходьбы можно определить, грозят ли человеку серьёзные проблемы со здоровьем, в частности заболевания сердечно-сосудистой системы и рак.

Опасная ходьба



В многолетнем исследовании учёных участвовали более 420 тыс. добровольцев. Эксперты наблюдали за их состоянием здоровья и физической активностью. За весь текущий период проведения эксперимента скончались 8,6 тыс. человек, из которых 1,7 тыс. участников умерли от сердечных болезней и ещё 4,8 тыс. – от онкообразований.

Специалисты установили, что люди, обычно идущие в медленном темпе, умирают в 2 раза чаще от проблем с сердцем и сосудами, нежели те, кто ходит быстро. При этом не было замечено связи с другими факторами, такими как индекс массы тела, рацион питания или вредные привычки.

Как пояснили учёные, скорость ходьбы тесно связана с общей физической формой и выносливостью, а привычка быстро ходить положительно отражается на общем состоянии здоровья человека и его продолжительности жизни.

Олег КУЗЬМИН.

По информации Zee News.

Далёкое – близкое

Пять дней в Венеции

Здесь нейрохирурги обменивались опытом и знаниями

Противоречия и решения в нейрохирургии – такова была главная тема конгресса Европейской ассоциации нейрохирургических обществ, состоявшегося в Венеции. В нём приняли участие более 1,5 тыс. делегатов со всех континентов, естественно, преобладали посланцы из стран Европы. Большую делегацию докладчиков прислал Национальный исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Среди паутины каналов

Венеция расположена на островах, и сообщение между ними (как и с аэропортом) исключительно морское. Бесконечные паромы и катера днём и ночью снуют и по лагуне, и по каналам, где, конечно, катают туристов и на знаменитых гондолах, правда, гондольеры теперь не поют.

В исторической Венеции пьянит морской воздух, удивительно чистый, так как всякое передвижение машин, включая такси, здесь запрещено, да и невозможно вследствие предельной узости улочек. На многих из них, размахнув руки, я касался домов слева и справа.

В центре Венеции я не увидел ни одного современного здания. А те, что возведены два-три или больше веков назад, малоэтажны, тесно прижаты друг к другу, радуют глаз своей архитектурой и патиной времени, искусно сохранённой, несмотря на необходимые ремонты. Здесь абсолютно нет асфальта. Все улицы и площади покрыты каменными плитами, что и приятно, и экологично.

Другая особенность центра Венеции – в нём совершенно нет деревьев и кустарников, им просто нет места. Но, странно, отсутствие зелёных насаждений не замечаешь, настолько захватывает гармоничная архитектура старинных домов.

Толпы бродят по прекрасному городу и задыхаются от потрясающих впечатлений. Базилика Святого Марка, Дворец дожей, уходящая в небо колокольня – разве всё возможно перечислить! И всё-таки я добавлю собственное сильнейшее потрясение. Пришлось несколько часов проплутать, прежде чем нашёл величественный храм XIV века Святой Девы Марии (Santa Maria Gloriosa dei Frari). Вознесение Девы Марии бесподобно изобразил Тициан на огромной картине в алтаре. В соборе было почти пусто (просто многие сюда не доходят), и можно было наслаждаться великим творением.

Что приобретаем

Благодаря новым знаниям и технологиям нейрохирургия конца XX – начала XXI веков радикально изменилась, её лечебные и исследовательские возможности необычайно возросли. Повсеместно травматичную макронейрохирургию вытеснила щадящая микронейрохирургия. Широкое распространение получили минимально инвазивные, эндоскопические, эндоваскулярные и стереотаксические вмешательства.

Использование операционных микроскопов и микрохирургической техники, систем наведения, интраоперационного мониторинга, электрофизиологического картирования, флуоресценсии, волоконной оптики, лазера, «вживлённых» электродов, ультразвукового отсоса и т.д. обеспечило прицельность и деликатность воздействий на ткани и сосуды мозга.

Различные методики неинвазивной нейровизуализации и совершенствование оперативных доступов сделало возможным радикальное удаление очаговых поражений, локализующихся в стволе мозга, третьем желудочке, области шишковидной железы и основании черепа.

Качественно изменилась реконструктивная и косметическая нейрохирургия при врождённой и приобретённой патологии черепа и позвоночника.

Тициан (Тициано Вечеллио): Вознесение Девы Марии. 1516-1518 г. Базилика Санта-Мария Глориоза деи Фрари

Резко расширилась сфера эффективного использования радиохирургии и стереотаксической радиотерапии при опухолевых, сосудистых и иных поражениях центральной нервной системы. Функциональная нейрохирургия перешла от применения методов деструкции нервных структур к методам их стимуляции и модуляции.

Стало надёжным адекватное управление и поддержание жизненно важных функций, в том числе и на длительные сроки.

Невозможно перечислить все приобретения нейрохирургии за последний период, не говоря уже о многое меняющем в ней внедрении достижений геномики, протеомики, молекулярной физики, иммунохимии и др. Самое главное, что новации в диагностике и лечении патологии головного и спинного мозга значительно гуманизировали эти процессы, сделав инструментальное их распознавание безболезненным и бескровным, а хирургию – максимально щадящей.

Доказательства этих положений убедительно продемонстрировал венецианский конгресс.

Что теряем

Величайшее благо – неинвазивное видение мозга через закрытый череп привело к частому игнорированию анамнеза болезни и клинических данных. А это создаёт угрозу деквалификации врача, ибо способствует атрофии клинического мышления и гипоскиллии, то есть утрате навыков общения, расспроса и физикального обследования пациента. А наряду с этим развивается синдром разобщения нейрохирурга с больным. Интерактивность «врач – техника» вытесняет человеческие взаимоотношения «врач – больной». Достижения нейрохирургии породили многие новые проблемы, которых раньше просто не было. Появилась превентивная нейрохирургия, основанная на случайном выявлении с помощью методов нейровизуализации асимптомной патологии центральной нервной системы у здорового – по самочувствию, поведению и работоспособности – человека. Клиники нет, а болезнь уже присутствует. Как быть? Одни решения здесь спасительны, а другие – губительны. Появились нейротрансплантология, клонирование. Наряду с благом они несут и угрозы.

Коснёмся и такой проблемы, как качество жизни. Успехи современной нейрохирургии, неврологии и нейрореаниматологии таковы, что жизнь человека, имея в виду дыхание, кровообращение, пищеварение и выделения, можно искусственно поддерживать годами и даже десятилетиями. А сознания, какой-либо психической деятельности нет, не говоря уже о чрезвычайной экономической обременительности. Нужна ли такая жизнь самому страдальцу, его семье, обществу?

Между тем количество спасённых пациентов, находящихся в вегетативном состоянии, угрожающе растёт, особенно в странах с развитой нейрохирургией.

В чём спасение

Есть ли возможность разрешения противоречий энергично развивающейся нейрохирургии, горячие энтузиасты которой готовы даже пересадить субстрат личности – мозг вместе с головой? Человечность и нравственность, объединяемые понятием «медицинская этика», – вот надёжный противовес антигуманным новациям, тенденциям обесчеловечивания отношений «врач – пациент».

Этическое слагаемое врачевания крайне необходимо для адекватного разрешения противоречий в нейрохирургии с учётом интересов как пациента, так и общества.

Главным, что служит надёжным препятствием для дегуманизации медицины, является сочетание высокого профессионализма и современных технологий с приоритетом этических и человеческих ценностей на всех этапах обучения и деятельности нейрохирурга.

Встречи

Огромен нейрохирургический мир. И лучший способ его познания – большие конгрессы, подобные венецианскому.

Где ещё можно увидеть и услышать мэтров нейрохирургии Европы, США, Японии, где ещё можно познакомиться с технологическими новациями в изучении, диагностике и лечении патологии головного и спинного мозга, где ещё можно встретиться с друзьями и коллегами из разных стран?

У меня было много запомнившихся свиданий. О некоторых из них я смогу поведать.

Поляк Ярослав Андриховский ушёл из Варшавского университета: «Там ничего нет для нейрохирургии – ни денег, ни оборудования. И я открыл собственную клинику. Надеюсь, получится».

Грустной была встреча с профессором Людмилой Вербовой, руководителем клиники детской нейрохирургии Киевского института нейрохирургии, приехавшей в Венецию за свой счёт. «Не только вижу, но и профессионально чувствую, как ухудшаются дела на моей Родине. Кому надо было развалить Советский Союз, когда он, пережив кровавые времена, стал очеловечиваться?! И кому надо сейчас разваливать Украину?!»

Бывший директор Российского научно-исследовательского нейрохирургического института им. А.Л.Поленова (Санкт-Петербург) профессор Игорь Яковенко уволился из своего учреждения. «Не могу больше видеть, как уничтожается старейший нейрохирургический институт России, после того как он императивно стал филиалом Алмазовского центра».

Мой друг и ученик Михалакис Спиру (M.Spiru) на подъёме. Он создал общество нейрохирургов Кипра и решил объединить в нём всех киприотов-нейрохирургов, которые работают в Европе и Америке.

У меня были долгие добрые отношения с профессором Джорджем Фороглу (G.Foroglou) из Салоник. Свою эстафету он передал сыну Николасу Фороглу, которого я с радостью поздравил с избранием председателем общества нейрохирургов Греции.

С профессором Клаусом Решем (K.Resch) из Австрии мы тепло вспоминали Акселя Пернецкого (Axel Perneczky), одного из основоположников минимально инвазивной нейрохирургии. Аксель родился в 1946 г. в Красногорске под Москвой; его отец был военнопленным. В Австрии, а затем в Германии он добился выдающихся результатов. И, любя нашу страну, всегда способствовал ознакомлению нейрохирургов Москвы с принципиально новыми подходами к хирургическому лечению мозговой патологии через «замочную скважину» (keyhole surgery). Сегодня микронейрохирургия и эндоскопическая хирургия – ведущие методы щадящих операций на мозге.

Профессор Стефан Флориан (S.Florian) из Румынии, возглавляющий Европейскую академию мультидисциплинарной нейротравматологии, извинился за накладки в организации её сессии в 2017 г. и пригласил меня в мае следующего года приехать с лекцией в Венгрию. «Поверьте, там всё будет чётко подготовлено».

Радостной и продуктивной была встреча с моим старым другом Франческо Калькатеррой (F.Calcaterra), нейрохирургом из Болоньи. Франческо способствует укреплению дружбы и знакомству нейрохирургов Италии с достижениями российских коллег. Он переводит на итальянский язык монографии учёных Института нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко (ныне Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии). Уже вышло две книги, готовятся к изданию в Италии ещё две.

Рассказать обо всех моих встречах, как и событиях, происходивших в Венеции, понятно, невозможно в газетной публикации.

И последнее: смысл форумов нейрохирургов мира не только в обмене опытом и знаниями, не только в полезном общении, но и их последействии – внедрении новых методов диагностики и лечения заболеваний нервной системы и получении необходимых импульсов для возникновения идей и разработки клинических подходов и технологий, которых ещё не было.

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

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

На литературный конкурс

Анатолий ИВАНОВ

Хватит переживать за всех сразу!

Когда Семён вышел из кабинета участкового врача, очередь облегчённо вздохнула, кто-то проворчал: «Наконец-то». А полная дама, сидевшая последней, громко добавила: «Мужикам надо спортом заниматься – по стадионам бегать, а не по врачам». В другой раз Семён обязательно бы остановился и вступил в диалог с дамой, но сегодня после общения с участковым врачом не было ни малейшего желания реагировать на чужие высказывания и проблемы. Как правильно и красиво сказала участковая: «Не переживайте за всех – и вы всех переживёте!». Совсем ещё молодая, а как умно и точно подметила... Действительно, он слишком много волнуется и переживает за всё и за всех, поэтому давление скачет, постоянная нервозность и бессонница. Все эти реалии сегодняшнего дня – наводнения, землетрясения, ураганы, террористические акты – через средства массовой информации, словно кошмарный многосерийный фильм ужасов, давят на психику, заставляют волноваться и переживать. Даже события не слишком трагические приносят устойчивые отрицательные эмоции, как, например, допинговый скандал с нашими спортсменами. Семён на собственном опыте узнал, что такое попасться на допинге и лишиться водительских прав на несколько месяцев.

Так он водитель-любитель, а каково спортсменам – профессионалам?!

А побег банкира с похищенными миллиардами в Англию! Совет жены не волноваться за банкира, поскольку с такими деньжищами не то что в Лондоне, но и в Гондурасе не пропадёшь и не заскучаешь, Семён воспринял как насмешку, так как он переживал за обманутых вкладчиков...

По дороге домой Семён свернул в парк и, прохаживаясь по аллеям с разноцветными осенними клёнами, продолжил свои размышления. Ситуация в мире, да и в стране, конечно, напряжённая, но и семейных проблем хватает. Каких нервов стоила Семёну поездка жены и дочери на отдых в Испанию полтора месяца назад! Удалось недорого купить «горящую» путёвку на двоих и торжественно вручить жене к 25-летию совместной жизни, а дочке – ко дню рождения. Но дальше была сплошная нервотрёпка. Мало того, что женщины обгорели на пляже под лучами агрессивного южного солнца, так внезапно в тамошних лесах начались пожары, огонь подбирался к курорту – пришлось экстренно эвакуироваться. Когда же пришли в турагентство за компенсацией, там нагло заявили: «А вы-то чего ожидали, купив «горящую» путёвку?»

Или взять хотя бы вчерашний вечер, рассуждал Семён. Сначала настроение было подпорчено покупкой по дороге с работы яблок любимого сорта «Слава победителям». Пришёл домой, высыпал из пакета фрукты – уличный продавец подсунул такие экземпляры, словно это были яблоки сорта «Позор побеждённым». Дальше ещё хуже... знал же, что проиграет наша команда, однако включил спортивную программу и уселся смотреть этот заранее обречённый футбольный матч. Сам же смеялся над шуткой, что у нас в команде играют шесть полузащитников, четверо полунападающих и один полувратарь. В итоге почти как в известной многострадальной песне: какая боль – 4 : 0! И бессонная ночь!

...Внезапно размышления Семёна были прерваны писклявым, но злым лаем подбежавшей к нему шавки, начавшей прыгать вокруг и угрожающе скалить зубы. Семёну захотелось отшвырнуть ногой наглую собачонку, но к ним уже бежала женщина с поводком и кричала: «Не бойтесь! Она не укусит!» Когда собачка была схвачена и посажена на поводок, Семён ограничился ядовитым замечанием хозяйке держать своего «волкодава» на цепи и продолжил путь, даже не дослушав её извинений.

Нападение собаки развернуло ход мыслей Семёна в сторону испорченных отношений с тёщей, началом которых послужил пёс Джек, с которым Евдокия Степановна переехала к ним из родного посёлка для совместного временного, по её обещанию, проживания. Тёща сразу захватила власть на кухне и установила в семье, как любил шутить Семён, систему раздельного питания: женщины (тёща, жена и дочь) ели из большой белой кастрюли специальную диетическую пищу для поддержания рекомендуемых в дамских журналах объёма талии и эластичности кожи на лице и бёдрах. У Семёна же и Джека для достижения сытости их организмов были свои кастрюльки: синяя – у собаки, зелёная – у Семёна.

Однажды, придя с работы в расстроенных чувствах из-за несправедливого, по его мнению, распределения квартальных премий на родном предприятии, Семён достал из холодильника настойку собственного изготовления, кастрюльку с едой и приступил к трапезе. После второй рюмки на душе стало легче, да и еда показалась непривычно вкусной. Джек, всегда равнодушный к приёму пищи хозяином, почему-то повизгивал и тёрся об его ногу.

«Наконец-то научилась готовить», – подумал о тёще Семён и вдруг, потянувшись ложкой за очередной порцией, обнаружил, что ест... из синей кастрюльки. Он, ещё не полностью доверяя своему открытию, вытащил из холодильника зелёную кастрюльку и щедро оделил содержимым собачью миску, стоящую в углу кухни. Пёс лениво подошёл, понюхал, вернулся к столу и опять стал вожделенно смотреть вверх.

«Это что ж получается: тёща умеет готовить, но меня кормит хуже, чем тебя, пёс!» – зло сказал Джеку Семён.

Но Джек не понимал обиды хозяина, поскуливал и крутил хвостом, выпрашивая свою законную вкусную пищу. Семён справедливо решил, что пёс не несёт ответственности за систему раздельного питания в их семье, отдал ему остатки из синей кастрюльки, а сам, не закусывая, выпил очередную рюмку для храбрости в предстоящем серьёзном разговоре с тёщей.

Через полчаса появилась Евдокия Степановна, и, несмотря на благородный гнев и допинг, Семён потерпел сокрушительное поражение в полемике с многоопытной, закалённой в рыночных дискуссиях женщиной.

Семёну удалось произнести только вступительное слово и вставить несколько коротких фраз во время ответной речи тёщи, всё остальное время он сначала недовольно мычал, а затем вынужден был кивать головой и поддакивать.

В течение каких-то сорока минут Евдокия Степановна сумела доказать зятю, что: во-первых, не всё вкусное – одновременно полезное; во-вторых, по составу и количеству витаминов и микроэлементов содержимое его зелёной кастрюльки не имеет себе равных в холодильнике – именно поэтому Семён здоров, как племенной бык, а если бы отказался от спиртного, то вообще бы стал долгожителем; в-третьих, не надо завидовать больной, несчастной собаке, которой жить-то осталось с гулькин нос...

Когда тёща приступила к четвёртому разделу своего выступления, зять признал своё полное поражение и жалобно отпросился на просмотр вечерних новостей. Неприятный осадок после дискуссии только усилился печальными известиями с телеэкрана и принёс Семёну очередную бессонную ночь.

С такими неприятными воспоминаниями Семён пришёл домой. Там его ждала тёща. Со словами «чтобы не забыть завтра» Евдокия Степановна протянула свой паспорт и деньги и попросила купить железнодорожный билет до Тулы, где жила её младшая дочь. Семён работал недалеко от железнодорожного вокзала, поэтому просьбу тёщи воспринял как должное, но в голове внезапно мелькнула шальная мысль отыграться за прошлое обидное поражение на кухне.

«Мама, удалось взять последний билет – такое впечатление, что все устремились в Тулу за самоварами», – сообщил на другой день тёще Семён с наигранно удивлённым лицом.

На самом деле ему пришлось объяснять удивлённой кассирше, зачем он покупает билет для пожилой дамы на боковую верхнюю полку у туалета, когда полно свободных нижних мест в центре вагона. Семён сделал каменное лицо и сказал, что дама любит смотреть на всех сверху, и чтобы удобства были рядом.

Евдокия Степановна была уже в пути, а Семён сидел на кухне и задумчиво смотрел, как Джек взахлёб поглощает свою вкусную малополезную пищу.

Удивительно, но Семён не испытывал никакого злорадства от своей мести тёще. Наоборот, росло чувство стыда за свой поступок и беспокойство за Евдокию Степановну – как она там, на верхней боковой полке. К ночи беспокойство переросло в тревогу – вдруг тёща свалится вниз или уже свалилась, поэтому не звонит по мобильнику и не бранит шкодливого зятя.

Ночь прошла почти без сна, лишь под утро задремал, но сразу проснулся от кошмарных видений. Как только часы показали 7:30 утра – время обычного пробуждения тёщи, – Семён дрожащей рукой набрал номер её мобильника.

«Мама, как вы там... всё нормально... не упали с верхней полки?» – срывающимся голосом спросил Семён.

«Я, дорогой зятёк, на неё даже не залезала – вагон-то почти пустой, так что не переживай, побереги нервы... они тебе понадобятся к моему возвращению», – ледяным голосом отозвалась Евдокия Степановна и отключила мобильник.

Семён почувствовал, как бешено заколотилось сердце, достал таблетку валидола, сунул её под язык, измерил давление. 180 на 105! Позвонил в поликлинику – записался на приём к участковому терапевту.

Очередь к участковому терапевту томилась в ожидании продвижения и тихо поругивала отечественную медицину в целом и более громко – цены на лекарства в частности. Дверь кабинета внезапно распахнулась, на пороге появился крупный краснолицый мужчина, который со словами «Это, доктор, моя личная жизнь!» энергично махнул рукой и пошагал по коридору. Семён поднялся и робко постучал в раскрытую дверь, в ответ послышалось жалобное «заходите», притихшая очередь проводила его любопытным и немного испуганным взглядом.

Участковый терапевт, обычно энергичная и улыбчивая, сидела понурая, с покрасневшими глазами и яркими пятнами на лице и держала в руке носовой платочек. Семён робко поздоровался.

«Здравствуйте, Семён Семёнович, – тихо ответила врач, жестом пригласила сесть и уже громче продолжила: – Ну как вылечить такого упрямого пациента... курить буду, а пить не брошу – это моя личная жизнь?!»

«Ой, доктор, да не берите вы так близко к сердцу каждого упрямца и фразёра! – воскликнул Семён. – Вспомните ваши красивые слова «Не переживайте за всех – и вы всех переживёте!»

«Фраза-то красивая, да только она для пациентов, а у меня – целый участок, полторы тысячи человек, и за всех волнуешься. Профессия такая», – грустно ответила врач.

«Эх, доктор, а мы, пациенты, думаете, не волнуемся? За всю Россию переживаем... и за отдельные страны... а тут ещё и за тёщу», – задумчиво сказал Семён.

Какое-то время они сидели молча и с пониманием смотрели друг на друга, хотя каждый думал о своём. Затем врач в одно мгновение сбросила печальную маску с лица и уже бодрым голосом сказала:

«Хватит переживать за всех сразу! Давайте займёмся конкретно вашими проблемами. Что изменилось, Семён Семёнович, после нашей последней встречи?»

Санкт-Петербург.

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

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

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

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

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 17-10-00321
Тираж 23 873 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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