Медицинская газета®

17 ноября 2017 г.
пятница
№ 87 (7805)

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

В центре внимания

Перинатальный центр глазами министра

Руководитель отрасли дала ему высокую оценку

Посещение нового учреждения и общение с коллегами произвели приятное впечатление на министра

В ходе своего визита на Южный Урал в рамках XIV Форума межрегионального сотрудничества России и Казахстана министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова посетила Челябинский областной перинатальный центр, который получил новое здание благодаря федеральной программе.

С клиникой главу федерального ведомства познакомили министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлёв и главный акушер-гинеколог регионального Минздрава главный врач перинатального центра Юрий Семёнов.

«Впечатления прекрасные. Полноценный перинатальный центр со всеми возможными подразделениями, – поделилась В.Скворцова. – Хотелось бы также поздравить Челябинскую область с новым ЭКО-центром. Он проработал всего год, а результативность уже превышает 33% – один из лучших показателей в стране. Прекрасно подготовленные специалисты и современное оснащение. Операционные обеспечены высокотехнологичным оборудованием, в том числе отечественным – это хочется отметить особо. Действительно головное учреждение области. И оно сформировало систему из всех 42 учреждений трёх уровней. Функционирует единая информационная база данных всех беременных женщин, стоящих на учёте. Это то, что позволило существенно снизить младенческую смертность на 16-17%».

Напомним, программа развития перинатальных центров в Российской Федерации предусматривала строительство в 2013-2016 гг. 32 таких учреждения в 30 регионах, в том числе в Челябинской области. Новое здание ОПЦ на 130 коек вступило в строй 1 октября прошлого года. Общая площадь здания превысила 25 тыс. м².

В его структуре открылось отделение вспомогательных репродуктивных технологий с лабораторией экстракорпорального оплодотворения, благодаря чему стало возможным ведение пациенток с бесплодием как на этапе подготовки к беременности, так и во время неё, в родах и в послеродовом периоде с последующим анализом эффективности процедуры ЭКО и исходов беременности после применения вспомогательных репродуктивных технологий.

По итогам 10 месяцев нынешнего года здесь принято 14% от всех родов области. Также за этот период врачи ОПЦ приняли 703 преждевременных родов – это 34,7% от общего числа в регионе.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Никита АФАНАСЬЕВ, медицинский специалист Программы по борьбе с туберкулёзом, офис ВОЗ в РФ:

По уровню снижения смертности и регистрируемой заболеваемости туберкулёза Москва занимает лидирующую позицию в стране, демонстрируя правильную стратегию в борьбе с болезнью.

Стр. 4

Вячеслав САЖИН, главный хирург Центрального федерального округа, доктор медицинских наук, профессор:

Можно было хирургические койки не сокращать, а разделить на круглосуточный и дневной стационары, амбулаторную хирургию.

Стр. 5

Иван АРТЮХОВ, ректор КрасГМУ, доктор медицинских наук, профессор:

Необходима независимая оценка не только уровня знаний студента, но всего и всех: где учат, кого учат, чему учат, и кто учит.

Стр. 11

События

Улучшить помощь онкобольным детям

Главные детские онкологи Южного и Северо-Кавказского федеральных округов объединяются, чтобы улучшить качество онкологической помощи на юге России. В связи с этим в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте по инициативе главного онколога ЮФО члена-корреспондента РАН Олега Кита проведено совещание главных детских онкологов ЮФО и СКФО.

В России онкологические заболевания занимают третью позицию среди причин смертности у детей. Ежегодно злокачественные новообразования выявляют у 13 из 100 тыс. малышей и подростков. В последние годы наблюдается небольшой рост детской онкозаболеваемости, при этом значительно возрос показатель выживаемости – в Ростовском онкоинституте он достигает 85%.

Однако в регионах юга России есть проблемы и недоработки, которые негативно сказываются на качестве онкопомощи маленьким пациентам Южного и Северо-Кавказского федеральных округов. Это низкая онконастороженность врачей первичного звена по выявлению онкологических заболеваний у детей. Недостаток профилактических мероприятий, недоработки в схемах маршрутизации пациентов, дефицит квалифицированных кадров, а также неточность статистических данных по заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей.

– Чтобы правильно оценивать ситуацию с детской онкозаболеваемостью и выживаемостью, отслеживать эффективность онкологической помощи в регионах, мы должны видеть в статистике истинные данные. Для этого в Южном и Северо-Кавказском федеральных округах необходимо создать единый детский онкологический канцер-регистр с интеграцией в единую Государственную систему здравоохранения и подключением всех уровней детской онкологической помощи, – предложил Олег Кит.

Совещание детских онкологов проходило в формате живого общения с онкоучреждениями юга России. С докладами о состоянии детской онкопомощи в своих регионах выступили главные онкологи субъектов ЮФО и СКФО. Специалисты рассказали о проблемах онкослужбы, поделились опытом, выступили с предложениями.

Открытый диалог позволил лучше оценить состояние детской онкологической службы в каждом регионе, выяснить причины недостатков и найти эффективные решения проблем. Совместная работа позволит выстроить эффективную деятельность детской онкологической службы, повысить качество онкопомощи на юге России и снизить детскую смертность от злокачественных новообразований. Встречи главных детских онкологов ЮФО и СКФО планируется проводить регулярно.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Сотрудничество

О женском здоровье замолвили слово...

На днях Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова собрал специалистов по изучению женского здоровья из России, Израиля, Италии и США. Они провели курс лекций по тазовой хирургии, затронув в своих презентациях самые важные аспекты современной гинекологии. Рассматривались такие вопросы, как гистероскопия и хирургические процедуры, женская циркумзия и её последствия, эстетическая гинекология, причины, механизмы возникновения и принципы лечения тазовых болей, патологии матки после кесарева сечения.

Студенты познакомились с известными специалистами в своих областях, среди которых доктор Ивано Раймондо (Италия), доктор Цабари Авиноам (Израиль), профессор Маурисио Чанг (США), доктор Дженнаро Раймондо (Италия). Нашу страну и университет представлял профессор кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии Оспан Мынбаев, который не только был одним из лекторов, но и помогал выстраивать диалог между слушателями и иностранными специалистами.

Анастасия СИНЕВА.
МИА Cito!

Новости

Дружеское общение помогает развиваться

Для студентов Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова прошла необычная лекция на тему: «Гармонизация межэтнических отношений и профилактика экстремистских проявлений в молодёжной среде».

Айказ Микаэлян, ведущий консультант Управления по укреплению общенационального единства и профилактике экстремизма на национальной и религиозной почве Федерального агентства по делам национальностей, вместе со старостами групп и председателями землячеств вуза рассмотрели такие понятия, как межнациональные отношения и толерантность.

– На территории Российской Федерации проживает 193 народа! И каждый уникален, интересен. Я надеюсь, каждый человек поймёт, что понятие «международные отношения» – это не что-то эфемерное, а неотъемлемая часть нашей жизни. Это хорошо, что в вашем университете развиваются землячества. Главное, чтобы они не замыкались в своём узком кругу, чётко разделившись на этнические группы. Вспомните цитату: «Всякий город или дом, разделившийся сам в себе, не устоит». Дружеское студенческое общение помогает развиваться, тем более в медицинском вузе! – поделился своим мнением А.Микаэлян.

А уже скоро, 1 декабря, в вузе пройдёт фестиваль землячеств, на котором студенты из разных уголков России познакомят всех желающих с культурой, фольклором и кухней своих народов.

Анастасия ИВАНОВА.

В фокусе внимания – «ранние пташки» и их родители

Свыше 3800 родителей недоношенных детей повысили свои знания в школах лечебно-профилактических учреждений страны по таким важным для выхаживания малышей вопросам, как вскармливание, уход, неотложная помощь в экстренных случаях, бронхолёгочная дисплазия, ретинопатия. Программа школ была разработана специалистами перинатальной медицины совместно с благотворительным фондом «Право на жизнь» и проводилась в рамках информационной кампании «Ранние пташки», призванной повысить осведомлённость о проблемах недоношенности. Занятия проходили в перинатальных центрах и больницах ряда городов РФ в течение 2 лет. В нынешнем году они были дополнены видеоуроками.

– Очень важно, чтобы каждая семья, где ребёнок родился раньше срока, имела все необходимые знания по выхаживанию малыша. Именно поэтому мы организовали школы для родителей недоношенных детей и рады, что проект востребован, – отметила директор фонда «Право на жизнь» Наталья Зоткина накануне 18 ноября – Дня недоношенного ребёнка.

Валентина ЗУЕВА.

Москва.

Доноров становится больше

Специалисты Челябинской областной станции переливания крови за 9 месяцев этого года заготовили компоненты крови от 21 430 доноров.

Региональный банк крови пополнился на 24 710 л, что на 21,4% больше показателей за аналогичный период прошлого года. Общее число донаций выросло на 6,5% и составило 45 тыс. (в прошлом году – 42,3 тыс.).

«Несмотря на донорскую активность, число заявок от медицинских организаций, поступающих на станцию переливания крови, увеличивается, и сегодня в регионе востребованы доноры всех групп крови», – отмечает главный специалист трансфузиолог областного Минздрава Галина Рудакова.

Большую помощь южноуральцам, нуждающимся в лечении, оказывают в рамках акций корпоративного донорства коллективы предприятий и организаций, а также постоянные доноры. Так, в ходе проведения плановой работы по привлечению доноров, проживающих в городах и районах области, специалисты станции переливания крови в течение года организовали порядка 600 выездов в муниципальные образования и на предприятия Южного Урала.

В ближайшее время участниками донорских акций станут медицинский коллектив областной клинической больницы № 3, жители ряда городов, в том числе и Челябинска.

Михаил АЗАРОВ.

Челябинск.

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

Вехи

Операция, открывшая дверь в будущее

В память о ней в столице возвели красивый монумент

Первый космический аппарат – искусственный спутник Земли – был запущен на орбиту 4 октября 1957 г. Так мы начали осваивать космос. А спустя несколько недель в нашей стране произошло ещё одно событие огромной важности, на этот раз давшее старт эпохе развития отечественной сердечно-сосудистой хирургии: в Москве, в Институте хирургии им. А.В.Вишневского была выполнена первая в СССР успешная операция на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения. Два советских кардиохирурга – академик Александр Вишневский и тогда ещё молодой учёный кандидат медицинских наук Владимир Бураковский – доказали всем, что совокупность врачебного опыта и глубоких научных знаний, подкреплённые готовностью к смелым решениям, – вот основа прогресса медицины.

Церемония открытия скульптуры

Американский кардиохирург Джеймс Кокс поздравил российских коллег

Вот он, памятник нашим врачам-первооткрывателям

К 60-летию профессионального подвига советских врачей на территории Института хирургии им. А.В.Вишневского на днях открыли монумент. Скульпторы Микаэль и Ваге Согоян сумели очень проникновенно запечатлеть в граните всю сложность и важность работы врача: в сильных и бережных ладонях хирурга не просто сердце, в них – сама жизнь пациента. Монумент производит огромное эмоциональное воздействие.

– Достижение наших учителей А.Вишневского и В.Бураковского – первая операция на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения – послужило началом стремительного расширения возможностей сердечно-сосудистой хирургии в стране и в мире. С тех пор и до сегодняшнего дня Россия остаётся одним из мировых лидеров в данной области медицины, причём в каждом из её разделов: открытой кардиохирургии, эндовидеоскопической миниинвазивной кардиохирургии, интервенционной и хирургической аритмологии, рентгеноэндоваскулярной хирургии. Нам есть чем гордиться на всех этапах эволюции хирургии сердца и сосудов – от большого разреза до операций без травмы, – так прокомментировал открытие скульптурной композиции директор Института хирургии им. А.В.Вишневского академик РАН Амиран Ревишвили.

В эти же дни в Москве проходило ещё одно событие, посвящённое 60-летию первой успешной операции на открытом сердце в условиях искусственного кровообращения – Международная конференция по минимально инвазивной кардиохирургии и хирургической аритмологии (AMICS 2017), на которую собрались лидеры сердечно-сосудистой хирургии из России, США и стран Европы. Один из них – основатель современной аритмологии, экс-президент Американской кардиоторакальной ассоциации, профессор Джеймс Кокс из Университета Вашингтона в Сент-Луисе стал участником торжественной церемонии открытия монумента в честь наших врачей. Обращаясь к российским коллегам, он сказал:

– Не так часто важные вехи в истории медицины бывают увековечены в монументах, но вы сделали это! Я рад, что могу при столь важном событии находиться вместе с вами здесь, в Москве – втором после Чикаго городе, который считаю своим любимым местом на Земле.

По большому счёту, этот монумент можно считать олицетворением смелости и профессионализма не только кардиохирургов, но и всех российских врачей, занимающихся хирургией...

Елена СИБИРЦЕВА.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Инициатива

Урок здоровья

Урок здоровья прошёл в роддоме № 3 Владивостока. Участие в нём приняли воспитанницы старших классов одной из школ краевого центра.

По словам Светланы Сагайдачной, главного врача Владивостокского клинического родильного дома № 3, данные мероприятия являются частью программы учреждения «Здоровое поколение будущей России» и проходят здесь с завидным постоянством на протяжении уже нескольких лет.

Во время этих встреч специалисты роддома – акушер-гинеколог и психотерапевт – рассказывают старшеклассницам о том, какие физиологические изменения происходят с их организмом в силу взросления и какой образ жизни необходимо вести для собственного здоровья и благополучия. Причём инициатива медиков по воспитанию и просвещению подростков оказалась настолько востребованной, что нередко учебные заведения обращаются с просьбой о регулярном проведении таких уроков для своих воспитанников.

Вот и в этот раз очередное занятие прошло для учащихся старших классов школы № 50 Первомайского района Владивостока. Врач акушер-гинеколог женской консультации родильного дома № 3 Татьяна Москвина поговорила с девочками на тему грамотной организации режима дня, о пользе сна и распределении спортивных нагрузок, обсудила основы правильного питания, а также предупредила о вредных факторах, которые негативно влияют на текущее самочувствие и здоровье в целом. Кроме того, она объяснила, с чем связаны физиологические изменения в организме подростков и при каких симптомах следует немедленно обратиться за помощью к специалистам.

Предметом разговора со школьницами стало и психоэмоциональное состояние человека. Психотерапевт роддома Светлана Новикова раскрыла простые секреты хорошего настроения и научила старшеклассниц тому, как ценить себя и свои достижения вне зависимости от их величины и получать удовольствие, радуясь мелочам.

В завершение мероприятия девочек ожидал «сладкий стол».

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Перспективы

Время углублять взаимодействие

Исходящие от инфекций актуальные угрозы для здоровья населения стран Азиатско-Тихоокеанского региона, риски возникновения масштабных эпидемий и взаимодействие в сфере борьбы с ними рассмотрены на встрече в Москве старших должностных лиц и экспертов в области общественного здравоохранения стран-участниц Восточно-азиатского саммита (ВАС).

Густонаселённость этих стран, урбанизация, рост трансграничного перемещения населения, отмечалось на совещании, создают благоприятные условия для стремительного распространения в Азиатско-Тихоокеанском регионе вновь возникающих опасных инфекций, таких как атипичная пневмония, высокопатогенный грипп, коронавирус. Усугубляется также бремя известных эпидемий, включая лихорадку денге, малярию, ВИЧ/СПИД, чуму, туберкулёз с множественной лекарственной устойчивостью и др. Увеличению рисков способствуют и другие факторы – изменение эпидемиологии известных болезней, развитие синтетической биологии, – которые не только оказывают негативный эффект на системы здравоохранения, но и препятствуют устойчивому социально-экономическому развитию региона.

Участники встречи обменялись опытом в области предупреждения эпидемий и повышения национального потенциала для профилактики и реагирования на вспышки инфекционных болезней, подробно рассмотрели проводимую работу и существующие механизмы взаимодействия Ассоциации государств Юго-Восточной Азии и ВАС по вопросам борьбы с инфекциями.

С учётом интенсивных туристических потоков между Россией и странами Азиатско-Тихоокеанского региона противодействие инфекционным угрозам крайне важно, подчёркивали участники совещания. В рамках двух сессий встречи они обсудили как актуальные проблемы и угрозы, так и механизмы сотрудничества по решению проблем здравоохранения. Завершила встречу открытая дискуссия о перспективах создания, круга ведения и модальности возможного механизма встреч глав ведомств стран-участниц ВАС, отвечающих за надзор за инфекционными болезнями.

Стороны были едины во мнении о необходимости углубления регулярного сотрудничества между странами-участницами ВАС в борьбе с инфекционными заболеваниями, особенно в части противодействия эпидемиям, повышения регионального потенциала по предупреждению и реагированию на вспышки инфекционных болезней с пандемическим потенциалом, говорится в совместном заявлении по итогам встречи. Подчёркивается также важность налаживания обмена опытом между специалистами, сближения методов оценки ситуаций, проведения совместных научных исследований, повышения квалификации кадров, например в проблемных областях, внедрения Международных медико-санитарных правил и пр.

Встреча в Москве организована по инициативе Российской Федерации, выдвинутой в ходе XI Восточно-азиатского саммита (Вьентьян, Лаос, 6-8 сентября 2016), о проведении регулярных встреч глав ведомств, ответственных за профилактику и надзор за инфекционными болезнями. Совещание собрало более 50 высоких представителей профильных ведомств всех 10 стран-членов Ассоциации государств Юго-Восточной Азии и 4 стран – диалоговых партнёров этой международной организации. В ней также приняли участие эксперты агентств ООН, академических кругов стран-участниц ВАС и международных организаций.

Делегацию Российской Федерации представляла руководитель Роспотребнадзора главный государственный санитарный врач РФ Анна Попова и заместитель министра иностранных дел РФ Игорь Моргулов.

На полях встречи А.Попова провела переговоры с делегацией Республики Филиппины по вопросам развития сотрудничества в области профилактики и борьбы с инфекционными болезнями. Рассмотрена, в частности, возможность подготовки документа о сотрудничестве между Роспотребнадзором и Министерством здравоохранения Филиппин, предусматривающего оперативный обмен информацией о случаях вспышек инфекций, совместное проведение научных исследований и др.

Филиппинская сторона с интересом восприняла деятельность РФ по профилактике вакциноуправляемых инфекций, таких как корь, столбняк, дифтерия, а также производства соответствующих российских вакцин и тест-систем, успешно зарекомендовавших себя за пределами страны.

Константин БЕЗНЕГ.
МИА Cito!

Награды

Трудовые заслуги отмечены

В связи с 95-летием со дня образования государственной санитарно-эпидемиологической службы страны за большой вклад в её развитие и многолетний добросовестный труд Правительством РФ отмечена большая группа сотрудников Роспотребнадзора.

Почётной грамотой Правительства РФ награждён **Александр БАЕВСКИЙ** – врач по коммунальной гигиене отдела экспертиз среды обитания и условий проживания Центра гигиены и эпидемиологии в Свердловской области.

Кроме того, 18 сотрудникам Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и его территориальных управлений объявлена благодарность Правительства РФ.

* * *

Мэр Москвы Сергей Собянин вручил денежные премии 44 работникам столичных медицинских учреждений. Размер каждой премии составляет 100 тыс. руб.

Девять премий вручили коллективу НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского за разработку и практическое применение клеточных, тканевых и электрохимических технологий в неотложной медицине. Две премии получили сотрудники Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова за разработку и внедрение инновационных технологий в хирургическую эндокринологию.

Соб. инф.

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**

Из первых уст

Смертность снижается

Министр здравоохранения РФ привела новые данные официальной статистики Росстата.

«За 9 месяцев этого года продолжительность жизни россиян увеличилась до 72,6 лет, – сообщила она. – Смертность населения снизилась на 2,8% и составила 12,6 случаев на тысячу населения (за 9 месяцев 2016 г. – 12,9 на тысячу населения). Это означает, что в этом году умерло на 39,3 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года».

По словам министра, достигнутые результаты обусловлены снижением смертности от всех основных причин: от болезней системы кровообращения – на 4,1%, новообразований – на 3%, туберкулёза – на 16,9%, болезней органов дыхания – на 10,7%, в том числе от пневмоний – на 19,4%, болезней органов пищеварения – на 5,1%, от дорожно-транспортных происшествий – на 7,7%, случайных отравлений алкоголем – 19,3%

На протяжении нынешнего года удерживается исторический минимум показателя младенческой смертности, которая за 9 месяцев снизилась на 12% и составляет 5,3 на тысячу родившихся живыми. При этом более чем в большинстве регионов этот показатель уже ниже 5, что соответствует лучшим мировым результатам.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

100 строк на размышление

Залатаем ли дыры?

Расходы на здравоохранение в регионах снижаются, а финансовые долги субъектов РФ растут. Однако до конца года будет рассмотрена возможность распределения им дотаций в размере 15 млрд руб., исходя из оценки выполнения первоочередных обязательств в ноябре – декабре 2017 г., а также бюджетных кредитов в размере 16 млрд руб.

Об этом сообщил на заседании Совета Федерации, одобрившем принятый Госдумой РФ закон о внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2017 г. и плановый период 2018 и 2019 гг.», министр финансов РФ Антон Силуанов. Он подчеркнул, что дополнительные средства будут направлены в первую очередь регионам с большой долговой нагрузкой.

Указанный закон предусматривает внесение изменений только в показатели, утверждённые на 2017 г., уточнил председатель Комитета Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам Сергей Рябухин. По его словам, показатели на плановый период 2018 и 2019 гг. не изменяются.

Что же касается финансирования медицины, то тут ясность внесла председатель Счётной палаты РФ Татьяна Голикова. Снижение расходов на здравоохранение коснулось консолидированных бюджетов 84 регионов (из 85 субъектов Федерации), шокировала сенаторов бывший глава Минздравсоцразвития России. В среднем субъекты Федерации сократили отчисления на медицинскую помощь на 42,9%, «при этом в 20 регионах снижение практически более чем в три раза», – пояснила руководитель Счётной палаты РФ.

Т.Голикова рассказала также о задолженности территорий по взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения. По её словам, Республика Ингушетия, например, должна Федеральному фонду ОМС 348,7 млн руб., а Волгоградская область – 618,1 млн. Из-за долга в октябре 2017 г. ФФОМС приостановил перечисление субвенций на помощь, которую оказывают региональные клиники по полису ОМС.

«Сейчас Волгоградская область погасила долг перед фондом ОМС, соответственно, ей перечислили субвенцию», – объяснила Т.Голикова. При этом в Ингушетии долг за последний месяц только вырос, и средства на оплату оказанной медпомощи из фонда не перечисляются.

Напомню, что, согласно представленной властям Центром стратегических разработок программе Алексея Кудрина по развитию здравоохранения, финансирование нашей отрасли к 2024 г. должно быть увеличено на 0,7-0,8% ВВП по сравнению с 2017 г. Ещё в 2014 г. экс-министр финансов РФ настаивал на выделении на здравоохранение не менее 7% ВВП против 3,4% в указанном году.

А в ноябре 2017 г., как сообщил после встречи с Президентом России глава Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль, Владимир Путин дал поручение разработать план реализации решений конгресса НМП. Важнейшее из них – увеличить к следующему году долю госфинансирования здравоохранения до 5% от ВВП.

Посмотрим, что из этого всего получится. Залатаем ли дыры в финансировании здравоохранения?

А пока в российском парламенте продолжаются дебаты, в том числе по расходам на здравоохранение, вокруг проекта Федерального закона «О федеральном бюджете на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.». Обещанного, как у нас говорится, три года ждут. То есть как раз к 2021 г.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Итоги и прогнозы

Уверенные шаги московских фтизиатров

Они обобщили результаты работы на недавней встрече в столице

В преддверии Первой глобальной министерской конференции ВОЗ по туберкулёзу, которая сегодня завершает свою работу в Москве, состоялась V ежегодная конференция московских фтизиатров «Профилактическая противотуберкулёзная работа в мегаполисе: объём, затраты, эффективность», в которой приняли участие более 900 человек из 50 регионов России.

Форум московских фтизиатров стал значимым событием в медицинском сообществе Москвы, а также России. В его работе впервые приняли участие не только учёные и клиницисты, но и экономисты, юристы и психологи. Были обсуждены различные аспекты работы по предотвращению распространения туберкулёза: от профилактики заболевания до лечения наиболее тяжёлых больных с лекарственной устойчивостью возбудителя в разрезе экономической эффективности. Определены основные направления деятельности противотуберкулёзной службы Москвы, необходимые для достижения поставленных целей по превращению столицы в город, свободный от туберкулёзной инфекции. На торжественной церемонии открытия конференции выступили ведущие учёные, представители государственных и общественных организаций. С приветственным словом обратился заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы А.Старшинин, отметив, что название конференции отражает приоритетные задачи фтизиатрической службы города. «…Правительство Москвы уверено, что проведённые на конференции школы, научные симпозиумы и «круглые столы» дадут возможность повысить уровень знаний врачей и медицинских сестёр эффективно решать имеющиеся проблемы», – отметил он.

В выступлении специалиста программы по борьбе с туберкулёзом московского офиса ВОЗ в Российской Федерации Н.Афанасьева прозвучало: «…За последние два десятка лет прошли качественные изменения в борьбе с туберкулёзом в России. По уровню снижения смертности и регистрируемой заболеваемости туберкулёза Москва занимает лидирующую позицию в стране, демонстрируя правильную стратегию в борьбе с болезнью».

В приветствии директора Санкт-Петербургского НИИ фтизиопульмонологии, главного торакального хирурга Минздрава России П.Яблонского прозвучало, что результаты работы столичных фтизиатров должны стать ориентиром не только для Москвы, но и для всей страны.

На открытии также выступили руководитель Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулёза в России профессор О.Нечаева, главный фтизиатр Управления организации медико-санитарного обеспечения ФСИН России Т.Чебагина, директор Центрального НИИ туберкулёза А.Эргешов, заведующие кафедрами фтизиатрии и руководители головных противотуберкулёзных учреждений Б.Малиев (Республика Северная Осетия – Алания), Т.Морозова (Саратовская область), Л.Шовкун (Ростовская область).

Пленарное заседание началось с доклада главного фтизиатра Минздрава России И.Васильевой «Стратегия – победить туберкулёз», в котором были определены цели и задачи фтизиатрической службы страны по ликвидации болезни.

В течение 2 дней конференции прошли 4 школы для клиницистов, симпозиумы и «круглые столы», собравшие полные залы фтизиатров и врачей других специальностей. С лекциями и научными докладами выступили признанные лидеры Московского центра борьбы с туберкулёзом – В.Литвинов, Е.Богородская, С.Борисов, Л.Слогоцкая, Л.Мохирева, М.Синицын, Г.Оганезова, Е.Белиловский, Э.Бирон, Д.Иванова, О.Кривцова и другие участники форума из Москвы, а также регионов России. При подведении итогов конференции отмечено, что за 5 лет работы противотуберкулёзной службы столицы в новых условиях на основе 5 составляющих удалось добиться успеха по 5 основным направлениям.

Реорганизация противотуберкулёзной службы, проведённая Департаментом здравоохранения Москвы в 2012 г., в результате которой все противотуберкулёзные диспансеры и многопрофильная туберкулёзная клиническая больница были присоединены к Московскому городскому научно-практическому центру борьбы с туберкулёзом, позволила оптимизировать работу фтизиатров города. Провести реформы системы оказания фтизиатрической помощи в столице и возглавить объединённый центр руководство Департамента здравоохранения Москвы поручило Елене Богородской, имеющей большой опыт работы по организации противотуберкулёзной помощи на федеральном уровне.

В основу создания новой организационной модели положено 5 составляющих: укрупнение медицинских организаций; уменьшение числа и перепрофилирование коек; централизация управления основными службами: диспансерной, госпитализации, кадровой, лабораторной, аптечной, патологоанатомической; усиление руководящего состава высококвалифицированными кадрами и создание непрерывной системы повышения знаний и умений специалистов противотуберкулёзных учреждений с привлечением ведущих учёных вузов, некоммерческих общественных организаций, а также регистрация собственного научного периодического издания; мониторинг эпидемиологической ситуации, руководящий контроль всех мероприятий со стороны главного фтизиатра Департамента здравоохранения Москвы.

Подводя итоги, можно уверенно сказать, что время продемонстрировало нам эффективность выбранного направления работы московских фтизиатров. Они показали достижения, которые стали возможны в результате проведённой реорганизации службы. Цели, поставленные мэром столицы С.Собяниным и правительством Москвы, по созданию комфортного безопасного города и выстроенная Департаментом здравоохранения модель работы противотуберкулёзной системы привели к значительным успехам.

Очень приятно, что именно в Москве в эти дни участники Первой глобальной конференции ВОЗ по туберкулёзу намерены принять декларацию высокого уровня с чёткими обязательствами стран ускорить действия по ликвидации туберкулёза. В России будет дан старт мировому сообществу к высокой цели ликвидировать это заболевание в мире к 2035 г.

Татьяна МОХРЯКОВА,
врач, внешт. корр. «МГ».

Тенденции

Микрохирургическая служба Сургутской клинической травматологической больницы – единственное специализированное отделение в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, где выполняют операции в области кисти, стопы и сосудисто-нервных пучков с использованием микрохирургической техники.

Микрохирурги в борьбе со временем

В далёкой сургутской больнице работают врачи-универсалы

Здесь работают врачи-универсалы, обладающие знаниями и навыками в самых разных областях: травматологии и ортопедии, нейрохирургии, сосудистой и пластической хирургии.

Нередко микрохирурги вступают в борьбу со временем. Так, недавно в травматологическую больницу поступил мужчина с тяжёлой травмой верхней конечности. Внешне признаки были минимальны, вывих конечности в локтевом суставе при сохранении целостности кожного покрова. Часть руки онемела, сосудистое кровообращение полностью нарушено, движения кистью минимальны. Потеря времени равноценна потере руки…

– Это тот случай, когда время играет против нас, каждая минута на счету. Если бы мужчина поступил позже, то сохранить руку не удалось бы из-за некроза тканей. Это означает одно: инвалидность, частичная или полная потеря трудоспособности, – отметил врач микрохирургического отделения Сургутской клинической травматологической больницы Александр Цап. – При поступлении у пострадавшего не было чувствительности в руке. Мы оперативно среагировали, провели экстренную операцию по восстановлению функций в конечности.

Вмешательство длилось не более 2 часов. С использованием оптической техники Александр Васильевич наложил шов плечевой артерии, тем самым восстановив жизнеспособность конечности. Врачу удалось анатомически сопоставить и сшить травмированные структуры диаметром не более 4 мм.

По словам микрохирурга, сегодня пациент чувствует себя хорошо, продолжает комплексную терапию по восстановлению конечности. У него постепенно возвращаются элементарные функции: сила схвата руки, подвижность суставов, чувствительность. Это позволяет надеяться, что в перспективе пациент сможет вести привычный образ жизни, сохранится качество жизни.

– Отделение микрохирургии было открыто в 2004 г. За это время накоплен огромный опыт: врачи постоянно повышают свой профессиональный уровень в ведущих клиниках мира, обмениваются опытом с коллегами из российских медицинских центров, – подчеркнул главный врач больницы Дмитрий Гарайс. – Микрохирургическая служба в больнице – это сильная команда специалистов. Они выполняют сложнейшие операции по пересадке мягкотканных лоскутов на сосудистой ножке, реконструктивные операции, реплантацию конечностей, эндопротезирование мелких суставов кисти и стопы.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Сургут.

Особый случай

Сохранить каждого кроху

Челябинские неонатологи выходили младенца весом 470 граммов

Самому маленькому пациенту Клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета на днях исполнился год. До сих пор информацию о крохе, родившемся весом 470 г, хранили в секрете. Ждали, когда малыш окрепнет, и тщательно следили за его здоровьем.

Максим Лебедев – первый ребёнок на Южном Урале, рождённый весом меньше 500 г и раньше 28-й недели беременности, которого врачам удалось выходить и, главное, сохранить ему здоровье.

– Шла 26-я неделя беременности, – вспоминает мама малыша Анна Лебедева. – Для меня это был шок, потому что беременность развивалась нормально, и вдруг госпитализация, кесарево, реанимация… Когда на следующий день после родов я пришла в реанимацию, даже не понимала, что произошло. Сын был такой маленький, как игрушечный пупсик.

В первые дни врачи не делали никаких прогнозов. Вырастить такого кроху без потерь для здоровья казалось практически невозможным. Но через 2 суток младенец начал дышать без ИВЛ и даже прибавил в весе. Специалисты спасали ребёнка всеми имеющимися у них средствами.

– Мы пересмотрели респираторную поддержку таких пациентов. С момента рождения проводим неинвазивную вентиляцию лёгких специальным оборудованием. Малыш дышит самостоятельно, а аппарат помогает поддерживать лёгкие в открытом состоянии, – объясняет нюансы заведующая отделением реанимации клиники ЮУрГМУ главный неонатолог Челябинска Оксана Альмухаметова. – В этом случае нет баротравмы лёгких, у ребёнка не развивается бронхолёгочная дисплазия. Кроме того, если нет высоких концентраций кислорода, у детей не развивается ретинопатия недоношенных, и внутрижелудочковые кровоизлияния крайне редки. С первых дней жизни стараемся кормить деток сцеженным грудным молоком, для этого проводим с мамами большую работу. Они приходят к нам в отделение, как на работу, 3 раза в день, и трудятся вместе с нами. Благодаря тесному контакту с ними, грудному молоку, респираторным технологиям и профессионализму коллектива отделения мы достигаем таких результатов. Маленький Максим нормально слышит, видит, сидит, пытается ходить и не отстаёт от своих сверстников.

По словам врачей, 470 г – не предел. Сейчас в отделении реанимации находится ребёнок, родившийся весом 440 г. Через 2 дня после появления на свет врачи также перевели его на самостоятельное дыхание, и меньше чем за 3 недели кроха на грудном молоке прибавил в весе 100 г. Теперь малыш навёрстывает в уютном кувезе и под бдительным присмотром врачей то, что не успел получить в утробе.

За 5 лет существования отделения в клинике ЮУрГМУ количество недоношенных детей увеличилось вдвое, а детей, которые родились с весом до тысячи граммов, – в трое. За 7 месяцев этого года уже выполнен прошлогодний план по выхаживанию недоношенных малышей.

В роддоме и реанимации клиники готовы бороться за каждого, даже самого крошечного пациента. Новые технологии позволяют извлечь младенца в целом плодном пузыре и передать в заботливые руки неонатологов. Дальше – дело техники: необходимое оборудование и профессиональный коллектив помогают сохранить малышам не только жизнь, но и здоровье.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Авторитетное мнение

«Центральная» хирургия и оптимизация лечебной сети

Чем ближе к столице, тем легче жизнь хирургической службы. Правда ли это?

Фраза «безопасность в хирургии» допускает двоякое толкование. С одной стороны, это может означать необходимость применения таких медицинских технологий, которые обеспечивают безопасность пациента во время и после хирургического вмешательства. С другой – это может быть правовая безопасность самого хирурга, который каждый раз, заходя в операционную, испытывает судьбу: он всегда ставит цель помочь больному, но не всегда она оказывается достижима.

Так что же имели в виду устроители Первого съезда хирургов Центрального федерального округа, включая эту неоднозначную фразу в название форума «Организация оказания неотложной хирургической помощи в ЦФО. Безопасность в хирургии»? С этого вопроса мы начали разговор с главным хирургом Центрального федерального округа, доктором медицинских наук, профессором Вячеславом САЖИНЫМ.

– Вячеслав Петрович, что подтолкнуло сделать акцент на безопасности хирургии, какие-то реальные обстоятельства?

– По моему убеждению, «хирургия» и «безопасность» – взаимосвязанные понятия. Хирургия не должна быть опасной ни с какой стороны: ни с качественной, как вид медицинской помощи пациенту, ни с юридической, как род деятельности врача. На съезде мы рассматривали этот вопрос системно, заботясь и об интересах пациента, и об интересах хирурга, его правовой защите. К сожалению, до недавнего времени данной теме не уделялось должного внимания.

– Съезд был посвящён в большей мере неотложной хирургии, а там риски растут объективно, не правда ли? Недаром на Национальном хирургическом конгрессе академик В.Кубышкин заострил внимание на растущем дисбалансе между объёмами плановой и экстренной хирургической помощи.

– Эту тенденцию мы увидели после того, как была введена новая система мониторинга и отчётности. Если в 2014 г. рост экстренной хирургической помощи отмечался в рамках статистической погрешности, то в 2015 г. он произошёл на 15%, а в 2016 г. – уже на 48%. И так по всей стране. К примеру, в ЦФО в 2011 г. экстренных больных было около 260 тыс. человек, а в 2016 г. – почти 500 тыс., увеличение почти на 50%.

– Объяснение этому есть?

– На категоричность утверждения мы не претендуем, но можно предположить, что такая динамика цифр связана с оптимизацией лечебной сети. Если количество хирургических коек сократилось, то, естественно, возникла проблема с госпитализацией плановых больных, поскольку все койки занимают в основном экстренные больные, их мы в любом случае обязаны принять и положить. В итоге – это тоже лишь предположение – могло случиться так, что врачи поликлиник из лучших побуждений, стремясь помочь пациентам, стали направлять в стационар плановых больных, как экстренных. И если данное

предположение верно, то цифра, показывающая долю экстренных хирургических больных, выросла искусственно.

С другой стороны, сокращение коек на объёмах оказываемой хирургической помощи никак не сказалось. Количество пролеченных больных и качественные показатели из года в год одни и те же. Во всяком случае, в ЦФО они одинаковые.

– Означает ли это, что к процессу «оптимизации» коечного фонда претензий нет?

– Можно было хирургические койки не сокращать, а разделить на круглосуточный стационар и дневной, амбулаторную хирургию. Тогда плановые больные могли бы спокойно лечиться на «дневных» койках, а в отделениях амбулаторной хирургии можно было бы выполнять некоторые оперативные вмешательства стационарного уровня, к примеру, при паховых грыжах, на венах и т.д.

Это, кстати, не новая идея, она уже проверена опытом: с конца 1990 по 2007 г. стационарозамещающие формы организации медицинской помощи активно практиковались, но потом потихоньку стали забываться. И сегодня, когда речь зашла об оптимизации коечного фонда, все почему-то поняли оптимизацию как категорическое сокращение коек, хотя на самом деле их просто можно было начать использовать более рационально. Тем более что страховая медицина нам позволяет иметь амбулаторную, круглосуточную и стационарозамещающую службы.

Правда, некоторые участники съезда говорили, что стационарозамещающая помощь в финансовом плане невыгодна главным врачам.

– Тарифы ниже?

– Не только. Оказывается, в разных регионах страховые компании по-разному этот вид деятельности оплачивают. Поэтому не могу сказать, что в центральной России стационарозамещающие технологии уже внедрили повсеместно.

– Что касается собственно неотложной хирургии, какие успехи и проблемы в этом плане есть?

– В последние 2 года стали очень активно выполняться лапароскопические операции и диагностика. В целом по ЦФО доля таких вмешательств выросла с 19 до 63%. Правда, в большей степени в плановой хирургии, чем в экстренной. Хотя в Москве и Подмосковье хороший шаг сделали и в направлении экстренной лапароскопии тоже.

– Как вы думаете, Вячеслав Петрович, что мешает хирургам более активно выполнять лапароскопию в экстренных ситуациях? Страх?

– Отчасти – да. Некоторая неуверенность в том, что, если работаешь в одиночку, операция может не получиться. И потом, в период модернизации здравоохранения приобрели много видеоэндоскопических стоек, но не все больницы успели обучить своих хирургов. Там, где главные врачи и хирурги этим вопросом заинтересовались, дело идёт хорошо. А там, где интереса к обучению нет, оборудование стоит, и на него лишь периодически поглядывают...

– И это тоже своего рода иллюстрация к теме безопасности хирургии и хирурга… Хотя, наверное, заставить врача обучаться новым хирургическим технологиям нельзя?

– Заставить нельзя, но можно его заинтересовать и стимулировать. Именно с этой целью мы в программе съезда значительную часть времени отвели теме «обучение». Организовали прямые видеотрансляции из операционных Рязанской областной больницы и больниц скорой помощи, показали почти все виды малоинвазивных операций, в том числе лапароскопическую аппендэктомию, которая для многих пока является камнем преткновения.

Чтобы заинтересовать коллег, провели даже тренинг по лапароскопии на животных. Причём для начинающих и для опытных хирургов были программы разной степени сложности. Надеюсь, это даст толчок к развитию малоинвазивной хирургии.

– В отличие от регионов Урала, Сибири и Дальнего Востока центральные регионы страны в основном имеют компактные территории, достаточно хорошую сеть внутри- и межобластных автодорог. Данные преимущества каким-то образом влияют на работу хирургической службы «центра», облегчают её?

– В Центральном федеральном округе очень разноплановая хирургия, причём она в основном «сельская», если можно такое определение использовать. Соотношение приблизительно таково: 280 совсем маленьких больниц для оказания медицинской помощи 1-го уровня, 75 больниц 2-го уровня и только 25 стационаров в крупных городах – это учреждения 3-го уровня. В Костромской области, например, процентов 50 хирургических отделений относятся к 1-му уровню, и там тоже стабильное, но оно ниже, чем в этих двух территориях.

– Как вы полагаете, это нормально, когда каждый субъект РФ создаёт собственную модель организации хирургической службы, исходя из имеющихся у него ресурсов? Или вы за то, чтобы в стране была единая унифицированная модель?

– В целом я считаю оптимальной многоуровневую систему оказания медицинской помощи, но её необходимо адаптировать под условия и особенности конкретного региона. По-другому не выйдет. К примеру, в Тульской области эта система двухуровневая, потому что там доля сельского здравоохранения меньше. Такова особенность данной территории, и в этом её отличие, скажем, от Воронежской области, где логичнее трёхуровневая система хирургической помощи.

Вообще, целесообразность и эффективность многоуровневой модели надо более глубоко исследовать, окончательные выводы пока делать нельзя. Об этом, кстати, шла речь на съезде: есть необходимость изучить положение дел в хирургической службе страны не по цифрам статистики «на круг», а локально, на местах. Но уже сегодня однозначно можно говорить о том, что для развития хирургической службы нужно хорошее финансирование, надо обучать хирургов и стремиться к созданию условий для оказания доступной круглосуточной хирургической помощи населению.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

Генетики внедряют новые технологии

В Москве прошла II Всероссийская научно-практическая конференция «Новые технологии диагностики наследственных болезней», организованная Российским обществом медицинских генетиков и Медико-генетическим научным центром при поддержке Минздрава России.

В её рамках состоялся семинар, посвящённый новым технологиям пренатального скрининга и доимплантационной диагностики.

Ведущие специалисты обсудили инновационные методы диагностики хромосомных аномалий плода на ранних сроках беременности и возможные изменения структуры стандартного скрининга первого триместра беременности. Говорили о важности преконцепционного скрининга, позволяющего оценить риски рождения в семьях детей с наследственным заболеванием. А также о необходимости проведения преимплантационной диагностики генетических аномалий эмбрионов во время цикла ЭКО.

По оценке главного специалиста Минздрава России по медицинской генетике С.Куцева, ежегодно в стране рождаются около 18 тыс. детей с наследственной патологией. Поэтому широкое внедрение в медицинскую практику современных подходов к профилактике наследственных заболеваний позволит существенно снизить риски рождения детей с наследственной патологией и повысить эффективность системы здравоохранения в целом».

На семинаре шла речь о том, что сейчас есть возможность проведения неинвазивного пренатального исследования ДНК плода по крови беременной женщины. Исследование позволяет с точностью 99,9% с 10-й недели беременности выявить синдром Дауна, а также детектировать такие хромосомные аномалии, как синдромы Эдвардса, Патау, Шерешевского – Тёрнера и др. Раньше образцы ДНК для проведения такого исследования отправлялись в США. С 2017 г. его полный цикл проводится в Москве. Открытие такой лаборатории в России позволило значительно сократить сроки исследования и сделало его финансово доступным большему количеству женщин, ожидающих ребёнка.

Сегодня стандартом здравоохранения России и других стран является пренатальный скрининг первого триместра беременности, основанный на оценке возраста матери, ультразвуковых и биохимических показателях. По мнению многих специалистов, новый безопасный скрининг со временем вытеснит менее эффективные методики из стандартного скрининга первого триместра беременности.

Член-корреспондент РАН В.Баранов отметил, что «метод неинвазивного пренатального исследования должен быть и обязательно будет внедрён в широкую медицинскую практику».

В рамках семинара несколько докладов было посвящено преимплантационной генетической диагностике эмбрионов во время процедуры ЭКО. Большинство специалистов сходятся во мнении, что она должна применяться в каждом цикле ЭКО.

Метод помогает повысить эффективность процедуры и значительно снизить количество репродуктивных потерь. Решить эту проблему можно, если её включат в базовую программу ОМС.

Елена ЛЬВОВА.
МИА Cito!
Москва.

Главная тема

Преференции при поступлении в ординатуру

Как заработать баллы по новым правилам

Приказ Министерства здравоохранения РФ № 212-н, изменивший правила приёма в ординатуру, был правильно воспринят преподавательским сообществом и самими обучающимися. Об этом заявила на Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов России директор Департамента медицинского образования и кадровой политики министерства Татьяна Семёнова.

Приём в ординатуру в этом году осуществлялся по 83 специальностям. При этом по целевому приёму было набрано 53,3%. Директор департамента подчеркнула, что количество рабочих мест определяет рынок труда, для некоторых специальностей их число ограничено. В этой ситуации выход один: больше заниматься профориентацией. Объяснять будущим врачам, что, проработав несколько лет в поликлиниках, они получат преференции при поступлении через 2-3 года в ординатуру по выбранной ими специализации.

По стандартам третьего поколения

Как известно, в этом году студенты лечебного и педиатрического факультетов впервые окончили обучение по практико-ориентированным стандартам третьего поколения. А это означало, что после сдачи аккредитационного экзамена им дали право сразу приступить к работе участковыми терапевтами и педиатрами. Предполагается, что это позволит в кратчайшие сроки укомплектовать первичное звено необходимыми специалистами. При этом повысится качество подготовки молодых врачей. Ведь они с первого курса в соответствии с обновлённым учебным планом осваивали не только теоретические, но и практические навыки. Именно поэтому была отменена интернатура, которую ещё год назад необходимо было окончить, чтобы приступить к работе в поликлинике или больнице.

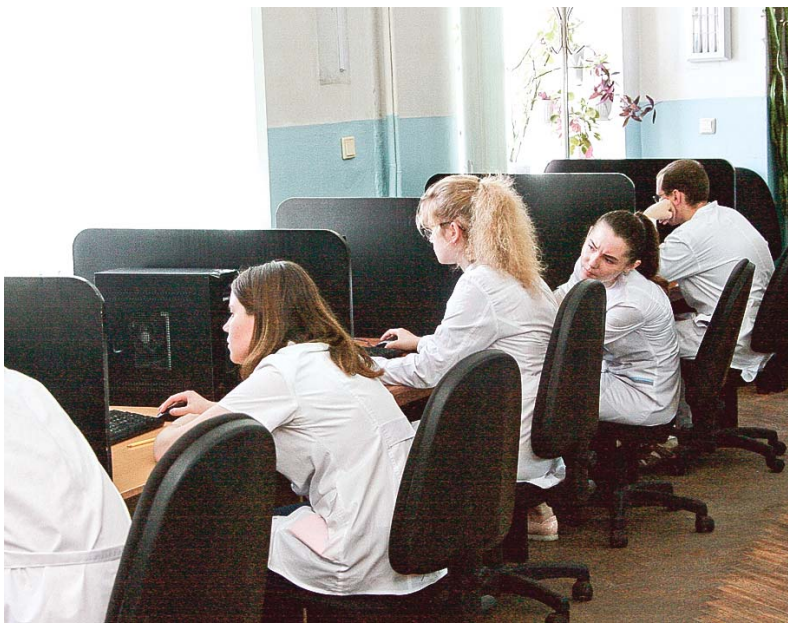
Новые правила поступления в ординатуру потребовали сдачи тестового экзамена (в качестве исключения в 2017 г. засчитывались результаты аккредитации). Кроме того, повысить свои шансы можно было, если у студента имелись индивидуальные заслуги.

Проверено на себе

– Я узнал о том, что изменились правила приёма в ординатуру приблизительно за 2 недели до того момента, когда сдавал первый этап аккредитации, – рассказывает ординатор Института хирургии им. А.В.Вишневского Минздрава России Гиоргий Эджибия. – Для меня это стало полной неожиданностью. Все годы обучения в университете рассчитывал, что продолжу обучение в ординатуре. Пришлось сесть за тестовые задания, которые были выложены на специальном сайте, подготовить ответы на 4,5 тыс. вопросов. С одной стороны, все студенты готовились к сдаче аккредитационного экзамена. Когда же его засчитали как экзамен в ординатуру, значимость испытания ещё больше выросла. Необходимо было набрать максимальное количество баллов. А для этого надо так подготовиться, чтобы полностью исключить любые ошибки в ответах на тестовые задания.

По мнению Г.Эджибия, новые правила поступления в ординатуру имели определённые преимущества. Но главный их недостаток – они разрушили индивидуальный подход к поступлению. То есть студент, написавший тесты на экзамене по аккредитации на 100 баллов, мог поступить на любую специальность.

– Но никто не будет отрицать, что есть определённая специфика в каждой врачебной специальности, – продолжает Г.Эджибия. – Например, в ординатуре по хирургии, которую выбрал я. Мне кажется, что студент должен приходить на вступительный экзамен в ординатуру уже подготовленным, знать, куда и почему он хочет поступить. Думаю, также неплохо, если такого студента будут знать сотрудники кафедры. То есть мечтающего стать ординатором ждали в научном кружке



по выбранному им направлению. Наконец, отменено и собеседование, когда преподаватели задавали студентам вопросы, почему они выбрали конкретную специальность. То есть поступление в ординатуру стало похожим на сдачу ЕГЭ. Главное – хорошо написать тест, а мануальные навыки или дежурства в профильных отделениях стали, к сожалению, мало что значить.

Более того, студенты, которые вкладывали время и силы в научные кружки, проводили под руководством старших товарищей интересные исследования, писали научные статьи, участвовали в конкурсах и стипендиальных программах – заслужили минимальную прибавку баллов или не получили её вовсе. В то же время максимальное количество баллов засчитывали тем, кто сумел получить красный диплом.

60 минут, которые так много значат

Тестирование сегодня проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путём случайной выборки 60 задач из Единой базы оценочных средств. Она формируется Министерством здравоохранения РФ. На их решение отводится 60 минут. Результат тестирования (1 балл равен 1%) выставляется автоматически с указанием процента правильных ответов и отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день завершения тестирования. Минимальное количество, подтверждающее успешное прохождение, например аккредитации, составляет 70 баллов.

Шансов для поступления в ординатуру, как уже говорилось, серьёзно прибавляет красный диплом. Кроме того, прибавку в 100 баллов даёт стипендия Президента и Правительства РФ. Если следовать логике такого решения, то в какое количество баллов должно оцениваться получение стипендии глав администраций и правительств регионов? Тем не менее решение об этом ещё не принято. Хотя и активно продвигается рядом руководителей вузов. Думается, сказав «А» в этом случае, придётся говорить и «Б». Перечисленные стипендии, как правило, назначаются только студентам, которые учатся на бюджетной форме. В то же время для участия в программах фармацевтических компаний и некоммерческих организаций подобное условие не выдвигается. При этом конкурс для победы в них сегодня также высокий. Есть у студентов и выбор: в конкурсе какой программы участвовать. Успешно внедрили стипендиальные программы такие крупные компании, как «Р-Фарм», «Биокад», «Такеда», «Пфайзер», «Солвей Фарма», «Материа Медика Холдинг» и др. Никто не сможет отрицать сегодня, что они являются крайне популярными в студенческой среде. Между тем в этом году статус стипендиата подобных программ также не был засчитан в качестве индивидуального достижения.

Но вернёмся к уже утверждённым индивидуальным достижениям. При поступлении в ординатуру 50 баллов разрешается начислить за индивидуальные достижения, установленные правилами приёма в ординатуру в конкретном вузе. Соответственно руководство и учёный совет вуза решают, сколько баллов (в пределах этого значения) за победы в конкурсах, стипендиальных программах или за участие в волонтёрском движении можно засчитать активному студенту. Этот пункт ещё предстоит реализовать на деле большинству медицинских вузов. Поэтому в полной мере он заработает только во время вступительной кампании 2018 г.

Есть в правилах пункт, увеличивающий количество баллов для медицинских и фармацевтических работников, которые имеют стаж работы по специальности. Если после окончания вуза молодой врач отработает менее 3 лет, ему прибавят 50 баллов. Когда он согласится трудиться более 3 лет, то прибавка станет более существенной – 80. При трудоустройстве в деревне или рабочем посёлке добавят 60 баллов за первый год с увеличением по 5 баллов за каждый последующий год стажа.

Ещё один из вариантов поступления в ординатуру – получение направления от конкретного лечебного учреждения. В этом случае молодой врач будет обязан отработать 3 года в направившей его на учёбу клинике. Если он не выполнит это условие, то вернуть потраченные деньги за обучение может потребовать работодатель, регион или вуз. В зависимости от того, кто финансировал в данном конкретном случае целевую ординатуру.

Кто в списке «Золотых кадров»

Как уже говорилось, вузы могут установить свои дополнительные баллы за индивидуальные достижения. И такими критериями могут стать победы в спортивных соревнованиях, олимпиадах, а также конкурсах, которые проводятся в конкретном вузе.

Один из престижных конкурсов, который по праву можно назвать известным, – стипендиальная программа «TAKEDA – Золотые кадры медицины». За 11 лет её проведения в ней приняли участие более 9 тыс. студентов, интернов и ординаторов, более 1900 из них стали её стипендиатами. К участию приглашаются студенты последних курсов, обучающиеся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Фармация» в вузах-партнёрах программы, а также ординаторы по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия». Средний балл успеваемости соискателей должен составлять не менее 4,5, что является наглядным подтверждением того, что только лучшие студенты и ординаторы имеют шанс выиграть стипендию.

Между тем победа в конкурсе значима для будущих врачей. Г.Эджибия, с которым мы беседовали ранее, на 6-м курсе стал победителем программы «TAKEDA – Золотые кадры медицины». Он признаёт, что это было одно из нелёгких его личных достижений. И ему непонятно, почему при поступлении в ординатуру такие победы абсолютно не учитываются. «Это неправильно», – считает он.

Подчеркнём, что этот конкурс расширяет географию вузов-участников. Программа «TAKEDA – Золотые кадры медицины» нацелена на то, чтобы находить талантливых студентов, намеренных профессионально расти, а также отточить своё мастерство в практических умениях и навыках. На сегодняшний день в программе участвуют 24 государственных вуза из 20 регионов России, вот некоторые из них: Башкирский ГМУ, Волгоградский ГМУ, МГМСУ им. А.И.Евдокимова, Нижегородская ГМА, Новосибирский ГМУ, Первый МГМУ им. И.М.Сеченова.

Главное – прозрачность процедуры

Министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова, отвечая на вопросы депутатов Государственной Думы РФ, заявила: «принципиальные подходы к поступлению в ординатуру пересматриваться не будут. Но распределение баллов за тестовое задание и индивидуальные достижения, форма экзамена станут предметом обсуждения среди профессорско-преподавательского сообщества».

Действительно, независимая оценка знаний будущих врачей – большой шаг вперёд. До этого их теоретический «багаж», навыки и умения проверяли люди, которые сами преподавали им клинические дисциплины. Первый результат новых правил поступления в ординатуру, а именно, конкурс стал более объективным. Об этом говорит и тот факт, что большинство победителей стипендиальных и грантовых программ прошли в ординатуру по критериям нового приказа. Тем не менее нельзя не спорить о качестве экзаменационных тестов, их пока нельзя назвать разносторонними, выверенными и всегда однозначными. Можно ломать копья по поводу индивидуальных достижений, которые не совсем идеально учитывают желание студента выбрать себе специализацию в медицине. Но сам принцип, когда устраняется конфликт интересов, – это то, как построена оценка уровня знаний во всём мире.

Руководитель экспертного совета по вопросам совершенствования медицинского, фармацевтического образования и кадровой политики в здравоохранении в Госдуме РФ Татьяна Соломатина, высказывая своё мнение при обсуждении этого вопроса в парламенте, заявила, что, начиная с июня, в думский профильный комитет поступает множество обращений выпускников медицинских вузов, а также профессионального сообщества о несовершенстве установленной процедуры.

Поэтому то, что она будет совершенствоваться, не вызывает сомнений. Ситуацию, когда одни выпускники безоговорочно проходят по конкурсу, выдержав один раз тестовое испытание, нельзя назвать нормальной. При этом у тех, кто долго готовился к обучению по выбранной специальности, почти не остаётся шансов поступить, если им не удалось безупречно преодолеть единственный экзамен или получить красный диплом. Оценочный процент баллов за тестовое задание и индивидуальные достижения должен быть серьёзно пересмотрен. Специальная комиссия министерства уже создана.

Конкурс в ординатуру должен быть честным и понятным. Поступать в неё должны лучшие студенты.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

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

Ориентиры

Центр специального назначения

Сегодня, 17 ноября, – Всемирный день недоношенных детей

По данным ВОЗ, ежегодно около 15 млн детей рождаются недоношенными, то есть при сроке менее 37 полных недель беременности, около миллиона из них не выживают. В процессе выхаживания недоношенного ребёнка нередко возникает целый ряд проблем, из-за чего он требует особенно пристального внимания. К этому дню приурочил свои юбилейные мероприятия акушерский филиал № 1 городской клинической больницы № 13 Департамента здравоохранения Москвы, который в этом году отмечает 80 лет. Учреждение, ранее известное как «роддом № 15 на улице Шарикоподшипниковской», более 30 лет специализировано под сложнейшую проблему акушерства – лечение невынашивания беременности и преждевременных родов, оказание медицинской помощи женщинам с синдромом потери плода, выхаживание новорождённых с экстремально низкой массой тела.

В последние годы в здравоохранении Москвы стало приоритетным направлением создание новых перинатальных центров путём их встраивания в уже существующие многопрофильные ЛПУ. В результате такой реорганизации появился акушерский филиал № 1, возглавляемый врачом высшей категории Еленой ШВЫРЕВОЙ, которая и ответила на вопросы «МГ».

– Елена Александровна, в последние годы в Москве было сделано очень много для улучшения материально-технического оснащения роддомов. Сегодня они обеспечены на 100% необходимым новейшим лечебным и диагностическим оборудованием. Далеко не первый год в столице наблюдается увеличение количества родов, что, безусловно, свидетельствует о доверии к медицинским учреждениям со стороны москвичей…

– Не только москвичей. Это раньше мы принимали рожениц из Москвы, а в настоящее время – из всех регионов России. Конечно, возможности нашего роддома стали на порядок выше, когда мы вошли в структуру 13-й больницы, ведь это мощный многопрофильный медицинский центр. Он обслуживает в общей сложности более 70 тыс. населения. В этой больнице ещё в 1949 г. был построен детский корпус, и вот с тех пор коллектив вплотную занимается вопросами медицинского обеспечения не только взрослого населения.

В 60-е годы в Москве отсутствовали койки для лечения и выхаживания недоношенных детей. Тогда-то, в 1963 г., и было открыто в 13-й больнице первое в Москве специализированное отделение на 150 коек. С тех пор мы длительное время работали в тесном сотрудничестве с отделом физиологии и патологии новорождённых детей Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России. Таким кратким экскурсом в историю я хочу показать, что в 13-й больнице давно были созданы хорошие условия для присоединения к ней родильного дома, тем более такого – специализированного на преждевременных родах, как 15-й роддом. За эти 3 года после присоединения, мы уже привыкли называться акушерским филиалом ГКБ № 13, и действительно стали частью замечательного коллектива больницы, которую возглавляет заслуженный врач РФ Леонид Аронов.

– У акушерского филиала, судя по юбилейной дате, тоже давняя история?

– 1937 г. – год рождения нашего филиала. В середине тридцатых годов прошлого века значительный рост рождаемости в Москве вызвал острую нехватку родильных домов, в связи с чем правительством города была принята Программа по строительству новых родильных домов по специальным улучшенным проектам. Тогда, в 1937 г., 80 лет назад, первым таким родильным домом в Москве стал роддом на Шарикоподшипниковской улице. В новом родильном доме были открыты и гинекологическое отделение, и своя женская консультация. Военные годы внесли свои коррективы – роддом превратился в военный госпиталь, но уже в 1947 г. здесь вновь прозвучал громкий крик новорождённого.

В 1986 г. 15-й роддом был специализирован под одну из важнейших и сложнейших проблем акушерства – лечение невынашивания беременности, приём преждевременных родов, выхаживание новорождённых с экстремально низкой массой тела. А уже в 1993 г. в роддоме было открыто детское реанимационное отделение, после чего так же, как и в 13-й больнице, началось сотрудничество с Московским НИИ педиатрии и детской хирургии. Под руководством сотрудников отдела физиологии и патологии новорождённых во главе с профессором Г.Дементьевой в роддоме началась подготовка квалифицированных кадров для детского и детского реанимационного отделений. Подготовка осуществлялась при активном участии американских коллег. На базе родильного дома был организован городской центр по подготовке персонала родильных домов к оказанию первичной реанимационной помощи новорождённым, родившимся в критическом состоянии.

Ещё наш акушерский филиал всегда был известен в Москве как один из немногих родильных домов в столице, который специализируется на ведении родов через естественные родовые пути с рубцом на матке. Женщины, которые раньше не могли и мечтать родить самостоятельно, получают возможность обрести материнство, принимая самое непосредственное участие в процессе родов. С помощью приобретённых кроватей-трансформеров улучшилось качество вертикальных родов, которым в последнее время отдаёт предпочтение значительное количество пациенток.

– Что изменилось за 3 года после присоединения родильного дома к городской многопрофильной больнице?

– Мы стали полноценным перинатальным центром, в котором можно от момента рождения и до 3-летнего возраста профессионально и качественно провести лечение и реабилитацию наших маленьких пациентов. Конечно, после того, как в 2014 г. родильный дом вошёл в состав 13-й больницы, на порядок увеличились консультационные, диагностические и лечебные возможности для наших пациенток за счёт мощной лечебно-диагностической базы больницы. Её можно назвать одной из лучших в Москве – компьютерные и магнитно-резонансные томографы, ангиограф, маммограф, цифровые рентгеноустановки, ультразвуковые аппараты самого современного и последнего поколения, эндоскопическое оборудование, первоклассная клинико-диагностическая лаборатория. Больница располагает более чем 20 прекрасно оснащёнными операционными, в которых выполняются все виды операций, в среднем около 14 тыс. в год.

Плюс ко всему, 13-я больница была первой больницей, в которой в её детском корпусе на базе отделений неонатологии и детской реанимации для выхаживания недоношенных детей в 2001 г. по инициативе главного врача была открыта первая офтальмологическая операционная. И это было прорывом в городском здравоохранении. Наблюдения перинатологов в то время показали, что у недоношенного ребёнка имеется очень высокий риск развития патологии со стороны органа зрения, или ретинопатия недоношенных, и в этом плане организация специализированной офтальмологической помощи недоношенным детям не только в условиях глазных клиник, но и непосредственно на базах перинатальных центров, была крайне необходима. Так, на базе детских отделений ГКБ № 13 был организован и лицензирован операционный блок для оказания хирургической помощи детям с ретинопатией недоношенных. Накопленный офтальмологами 13-й больницы опыт в диагностике, мониторинге и лечении этой патологии очень помогает нашему акушерскому филиалу и в настоящее время.

– А что говорит статистика?

– Год от года в московских роддомах снижается уровень младенческой смертности. По данным Департамента здравоохранения Москвы, за несколько лет он упал на 30% – с 8,4 случая в 2010 г. до 5,9 случая в первом полугодии 2017 г. на тысячу родившихся живыми.

Как видите, статистика говорит, что медицинская помощь становится всё эффективнее.

– Елена Александровна, «МГ» поздравляет вас и всех ваших коллег с Всемирным днём недоношенных детей! Дальнейших вам успехов!

Во время очередного обхода заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии Валерий Щиенко (слева), Леонид Аронов и заместитель главного врача Алевтина Капкаева

Беседу вела
Наиля САФИНА,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.

Акции

Смолоду быть настороже

В Подмосковье реализована широкомасштабная кампания по обучению школьников первым признакам инсульта

Информирование населения различных возрастных групп о первых признаках острого нарушения мозгового кровообращения играет важнейшую роль в снижении смертности от этого заболевания. Недавно в Московской области прошла широкомасштабная информационно-коммуникационная кампания по обучению школьников 8-11-х классов первым признакам инсульта и факторам риска его развития, организованная Московским областным центром медицинской профилактики по поручению правительства области.

Обучение проводилось в сентябре – октябре в три этапа. Первый включал анкетирование «Инсульт – что ты знаешь о нём? Проверь себя!» на веб-портале областной службы медицинской профилактики, состоявшее из входного контроля знаний, информационного блока о первых признаках инсульта и факторах риска его развития, демонстрации обучающего видеоролика «УДАР» и контроля полученных знаний. Вторым этапом было размещение в электронных дневниках школьников красочных информационных памяток о первых признаках инсульта и факторах риска его развития для информирования школьников и их родителей. На третьем этапе кампании было проведено очное обучение всех старшеклассников области.

Оно проходило в виде уроков в школах, которые проводились силами терапевтов, неврологов, педиатров, врачей центров здоровья и центров, отделений и кабинетов медицинской профилактики, врачей скорой помощи с демонстрацией единой стандартной обучающей презентации. Учащиеся не только получали информацию, но и решали ситуационные задачи по распознаванию инсульта и отрабатывали алгоритм действий по оказанию первой помощи пациентам. Обучением была охвачена 1321 школа, знания о профилактике и первых признаках инсульта получили более 150 тыс. учеников.

Екатерина ИВАНОВА,
главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа РФ и Минздрава Московской области, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 84 (2114)

Диагностика и лечение синдрома зависимости

Федеральные клинические рекомендации

(Продолжение. Начало в № 84 от 08.11.2017.)

При выборе антидепрессанта предпочтение следует отдавать препаратам, обладающим наряду с тимолептическим седативным или сбалансированным действием. Некоторые антидепрессанты можно вводить внутримышечно, в частности амитриптилин, имипрамин, кломипрамин, мапротилин, а затем переходить на пероральный приём.

В случае использования антидепрессантов следует понимать, что речь идёт о купировании синдрома патологического влечения, то есть депрессивной симптоматики в его структуре. *Важно отметить, что эффект редукции влечения к ПАВ возникает уже в первые несколько дней приёма антидепрессантов, задолго до того, как развивается их антидепрессивное действие. Таким образом, подавление патологического влечения к ПАВ является вполне самостоятельным их свойством (В.Альтшулер, 2009).* Быстрый терапевтический эффект достигается также при капельном внутривенном введении антидепрессантов: мелипрамина (150-200-300 мг в сутки), амитриптилина (75-100 мг в сутки), людиомила (до 80-100 мг). Всю суточную дозу можно вводить один раз медленно, в течение 1,5-2 часов. Можно проводить от 1-2 до 7-10 таких процедур. Инфузионную терапию лучше проводить в вечернее время (амитриптилин, людиомил), но можно и в дневное (имипрамин). Следует помнить, что все манипуляции, связанные с внутривенным введением препаратов, в том числе и капельным методом, могут обострять влечение к ПАВ. Поэтому назначать их следует только при наличии строгих показаний.

Следует отметить, что антидепрессанты применяются на всех этапах лечения болезней зависимости. Данные препараты с наличием холинолитического действия не применяются в абстинентных синдромах. При выраженных депрессивных нарушениях, расстройствах сна предпочтение отдаётся СИОЗС, СИОЗСН как более безопасным лекарственным средствам.

Антипсихотики (нейролептики)

При обострениях первичного патологического влечения к ПАВ применяются *антипсихотики*. Среди них предпочтительны те, которые в относительно меньшей мере вызывают побочные экстрапирамидные эффекты. Используемые в наркологической практике приведены в таблице 11.

В наркологической практике основными показаниями к назначению антипсихотиков являются следующие:

1. Психопатоподобные (поведенческие) расстройства, психомоторное возбуждение, идеаторные расстройства, напряжённый аффект в структуре синдрома патологического влечения к ПАВ.

2. Психопатоподобные расстройства, нарушения сна, психомоторное возбуждение, выраженная болевая симптоматика в структуре опийного абстинентного синдрома (ОАС).

3. Некоторые неотложные состояния (психотические расстройства в виде галлюцинозов, параноидов и пр.).

Общими противопоказаниями к назначению антипсихотиков являются следующие:

1. Наркотическая или алкогольная интоксикация тяжёлой степени. При интоксикации психостимуляторами и галлюциногенами, при психомоторном возбуждении, сопровождающемся галлюцинаторно-параноидной симптоматикой, необходимо оценить показатель «вред-польза».

2. Любой вид сопора и комы.

3. Тяжёлые заболевания печени и почек.

4. Нарушения функции органов кроветворения.

5. Сердечно-сосудистая и лёгочная недостаточность.

6. Прогрессирующие системные заболевания головного и спинного мозга.

7. Лихорадочные состояния.

8. Антипсихотики с холинолитической активностью противопоказаны при *закрытоугольной глаукоме и аденоме предстательной железы* (Д.Малин, 2000).

Назначение антипсихотических препаратов производится в соответствии со следующими *требованиями*:

– наличие определённых диагностически подтверждённых признаков патологического влечения;

– динамическое наблюдение симптоматики влечения с «маневрированием» дозами препаратов (повышение, понижение, прекращение);

– применение при возникновении побочных экстрапирамидных эффектов соответствующей терапии, в том числе корректоров;

– учёт противопоказаний (признаки органической недостаточности головного мозга);

– контроль над состоянием крови;

– недопустимость хронического или профилактического (без видимой терапевтической «мишени») лечения неопределённой длительности.

Следует сказать, что большинство наркологических больных переносят терапию нейролептическими препаратами сравнительно хорошо. Это связано с назначением всё-таки невысоких, средних доз, необходимых для получения терапевтического результата, а также с тем, что рекомендуемые курсы их приёма составляют в большинстве случаев 4-8 недель. Кроме того, широкое внедрение в клиническую практику атипичных антипсихотиков позволяет в значительной степени сократить количество и выраженность побочных эффектов и избежать осложнений. Чаще всего побочные эффекты нейролептической терапии исчерпываются преходящей ригидностью мышц, невыраженным тремором, сухостью во рту.

Антиконвульсанты (нормотимики)

С целью купирования обострений и дальнейшей терапии патологического влечения

Таблица 11

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антипсихотики[1]

Лекарственное средство	Показания (степень доказательности)	Дозы и применение
Алимемазин	Невротические, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, тревожно-депрессивное состояние у больных алкогольной зависимостью (А) и наркоманией (В). У больных АЗ с целью купирования нарушений сна (А)	5-80 мг, 5-10мг – снотворная доза; 60-80 мг – анксиолитическая доза
Галоперидол	Алкогольные психозы, в том числе токсические (А). Психозы, вызванные психостимуляторами (амфетамины, кокаин) (В). Болевой синдром при ОАС (В). Аггравационные и сверхценные (в т.ч. ипохондрические) образования при алкогольной зависимости и наркомании (В)	1,5-20 мг
Галоперидола деканоат	Поддерживающая противорецидивная терапия при алкогольной зависимости и наркомании (В)	25-75 мг 1 раз в 4 недели
Дроперидол	Алкогольный делирий (В)	2,5-5 мг
Зуклопентиксол	Состояние тревоги, ипохондрические и другие сверхценные образования, раздражительность, конфликтность, патологические влечения и аддиктивные тенденции в поведении, развивающиеся в структуре постабстинентных расстройств у больных наркоманией (В)	25-100 мг внутрь 50-150 мг в/м
Зуклопентиксола деканоат	Поддерживающая противорецидивная терапия при наркоманиях (В)	200-400 мг в/м 1 раз в 4 недели
Кветиапин	Алкогольные психозы, в том числе токсические (В). Психозы, вызванные психостимуляторами (амфетамины, кокаин) (В). Психопатоподобная симптоматика у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией (В)	50-600 мг
Клозапин	Купирование психомоторного возбуждения (А), аффективной напряжённости, снижения агрессии и асоциальных тенденций у больных с наркоманией (В). Стойкие нарушения сна у зависимых от опиоидов лиц (В)	12,5-100 мг средняя суточная доза
Левомепромазин	Алкогольные психозы (В). Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью (В). Психозы, вызванные психостимуляторами (В)	25-100 мг
Перициазин	Психопатоподобные состояния, повышенная раздражительность, конфликтность, враждебность и агрессия при алкогольной зависимости и наркомании (В)	3-30 мг
Перфеназин	Алкогольные психозы (В). Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью (В)	4-16 мг
Промазин	Алкогольные психозы (В)	25-100 мг
Рисперидон	Психопатоподобная симптоматика у больных с опийной наркоманией и полинаркоманией (В). Острые и хронические психозы, связанные с приёмом кокаина и амфетаминов (В)	2-4 мг
Сульпирид	Алкогольная зависимость и наркомания, сопровождающиеся вялостью, заторможенностью, анергией, аффективными расстройствами (В). Явления психофизической угнетённости у больных со злоупотреблением психостимуляторами (В). При явлениях аггравации в поведении у больных с наркоманией. В качестве поддерживающей терапии при алкогольной зависимости (В)	100-600 мг
Тиаприд	Психомоторное возбуждение и вегетативные нарушения при алкогольном психозе (А), абстинентный синдром у больных с алкогольной и опийной зависимостью (А). Дисфорические и поведенческие расстройства (с импульсивностью и агрессивностью) у больных наркоманией (А). Длительный приём в противорецидивных программах терапии наркомании	100-800 мг
Тиоридазин	Психические, эмоциональные расстройства, сопровождающиеся страхом, напряжением, возбуждением у больных алкогольной зависимостью и наркоманией (В). У больных опийной наркоманией с целью купирования конфликтности и агрессии, дисфорических расстройств (В). Отдалённые этапы лечения кокаинизма (В)	50-150 мг
Трифлуоперазин	Патологические мотивации, кататимные образования и установочные формы поведения у больных наркоманией (В). Депрессивные и адинамические расстройства в структуре отсроченных постабстинентных нарушений (В). Купирование алкогольных и токсических психозов, в том числе вызванных амфетаминами и кокаином (В). Аддиктивные нарушения на фоне эндогенных психических заболеваний, например вторичной алкогольной зависимости (В)	5-15 мг
Хлорпромазин	Алкогольные психозы (А). Патологическое алкогольное опьянение (В). Абстинентные и диссомнические расстройства у больных с опиоидной зависимостью (А)	25-150 мг
Хлорпротиксен	Алкогольные психозы (В). Аффективная напряжённость у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В). Длительный приём в противорецидивных программах терапии алкогольной зависимости и наркомании (В)	15-150 мг
Флупентиксол	Алкогольные психозы (В). Аффективная напряжённость, тревога у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В)	3-150 мг

[1] См. стр. 9

к ПАВ применяются также некоторые *антиконвульсанты*, в частности карбамазепин, ламотриджин (см. табл. 12). Они в оптимальных дозах почти не вызывают побочных эффектов, но следует учитывать возможность индивидуальной непереносимости препаратов и токсических влияний на кровь.

Наиболее выраженным нормотимическим действием из использующихся в наркологической практике препаратов является ламотриджин (ламиктал). Соли лития, хоть и имеют прямые показания к использованию при алкогольной зависимости, в настоящее время практически не применяются в связи с высокой вероятностью развития побочных эффектов.

Препараты для купирования последствий хронической интоксикации

Особое место в наркологической клинике занимает пирацетам. Его используют для уменьшения тяжести алкогольной интоксикации, при пределириозных состояниях и алкогольных делириях.

2. *В постабстинентном периоде* многие исследователи отмечают выраженное *воздействие ноотропов на астенические и астено-депрессивные расстройства*: физическую и психическую утомляемость, быструю истощаемость, общую слабость, вялость, пониженный фон настроения с эмоциональной лабильностью, чувством апатии. Такие состояния развиваются, как правило, после тяжёлого абстинентного синдрома и перенесённых психозов. Улучшение состояния отмечается уже на 3-4-е сутки применения ноотропной терапии, однако для закрепления достигнутых результатов необходимо поддерживающее лечение ещё в течение 2-3 недель. Собственно ноотропный эффект препаратов достигается к 2-3-й неделе приёма. Он проявляется в улучшении концентрации внимания, памяти, быстром пробуждении по утрам с ощущением бодрости, «готовности к работе», повышением работоспособности и переносимости физических и психических нагрузок. Коррекция функций памяти и внимания на этом этапе способствует не только адекватной интеллектуальной переработке информации, но и преодолению алкогольной анозогнозии.

Таблица 12

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике антиконвульсанты[1]

Лекарственное средство	Показания (степень доказательности)	Дозы и применение
Лития карбонат	Профилактика и лечение аффективных нарушений у больных с алкогольной зависимостью (В)	По инструкции
Карбамазепин	ААС; предупреждение развития алкогольного делирия; комплексная терапия наркотической и алкогольной зависимости (В); дисфорические расстройства у больных с алкогольной зависимостью и наркоманией (В)	100-600 мг
Ламотриджин	Профилактика и лечение эпилептиформных и аффективных нарушений у больных с алкогольной зависимостью (В)	200 мг

Таблица 13

Рекомендуемые к использованию в наркологической практике ноотропы[1]

Лекарственное средство	Показания (степень доказательности)	Дозы и применение
Пирацетам	Комплексная терапия купирования острых, в том числе ургентных явлений ААС (В), при выраженных церебральных сосудистых расстройствах. Явления астении, интеллектуально-мнестические нарушения психической деятельности (А), ПВА при алкогольной зависимости (В)	Разовая доза 400-1200 мг, средняя суточная 2400-3200 мг
Гамма-аминомасляная кислота	Алкогольные энцефалопатии (В), полиневриты, слабоумие (В)	Средняя суточная доза 3000-3750 мг
Никотиноил гамма-аминомасляная кислота	Комплексная терапия купирования острых, в том числе ургентных явлений ААС (В). Состояния тревоги, страха, повышенной раздражительности у больных с алкогольной зависимостью (В)	Разовая доза 20-50 мг, средняя суточная 40-300 мг
Пиритинол	Комплексная терапия при неглубокой депрессии с явлениями заторможенности, астенические состояния, адинамия, неврозоподобные расстройства у больных с алкогольной зависимостью, явлениях алкогольной энцефалопатии (В). Комплексная терапия постабстинентных расстройств у больных опийной наркоманией, зависимости от психостимуляторов (В)	Средняя суточная доза 200-600 мг
Церебролизин	Явления алкогольной энцефалопатии (В)	Только парентерально: в/м 1-5 мл, в/в 10–60 мл, курс ежедневно в течение 4 недель
Этилметилгидроксипиридина сукцинат	ААС (В)	50-300 мг, максимальная доза – 800 мг

[1] Данные Формуляра лекарственных средств (федерального руководства), 2012. Степени убедительности доказательств: А – доказательства убедительны: есть веские доказательства предлагаемому утверждению; В – относительная убедительность доказательств: есть достаточно доказательств в пользу того, чтобы рекомендовать данное предложение; С – достаточных доказательств нет: имеющихся доказательств недостаточно для вынесения рекомендации, но рекомендации могут быть даны с учётом иных обстоятельств.

Ноотропная, гепатотропная и симптоматическая терапия обязательно используются на всех этапах терапевтического процесса.

Ноотропы (нейрометаболические стимуляторы, церебропротекторы)

Клинически нейрометаболические стимуляторы способны оказывать психостимулирующее, антиастеническое, седативное, антидепрессивное, антиэпилептическое, собственно ноотропное, мнемотропное, адаптогенное, вазовегетативное, антипаркинсоническое, антидискинетическое действие, а также повышают уровень бодрствования и ясность сознания. Независимо от регистра нарушения психической деятельности их основное действие адресуется к острой и резидуальной органической недостаточности ЦНС. Избирательное терапевтическое действие они оказывают на когнитивные расстройства. Некоторые нейрометаболические стимуляторы (пикамилон, пантогам, мексидол) обладают седативными или транквилизирующими свойствами, но большинство ЛС (ацефен, бемитил, пиритинол, пирацетам, аминалон) – психостимулирующими. Церебролизин обладает нейронспецифической активностью, аналогичной таковой естественных факторов нейронального роста, повышает эффективность аэробного энергетического метаболизма в мозгу, улучшает внутриклеточный синтез белка в развивающемся и стареющем мозге.

По преобладающим эффектам в спектре фармакотерапевтической активности ноотропы могут быть разделены на три группы препаратов:

– оказывающие действие на интеллектуально-мнестические функции, – пирацетам (ноотропил), оксирацетам, анирацетам, этирацетам, ацефен, клергил, пиритинол (энцефабол), карбацетам, нооглютил, этимизол, кортикотропин, вазопрессин;

– воздействующие на устойчивость мозга к повреждающим факторам, – аминалон (ГАМК, гаммалон, энцефалон), пантогам, фенибут;

– воздействующие на церебральное кровообращение – циннаризин (стугерон), кавинтон (винпоцетин), винкамин (девинкан), пентоксифиллин (трентал).

Ноотропные препараты применяются на всех этапах терапевтического процесса:

1. *Купирование абстинентных синдромов.* Ноотропы используются в дополнение к проводимой дезинтоксикационной терапии. Они способны ослаблять алкогольную и наркотическую интоксикацию. Например, наибольшим антиалкогольным влиянием обладают «энергезирующие» ноотропы (пирацетам, меклофеноксат, пиритинол) и ГАМК-ергические вещества (пикамилон, фенибут и др.). Как правило, ко 2-3-му дню лечения под их влиянием уменьшаются тяжесть в голове, вялость, слабость, разбитость, появляется ощущение «ясности мысли», исчезает суетливость и тревожность.

3. *В периоды длительного воздержания* актуализация патологического влечения к ПАВ сопровождается различными аффективными нарушениями. Если в клинической картине преобладают расстройства астено-депрессивного круга, тоскливость, апатия, церебрастенические жалобы, то наибольший терапевтический эффект достигается именно при назначении ноотропов, особенно в комплексе с другими психотропными средствами.

4. Механизм действия ноотропов обусловливает их максимальную активность при развитии *психоорганического синдрома с признаками интеллектуально-мнестического снижения.*

Гепатотропные препараты

Гепатотропы включаются в терапевтические программы при лечении зависимости от всех видов ПАВ и на всех этапах терапевтического процесса. Различий в показаниях, дозах, применении, противопоказаниях при различных видах зависимости не наблюдается.

Из гепатотропных препаратов наиболее часто используются урсодезоксихолиевая кислота (урсосан), адеметионин (гептрал), α-липоевая кислота (тиоктовая кислота), L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц).

Большое место в терапевтических программах занимают препараты с антиоксидантной и гепатопротективной активностью. К их числу относятся: α-липоевая кислота (тиоктовая кислота), метадоксин, этилметилгидроксипиредина сукцинат. α-липоевая кислота (тиоктовая кислота) существует в двух формах – парентеральной и пероральной. Парентеральное применение α-липоевой кислоты в терапии абстинентных синдромов (в частности, алкогольного) в дозе 600 мг (24 мл на 400 мл физраствора) имеет выраженное детоксикационное действие. Гепатотропный эффект и влияние на алкогольную полинейропатию проявляется при приёме препарата в дозе 200 мг курсом не менее месяца.

Метадоксин в настоящее время также успешно используется в комплексной терапии широкого круга вегетосоматических расстройств, наблюдающихся при ААС, поражений печени алкогольного генеза и алкогольной полинейропатии. Рекомендованные дозы метадоксила: купирование ААС – по 300 мг (5 мл) внутривенно капельно в 0,9%-ном растворе натрия хлорида; терапия нарушений функций печени алкогольного генеза (алкогольная болезнь печени) – 1500 мг в сутки; при алкогольной полинейропатии – 1000 мг в сутки.

Этилметилгидроксипиредина сукцинат в комплексной терапии более эффективно влияет на редукцию синдрома патологического влечения – аффективные и идеаторные расстройства, обладает стресспротективным и мембранопротективным свойствами, а также антиоксидантной активностью.

Применяется парентерально (внутримышечно и внутривенно) и внутрь. Начальная доза составляет 50-100 мг 1-3 раза в сутки. Максимальная доза может доходить до 800 мг.

Для получения стойкого терапевтического эффекта продолжительность курса должна составлять не менее 2 месяцев.

Специфические препараты

К специфическим препаратам относят (*см. табл. 14*):

1. Аверсивные средства – эметики апоморфин и эметин, некоторые другие.

2. Сенсибилизирующие средства, блокирующие ацетальдегиддегидрогеназу, – дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.

3. Блокатор опиатных рецепторов налтрексон.

4. Лекарственные средства, применяемые для облегчения никотиновой зависимости, – никотин и цитизин.

Аверсивные и сенсибилизирующие средства используются при алкогольной зависимости, а также при сочетанных с алкогольной формах зависимости.

Суть аверсивной терапии заключается в применении лекарственных средств, вызывающих рвоту («aversio» – отвращение): эметин, апоморфин. Механизм их действия реализуется через непосредственное влияние на хеморецепторную зону (центрального действия) или на чувствительные рецепторы слизистой оболочки желудка (периферического действия). Свойства этих лекарственных средств используются в создании условно-рефлекторной реакции на употребление алкоголя.

Суть сенсибилизирующей терапии основана на применении средств, блокирующих фермент альдегиддегидрогеназу, который превращает уксусный альдегид (обладающий токсическими свойствами биологически активный продукт метаболизма этанола) в неактивный уксусный эфир. К таким средствам относятся дисульфирам, цианамид, метронидазол и некоторые другие.

После 3 и более дней приёма дисульфирама в случае употребления алкоголя в крови в течение 10-20 минут в 5-10 раз возрастает уровень ацетальдегида, который вызывает целый ряд крайне неприятных симптомов и делает невозможным дальнейшее употребление спиртного. Это называется дисульфирам-алкогольная реакция или ацетальдегидный синдром. Реакция проявляется подъёмом артериального давления, тахикардией, тошнотой и рвотой, болями в области сердца, пульсирующей головной болью, гиперемией с цианотичным оттенком и одутловатостью лица, шумом в ушах, головокружением, нечёткостью зрения, тревогой и страхом смерти. При тяжёлом течении дисульфирам-алкогольной реакции гипертензия может смениться падением артериального давления с развитием коллаптоидного состояния. Дисульфирам назначают по 0,25 2 раза в день в течение 2 недель, а затем суточная доза снижается до 0,25. По истечении месяца в дальнейшем делаются 10-20-дневные перерывы либо, наоборот, дозу временно повышают – в зависимости от ситуации (праздники и т.п.) и состояния больного. В России также используется комбинированный препарат *лидевин*, содержащий дисульфирам и витамины группы В – никотинамид (0,0003) и аденин (0,0005).

Считается, что дисульфирам может быть эффективным фармакологическим средством при кокаиновой зависимости, а также при злоупотреблении кокаином у лиц с опиоидной зависимостью. Этот эффект дисульфирама можно объяснить его способностью ингибировать β-дофамингидроксилазу, что приводит к появлению избыточного количества свободного дофамина и сокращению синтеза норадреналина. Поскольку кокаин является мощным ингибитором обратного захвата катехоламинов, дисульфирам может снижать влечение к кокаину.

Таким образом, в настоящее время показания к применению дисульфирама расширились и сегодня включают не только алкогольную зависимость, но и зависимость от кокаина, сочетанное употребление кокаина и алкоголя.

Аналогично дисульфираму действует на метаболизм алкоголя *цианамид*, который принимают в дозе от 12 до 24 капель в день. Цианамид считается более специфическим препаратом по механизму действия, так как влияет только на ацетальдегиддегидрогеназу (дисульфирам, помимо этого механизма, ещё блокирует β-дофамингидроксилазу) Курс лечения длительный – 3-6 месяцев и более. *Метронидазол*, также используемый в качестве средства «сенсибилизации» к алкоголю, менее токсичен, чем дисульфирам, и потому не требует особых предосторожностей. Его назначают по 0,75 г 3 раза в день в течение 2-3 недель.

(Продолжение следует.)

В клиниках и лабораториях

Рак предстательной железы: выбор оптимальной тактики лечения

Ежегодно онкологические заболевания выявляются впервые у 9 млн человек во всём мире и становятся причиной смерти около 5 млн в год. Это вторая причина смертности после сердечно-сосудистых заболеваний в развитых странах и общая причина 10% всех случаев смерти в мире. У пожилых пациентов одной из самых распространённых форм злокачественных новообразований является рак предстательной железы (РПЖ). Данная патология представляет серьёзную проблему для системы здравоохранения, поскольку затраты на лечение этой группы пациентов после постановки диагноза превышают таковые при остальных нозологических формах рака.

Диагностика – первое требование

Среди мужского населения в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями наиболее распространены опухоли трахеи, бронхов, лёгкого (17,6%), предстательной железы (14%), кожи (10,1%, с меланомой – 11,6%) и желудка (7,8%). На протяжении многих лет значимую по удельному весу группу у мужчин формируют злокачественные опухоли органов мочеполовой системы, составляя 24% всех впервые выявленных злокачественных новообразованиий. В России РПЖ занимает первое место по темпам прироста, и за последние 10 лет число больных с впервые установленным диагнозом РПЖ увеличилось более чем в 2 раза. В 2016 г. зарегистрирован 38 371 новый случай заболевания РПЖ. Удельный вес больных с I и II стадией опухолевого процесса в 2016 г. составил 56%, III – 25,1% и IV – 17,4% соответственно. В настоящее время имеется положительная тенденция по снижению смертности от рака простаты – примерно на 1-1,5% в год. Стабильное снижение смертности определяется как прогрессом в изучении, профилактики, лечении, так и в выявлении рака.

Активное внедрение в клиническую практику современных методов диагностики, таких как определение уровня ПСА в сыворотке крови, PCA-3, проведение мультифокальной биопсии ПЖ, ПРИ, различных вариантов ультразвукового исследования и МРТ привело к улучшению диагностики заболевания и, как следствие, значительному увеличению процента выявления заболевания в ранней стадии (T1-2). Данный факт позволяет предлагать пациентам радикальные методы лечения РПЖ, имеющие высокую онкологическую эффективность: радикальную простатэктомию (РПЭ), дистанционную лучевую терапию, брахитерапию. Частота обнаружения РПЖ значительно выше у мужчин старше 60 лет, которые чаще имеют интеркуррентные заболевания, осложняющие течение основного заболевания и повышающие риск серьёзных осложнений при проведении радикальных методов лечения. Таким пациентам, а также пациентам с ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет или отказывающимся от открытого оперативного лечения из-за возможных осложнений, предложен ряд альтернативных методов лечения: криотерапия, HIFU терапия, фотодинамическая терапия, лазерная абляция и др.

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2017), радикальными методами лечения локализованного РПЖ являются РПЭ и лучевая терапия (ЛТ). РПЭ является в такой ситуации золотым стандартом, поскольку позволяет добиться длительной безрецидивной выживаемости, в отличие от ЛТ. Прогрессивное развитие медицинских технологий позволило улучшить эффективность хирургического и лучевого лечения, снизить процент смертности и побочные эффекты. По данным различных авторов, менее половины мужчин с верифицированным РПЖ являются кандидатами для консервативного лечения. Чтобы уменьшить вероятность избыточного лечения в этой группе пациентов, рекомендуется использовать 2 консервативных подхода: выжидательную тактику и активное наблюдение.

Радикальная простатэктомия заключается в удалении предстательной железы с семенными пузырьками, и часто эта операция сопровождается билатеральной тазовой лимфаденэктомией, так как существует большая вероятность поражения лимфатических узлов. Для пациентов с локализованным РПЖ низкого и промежуточного риска (cT1a-T2b, суммой баллов по Глисону ≤ 7 и ПСА < 20 нг/мл) и ожидаемой продолжительностью жизни ≥ 10 лет целью РПЭ является устранение злокачественного процесса с сохранением функции удержания мочи и по возможности потенции. Для проведения РПЭ не существует возрастных ограничений, и пациенту не может быть отказано в операции только на основании возраста, при этом наличие сопутствующих заболеваний существенно повышает риск смерти от причин, не связанных с РПЖ.

Пациентам высокого риска (cT3a или с суммой баллов по Глисону 8-10 или ПСА > 20 нг/мл), а также пациентам с локализованным РПЖ очень высокого риска (cT3b-T4 N0 или любой стадией T и N1) при комбинированном лечении РПЭ может быть также рекомендована.

До недавнего времени радикальная позадилонная простатэктомия считалась золотым стандартом лечения РПЖ. Сравнительно недавно были разработаны более современные минимально инвазивные методы лапароскопической и роботассистированной радикальной простатэктомии, которые в большинстве случаев ассоциируются с меньшей кровопотерей, частотой переливаний крови, коротким периоперационным периодом и более редким наличием послеоперационных осложнений. Нервосберегающая РПЭ может быть выполнена пациентам с нормальной половой функцией до операции с низким риском экстракапсулярной инвазии (T1c, сумма баллов по Глисону < 7 и ПСА < 10 нг/мл, либо на основании номограмм Партина).

В 1982 г. P.Walsh и P.Donker впервые описали анатомию сосудисто-нервных пучков, расположенных по обе стороны от простаты. Данный факт послужил началом разработки методики нервосберегающей радикальной простатэктомии, что в последующем привело к значительному снижению процента эректильной дисфункции (ЭД) в послеоперационном периоде. Анатомические особенности кавернозных нервов, а также недостаточная визуализация тканей могут в значительной степени затруднить локализацию сосудисто-нервных пучков, что также может привести к развитию ЭД. Технические характеристики роботизированных систем способствовали значительному улучшению визуализации, обеспечению стабильной и «точной» работой в ограниченном пространстве малого таза, снижению кровопотери, а также снижению количества послеоперационных осложнений.

Следующим этапом, обеспечившим улучшенное понимание хирургической анатомии вследствие модифицированной визуализации, явилось создание роботизированной техники, активное внедрение которой привело к необходимости детального изучения нейроанатомических структур органов малого таза. Данный факт позволил классифицировать методику нервосберегающей роботассистированной радикальной простатэктомии на интер- и интрафасциальную. Помимо самой методики выполнения (одно- или двусторонней), на частоту развития ЭД у пациентов, перенёсших оперативное лечение по поводу РПЖ, влияют такие факторы, как:

- возраст больного
- характеристики опухоли
- состояние эректильной функции до операции
- размер предстательной железы
- опыт хирурга.

Значительный технологический прорыв и прогрессивная модернизация минимально инвазивных методов лечения привели к тому, что роботизированные технологии занимают ведущие позиции в медицине. Широкое применение роботических хирургических систем обусловлено не только высокой технологичностью, но и тенденцией перехода к органосохраняющим операциям. Роботизированные технологии обладают всеми преимуществами малоинвазивных методик (такими как степень кровопотери, частота гемотрансфузии, продолжительность пребывания в стационаре и др.) и значительно превосходят использующиеся лапароскопические методики, а результаты оперативных вмешательств отличаются в лучшую сторону от таковых при открытых операциях. Тысячи успешных роботических операций, проведённых по всему миру, свидетельствуют о широком внедрении роботизированных технологий практически во всех отраслях медицины.

Когда осложнений меньше

В последнее время значительно вырос интерес к малоинвазивным методам лечения РПЖ, таким как криоабляция, внутритканевая брахитерапия и HIFU терапия.

Криоабляция предстательной железы представляет собой абляцию ткани путём локального воздействия очень низкой температуры (-40°C) и может применяться как первично, так и в случае рецидива опухоли после лучевой терапии. Значительное усовершенствование аппаратуры для криодеструкции, использование криоигл меньшего диаметра, температурных датчиков и катетера для согревания слизистой оболочки уретры позволило минимизировать количество осложнений по сравнению с другими методами лечения РПЖ и добиться высокой безрецидивной выживаемости. Идеальным кандидатом для выполнения криоабляции предстательной железы является пациент с локализованным РПЖ или с минимальным выходом рака за пределы простаты; объёмом ПЖ < 40 см^3; уровнем ПСА < 20 нг/мл и суммой баллов по шкале Глисона ≤ 7. К потенциальным кандидатам на криоабляцию могут быть отнесены пациенты низкого риска РПЖ (ПСА < 10 нг / мл, < T2a, сумма баллов по шкале Глисона ≤ 6) или промежуточного риска РПЖ (ПСА > 10 нг / мл, > T2b, сумма баллов по шкале Глисона ≤ 7), чей соматический статус не позволяет провести лучевую терапию или РПЭ. Фокальная криоабляция предстательной железы – наиболее изученный метод фокального лечения РПЖ, позволяющий селективно разрушать известный очаг опухоли с сохранением функции органа без снижения качества жизни пациента. Фокальная терапия РПЖ является альтернативой радикальному лечению и активному наблюдению, занимая промежуточное положение между ними. Вследствие отсутствия долгосрочных результатов фокальная криоабляция остаётся экспериментальным видом лечения.

Трансперинеальная брахитерапия является безопасным и эффективным методом лечения пациентов с клинической стадией T1b-T2a N0, M0; суммой баллов по Глисону ≤ 6; исходным уровнем ПСА ≤ 10 нг/мл; ≤ 50% положительных биоптатов; объёмом простаты < 50 см^3 и суммой баллов по Международной шкале оценки простатических симптомов – IPSS < 12.

В основе HIFU терапии лежит воздействие ультразвуковых волн на ткань предстательной железы, приводящее к повреждению клеток за счёт термическогов (≥ 65°C) и механического эффектов, а также эффекта кавитации. Перед проведением HIFU терапии пациент должен быть информирован об отсутствии долгосрочных результатов лечения.

В начале 40-х годов прошлого столетия впервые была установлена чувствительность РПЖ к андрогенной депривации, в результате чего гормональная терапия стала применяться у пациентов с распространённым РПЖ.

После оперативного лечения проводят мониторинг уровня ПСА, трансректальное ультразвуковое исследование и в ряде случаев контрольную биопсию (по показаниям), остеосцинтиграфию, КТ или МРТ малого таза. После РПЭ два последовательных показателя ПСА, равных 0,2 нг/мл или выше, являются общепринятым критерием определения рецидива РПЖ; свидетельством биохимического рецидива после ЛТ считается повышение уровня ПСА более чем на 2 нг/мл относительно надира (наиболее низкого стабильного значения).

О качестве жизни

До недавнего времени оценка конечных результатов лечения РПЖ в первую очередь включала выживаемость пациентов. В настоящее время всё больше внимания уделяется качеству жизни больных, поскольку даже незначительные изменения его могут привести к серьёзным изменениям психоэмоционального состояния мужчины и значительно снизить их самооценку. Согласно литературным данным, на качество жизни пациентов, подвергнутых оперативному лечению РПЖ, наибольшее влияние оказывают недержание мочи, эректильная дисфункция, формирование стриктуры уретры и дисфункция кишечника. Уровень качества жизни онкологических больных в целом зависит как от стадии процесса, так и от его локализации и распространённости. Большую роль играет проводимое лечение и его побочное действие. Благодаря значительному прорыву в лечении РПЖ количество и частота существующих осложнений сведена к минимуму.

Клинически лучевые осложнения (лучевой цистит, уретрит) проявляются дизурией вплоть до недержания мочи, выраженным болевым синдромом и гематурией. Лечение данных осложнений не всегда эффективно и носит длительный характер, что причиняет выраженный дискомфорт и резко снижает качество жизни пациентов.

Заключение

Рак предстательной железы – одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей у мужчин. На раннем этапе болезнь практически никак себя не проявляет и выявляется «случайно» при профилактических осмотрах. При подозрении на РПЖ диагноз ставится на основании биопсии простаты под контролем ультразвукового исследования. В настоящее время при выборе тактики лечения больного РПЖ принято учитывать степень дифференцировки и стадию опухоли, возраст больного и его соматический статус, риск возможных осложнений, а также желание больного и опыт врача. С внедрением в клиническую практику новых малоинвазивных методов лечения РПЖ появилась возможность значительно улучшить качество жизни пациентов за счёт минимизации количества осложнений (сохранение функции удержания мочи и эректильной функции), меньшего времени пребывания в стационаре и др. Внедрение в клиническую практику нервосберегающей методики выполнения РПЭ, безусловно, повысило качество жизни послеоперационных больных. Выбор тактики лечения во многом зависит от самого пациента и является результатом подробной беседы со специалистом, включающей тщательный анализ преимуществ и рисков того или иного метода.

Александр ВАСИЛЬЕВ,
Александр ГОВОРОВ,
кафедра урологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова.

Медицинская газета

№ 87 • 17. 11. 2017

Вехи

Иван АРТЮХОВ:

На наших выпускниках можно ставить знак качества

Новые времена диктуют новые требования к медицинскому образованию

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого отмечает 75-летие. Разговор с ректором КрасГМУ, доктором медицинских наук, профессором Иваном Артюховым мы решили построить не так, как обычно говорят о юбилеях, а в обратной последовательности: сначала помечтать о будущем вуза и лишь после этого вспомнить о прошлых достижениях.

– Иван Павлович, давайте представим, как будет выглядеть система высшего медицинского образования в России через 15-20 лет, к столетию КрасГМУ?

– Мне нетрудно ответить на данный вопрос, потому что я часто и много думаю об этом. Конечно, уже не будет тех стандартных лекций, к каким приучены многие поколения студентов, не будет практических занятий в привычных формах и семинаров в их классическом варианте. На смену им придут другие образовательные технологии, причём зарождение этих технологий будущего происходит именно сейчас.

Мы вступаем в эпоху так называемой гаджетной медицины, и это надо признать нынешнему поколению опытных врачей, а тем более ветеранам медицины, которые считают важной компонентой лечения общение с пациентом, терапию словом, а не только лекарствами. Исторически наша система здравоохранения отличалась от западной именно этим: отставая в технологическом развитии, она достигала эффективности за счёт деонтологических аспектов.

– Это была оправданная компенсация?

– В какой-то степени – да при одинаковой продолжительности жизни в нашей стране и за рубежом. Но когда произошли изменения показателей общественного здоровья, когда население Японии, стран Европы, США стало жить на 10 лет дольше, чем россияне, мы поняли, что…

– …не все болезни лечатся добрым словом?

– Именно так. Стало понятно, что нам тоже нужны высокотехнологичная медицина, другая система профилактики и другое медицинское образование. Поэтому впереди нас ожидает, как и во всём мире, эпоха технократизации, то есть активного использования в образовательном процессе возможностей интернета, мобильной связи, разного рода гаджетов.

– Вас как ректора это тревожит?

– Даже если я выскажусь против, моё мнение не повлияет на общемировой процесс обновления образовательных технологий. Кстати, создать условия для того, чтобы студенты имели возможность получать знания через интернет и контролировать эти знания, оказалось не так уж сложно. В КрасГМУ это уже работает.

В преддверии надвигающейся эпохи гаджетной медицины и дистанционного образования мы записали уже тысячу видеолекций и видеоуроков профессоров и преподавателей, здесь не только теоретический материал, но и демонстрация некоторых практических навыков. К примеру, студентов можно дистанционно, с помощью видеоуроков обучать навыкам пальпации, перкуссии, аускультации, чтобы затем они потренировались друг на друге, дальше – на симуляторе и уже после этого подходили к пациенту.

В создании библиотеки средств дистанционного обучения должен быть творческий подход: разработка игр, ситуационных задач, производство видеофильмов, в которых студенты отрабатывают, к примеру, оказание неотложной помощи при инфаркте миокарда.

– Означает ли это, что в КрасГМУ прямо с 1-го курса ведётся дистанционное обучение? А как же контроль знаний? Ведь в медицинском образовании, как нигде, после лекции необходима обратная связь с преподавателем.

– Конечно, не означает. Мы считаем, что посещение лекций в университете по-прежнему обязательно. Зачем же, спрашивается, тогда видеоуроки? На тот случай, если студент заболел или пропустил лекцию по другой уважительной причине. Теперь у него есть возможность включить компьютер и просмотреть видеоурок. Это ни в коем случае не альтернатива и не замещение, это дополнение к традиционным образовательным технологиям, которые в России пока ещё, к счастью, остаются основными.

– Но постепенно это может стать альтернативой, как вы полагаете?

– Думаю, да. Согласно мировому опыту, мы должны мотивировать студента на самообразование, выстроив при этом систему очень жёсткого контроля. Студент должен быть мотивирован на конечный результат.

Гораздо проблематичнее с обучением – не только дистанционным, но и очным – практическим навыкам и их контролем. В нашей стране всегда считалось и до сих пор считается, что хорошо научить будущего врача возможно только у постели больного. И российские студенты уже со 2-го курса выходят на сестринскую практику в лечебные учреждения, а с 4-го курса у них врачебные практики. Но как только несколько лет назад КрасГМУ начал реализовывать программы межвузовского обмена с медицинскими университетами Японии, возникли проблемы. В Японии студенты-медики проходят сестринские практики, однако врачебные манипуляции они не выполняют своими руками, то есть на 5-6-х курсах их допускают к пациентам лишь в режиме присутствия. То же самое в Европе: там у студентов нет врачебных практик с правом самостоятельной работы с больными.

– Почему?

– Всё очень просто: пациенты не доверяют своё лечение людям, не имеющим диплома и опыта. К сожалению, право пациента на выбор врача, с недавних пор тоже узаконенное в России, уже создало трудности в отечественной системе высшего медицинского образования. Нормативная база требует согласия больного на то, чтобы студенты-медики принимали участие во врачебном обходе, в осмотре, в проведении диагностических исследований, а тем более в выполнении лечебных манипуляций или в родоразрешении. И многие пациенты говорят категорическое «нет».

Поэтому нам просто не остаётся ничего иного, как создавать студентам условия для отработки практических навыков в симуляционных классах – на манекенах и тренажёрах, или в учебных, экспериментальных операционных – на животных и трупном материале.

– Вы сказали, что студента должна мотивировать на учёбу система жёсткого контроля. По вашему мнению, сегодня в российской высшей медицинской школе контроль достаточно жёсткий? И, если недостаточно, что необходимо сделать?

– Что касается контроля, то я бы расширил тему. Необходима независимая оценка не только уровня знаний студента, но всего и всех: где учат, кого учат, чему учат, и кто учит?

Начать надо с материальной базы университета, в котором студент проходит обучение. Должны быть единые требования учредителя к оснащённости каждой кафедры и каждой экзаменационной станции для всех медицинских вузов страны.

Далее, контроль того, чему учат. Нам следует пересмотреть программы: либо приблизить их к требованиям профессиональных стандартов по разным специальностям, либо расширить профстандарты, чтобы, к примеру, врач общей практики имел более глубокие знания в области молекулярной биологии и генетики. Сегодня в профстандарте участкового терапевта эти знания не предусмотрены, а преподаватели продолжают начитывать студентам теорию по молекулярной биологии, генетике и т.д. В самой профессорско-преподавательской среде возникают дискуссии: участковому терапевту на самом деле пригодятся столь глубокие знания о патогенезе и патофизиологии заболевания, или же ему достаточно знаний фармакологии?

Думаю, нам надо всерьёз задуматься над тем, насколько повредит общему уровню врачебного интеллекта сокращение и упрощение теоретической части, её подстройка под профстандарты и стандарты лечения. Есть опасность, что следующие поколения врачей, работающих в рамках стандартов симптоматического лечения, вообще не будут способны клинически мыслить. Между тем хороший специалист должен знать всё о немногом и понемногу разбираться во всём.

– Следующий пункт – контроль того, кто учит. Разве сейчас его нет?

– В настоящее время главный критерий для преподавательского состава медицинских вузов – остепенённость: 70% для додипломной подготовки и 80% – для последипломной. Разумеется, мы все стараемся эти показатели обеспечить.

Но на недавнем Совете ректоров медицинских и фармацевтических вузов России министр здравоохранения Вероника Скворцова дала поручение разработать критерии аттестации преподавателей. Сама по себе идея хорошая, однако, на мой взгляд, подходить к её реализации необходимо взвешенно, с учётом объективных условий, а именно – возрастной структуры профессорско-преподавательского состава большинства российских медуниверситетов. Иначе может оказаться, что значительная часть преподавателей не имеет права работать в высшей школе, и их придётся уволить.

К примеру, если ввести в качестве одного из главных требований отличное знание английского языка и уверенное владение компьютером. Соглашусь: для молодых людей, только начинающих преподавательскую карьеру, это возможные требования. Но выставлять такие критерии для людей зрелого и преклонного возраста – а их в профессорско-преподавательской среде большое число – значит, заведомо оставить вузы без кадров. К сожалению, у нас нет очередей из числа молодых кандидатов и докторов наук, горящих желанием жить на зарплату преподавателя, которая в настоящее время даже иногда ниже, чем у практикующего врача.

– Наконец, последний вопрос: кого учить? Что вы имеете в виду?

– Это наиболее важная составляющая. Мы уже привыкли к тому, что из года в год именно у абитуриентов медицинских вузов едва ли не самый высокий средний балл ЕГЭ. Вместе с тем делаем срез по химии и физике и выясняем, что уровень знаний первокурсника медуниверситета ниже, чем у восьмиклассника. В итоге весь первый семестр мы «подтягиваем» его до университетского уровня. А если бы при поступлении в медицинские вузы по-прежнему сдавали экзамены по профилирующим предметам, подобного снижения «качества первокурсников» не произошло бы.

Далее, я бы ввёл промежуточную – к примеру, после первых двух курсов обучения – оценку качества образования в университете, один комплексный экзамен после 4-й сессии. Причём принимать его должны профессора и преподаватели вузов из других регионов. К примеру, преподаватели из Новосибирского медуниверситета едут на проверку в Томск, томичи – в Красноярск, красноярцы – в Иркутск и т.д. В этом случае на самом деле будет дана объективная оценка.

– Студенту или преподавателю?

– Обоим. Вот это и есть госприёмка. Поставили половине студентов двойки? Прекрасно, оставшуюся половину мотивированных на высокий конечный результат обучаем дальше. Причём из их числа выделяем тех, кто способен и готов в будущем заниматься медицинской наукой, создаём им необходимые условия для исследовательской деятельности.

Вот так, по моему мнению, должны выглядеть требования к качеству высшего медицинского образования.

– Таким вам видится будущее. А если говорить о прошлом, в частности последних тринадцати годах истории Красноярского медуниверситета под вашим руководством, чем они запомнятся?

– Среди главных наших достижений назову то, что поменялся статус учебного заведения: теперь это не академия, а университет. Соответственно, мы расширили перечень специальностей, по которым ведётся подготовка студентов.

Но главное для нас – не количество, а качество во всех направлениях работы вуза. Мы поставили перед собой очень высокие цели, и я считаю, что они реализованы. За это время КрасГМУ не получил ни одной рекламации от органов государственной власти или руководителей медицинских организаций на некачественную подготовку выпускников. На наших выпускниках можно ставить знак качества.

Далее, государственное и общественное признание научной работы университета. Фундаментальные исследования, которые выполняются в лабораториях КрасГМУ, ежегодно поддерживаются грантами Президента РФ, Российского фонда фундаментальных исследований, международных фондов. Постоянно растёт количество публикаций наших учёных в высокорейтинговых зарубежных научных журналах.

Наконец, мы очень много внимания уделили условиям жизни и здоровью студентов и преподавателей университета: обустроили кампус, построили стадион, бассейн, загородную базу отдыха. По моему глубокому убеждению, если мы действительно хотим привить россиянам привычку к здоровому образу жизни, то начинать нужно с личного примера врачей и студентов-медиков.

Вообще, я не хотел бы приписывать исключительно себе заслуги во всём хорошем, что произошло в жизни университета за это время. Ректор – это только кормчий, а главная сила – это команда корабля, без неё ты не способен ни на что. В нашем университете сформировалась такая мощная и целеустремлённая команда, которой по плечу решение любых задач.

Беседу вела
Елена БУШ,
соб. корр. «МГ»

Красноярск.

Фото
Алёны КАВРИГИНОЙ.

По данным исследования аналитической компании Ipsos Healthcare, 94% заведующих аптеками и 91% первостольников используют интернет в профессиональных целях. При этом существенно выросла частота использования данного ресурса: почти треть (32%) провизоров заходят в виртуальное пространство несколько раз в день, ещё треть (31%) – практически каждый день. Среди заведующих аптеками частота обращения ещё выше: 41% из них – несколько раз в день, треть (34%) – практически каждый день. В целом за последние 3 года данные показатели практически удвоились. Об этом сообщил управляющий директор аналитической компании Олег Фельдман в ходе очередного заседания Российской ассоциации фармацевтического маркетинга.

Проблемы и решения

В виртуальном пространстве

Провизоры и врачи активно используют интернет для поиска профессиональной информации

Быстро, ещё быстрее

Как отметил эксперт, существенно изменились и цели обращения провизоров к интернету. Если 5 лет назад в основном этот ресурс использовался для уточнения информации о препаратах, то сейчас 76% провизоров ищут информацию о препаратах-аналогах. При этом заметно растут и другие показатели: «Схема лечения и профилактика заболеваний» – 65% и «Взаимодействие лекарственных препаратов» – 41%. Каждый второй первостольник (55%) ищет информацию о новых препаратах.

Также меняется и восприятие провизорами интернета. В ходе опроса 39% провизоров первого стола отметили, что «интернет – это первый источник, к которому я обращаюсь, когда у меня возникает вопрос» (рост на 3,7% по сравнению с предыдущим замером осенью 2016 г). При этом 6% респондентов отметили, что делятся профессиональным мнением и опытом в интернет-сообществах и группах.

– Высокая потребность в использовании интернет-ресурсов у провизоров объясняется тем, что в силу специфики работы им важно получать оперативный доступ к информации о лекарственных препаратах и их наличии у себя в сети или в других аптеках, – прокомментировал О.Фельдман.

Происходят изменения и в использовании различных гаджетов. Так, по наличию устройств стабильную положительную динамику показывают смартфоны, они есть уже у 46% провизоров первого стола и 57% заведующих аптеками. И это второй после рабочего компьютера гаджет, с помощью которого провизоры и менеджеры

выходят в интернет с профессиональными целями – 73 и 75% соответственно среди имеющих данный вид устройства. Каждый пятый (20%) провизор ответил, что использует мобильные приложения для получения информации о препаратах.

Незаменимый помощник

Аналогичные тенденции отмечаются и во врачебном сообществе. Доля врачей, использующих образовательные программы и вебинары через ресурсы интернета, за последние 4 года удвоилась и достигла 44%. В настоящее время практически невозможно найти врача, не использующего интернет.

По данным аналитической компании, среди целей использования интернета наибольшую долю занимают личные потребности (70% врачей) и обращение к профессиональной медицинской информации (70%).

Немаловажно и то, что частота применения интернета в профессиональных целях в целом медленно, но постоянно растёт. В настоящее время 39% врачей используют интернет именно в этих целях ежедневно (в 2013 г. этот показатель составлял 32%). При этом более половины врачей уделяют ему не более 2 часов в неделю.

Важным показателем является то, что 36% врачей обращаются к интернету в профессиональных целях только из дома, у 50% врачей есть возможность доступа как из дома, так и на рабочем месте, и только 14% отметили, что в профессиональных целях обращаются к нему исключительно на работе.

Что касается обращаемости врачей к различным интернет-ресурсам, то здесь наибольший рост демонстрируют те из них, которые связаны с обучением и повышением квалификации врачей, например медицинские специализированные и образовательные порталы. При этом лидирующие позиции сохраняют поисковики лекарственных средств, сайты периодических медицинских изданий и интернет версии справочников ЛС. Как подчеркнул эксперт, использование данных ресурсов растёт, постепенно вытесняя бумажные носители.

Важным элементом, обеспечивающим доступ врачей к интернету, является наличие современных мобильных девайсов. Большая часть врачей использует смартфоны (55% врачей), и этот показатель последовательно растёт, второе место занимают стационарные компьютеры (52% врачей).

Сегодня каждый пятый российский врач использует в своей практике приложения медицинской тематики, 7% используют интернет для онлайн-консультирования пациентов. «Если среди зарубежных специалистов сегодня наиболее востребованы мобильные приложения, которые связывают врача и пациента, то у нас это в первую очередь справочные и вспомогательные инструменты», – пояснил эксперт.

Также среди сформировавшихся трендов для врачей наиболее выраженную положительную динамику имеют интернет-конференции и вебинары (14%), при этом наибольшие показатели отмечены у кардиологов и эндокринологов – для них этот показатель равен 20%, у гинекологов (19%), наименьшие значения отмечаются у психиатров – 8,5%.

Каналы коммуникации

Медицинские представители по-прежнему остаются наиболее востребованными среди основных источников информации о лекарственных препаратах для врачей, но заметно теряют свои позиции среди провизоров-фармацевтов. В частности, 51% врачей отметили медицинских представителей в качестве основного источника информации о лекарственных препаратах, сохраняя стабильные позиции по сравнению с данными 2016 г., в то время как их позиции среди провизоров-фармацевтов заметно ослабли (почти на 6%, опустившись до 48% за последние 2 года).

Примечательно и то, что важность таких привычных источников информации, как справочники лекарственных препаратов (находясь на втором месте у врачей – 46%), практически стагнируют у врачей и стремительно падают у провизоров-фармацевтов (за 3 года почти на 10%). При этом продолжает расти востребованность конгрессов и симпозиумов, а также использование электронной почты как дополнительного канала коммуникаций, причём и здесь врачи слегка уступают сотрудникам аптек.

В ближайшей перспективе эти тенденции лишь будут усиливаться, но при этом достаточно быстро встанет вопрос об эффективности использования новых цифровых каналов коммуникаций, спрогнозировал эксперт.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Акценты

Каждое третье одобренное лекарство небезопасно

После выхода нового препарата на рынок проходит в среднем 4 года до момента возникновения проблем, связанных с его безопасностью.

Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) находится под давлением со стороны правительства страны, желающего ускорить процедуру одобрения новых лекарств. Однако, как выяснили исследователи медицинского факультета Йельского университета, почти каждый третий препарат, разрешённый к применению в первом десятилетии 2000-х годов, столкнулся с серьёзными проблемами по части безопасности спустя годы после того, как стал широкодоступен пациентам.

В период с 2001 по 2010 г. FDA одобрило 222 новых лекарства (183 низкомолекулярных и 39 биологических). Из них 71 препарат (32%) столкнулся со 123 случаями постмаркетинговых событий по части безопасности, включая 61 пометку «чёрнорамочным» предупреждением о нежелательных реакциях, 59 дополнений инструкции по применению новыми сведениями о рисках, а также 3 отзыва медикаментов из продажи. Анализ включает данные постмаркетинговых исследований, инициированных регуляторными органами или держателями регистрационного свидетельства, вплоть до конца февраля 2017 г.

После вывода на рынок лекарственного средства проходит в среднем 4,2 года, прежде чем выявляются проблемы с его безопасностью. С этими вопросами чаще всего сталкиваются 4 категории: психиатрические лекарства, биологические препараты, условно одобренные (одобренные в ускоренном порядке), а также получившие разрешение в момент, близкий к предельным срокам, в которые FDA должно было рассмотреть заявку на регистрацию.

Особую группу представляют лекарства, прошедшие процедуру ускоренного одобрения. Регулятор выносит положительный вердикт, опираясь на суррогатные, а не на клинические конечные точки: исследователи оценивают, к примеру, изменение размера опухоли, а не показатель выживаемости без прогрессирования. При этом решение зачастую осуществляется не на основе фазы III, а более ранних этапов, вовлекающих меньшее число пациентов.

Что любопытно, препараты, одобренные в срок менее 200 дней, статистически реже сталкиваются с постмаркетинговыми проблемами, связанными с безопасностью. Возможно, это обусловлено тем, что их регистрационные досье предоставляют более чёткие доказательства безопасности, тем самым реализуя более быстрое регуляторное решение.

Фармпроизводители добровольно уведомляют FDA о проблемах с лекарствами, вот почему нельзя исключать наличие массы нежелательных реакций, о которых ни регулятор, ни общественность не знают. Что показательно, высылаемые фармкомпаниями отчёты по безопасности не проверяются.

Подводя итоги, исследователи заключают, что слишком часто пациенты и врачи по ошибке воспринимают новый препарат или его новое назначение как полностью безопасные и эффективные. Но это далеко не так. Огромная масса важной информации о лекарстве становится известной лишь после того, как оно поступает в продажу и начинает широко применяться.

Ранее эксперты показали, что FDA одобряет новые препараты быстрее, чем Европейское агентство по лекарственным средствам: в среднем за 306 дней против 383. Кроме того, большинство опорных клинических испытаний вовлекает менее тысячи пациентов и длится 6 месяцев и меньше.

Арина СТЕПКО.
По информации mosmedpreparaty.ru

Ситуация

По данным ежемесячного розничного аудита фармацевтического рынка, проводимого компанией DSM Group, за первое полугодие 2017 г. в аптеках страны было продано 15,4 млн упаковок средств для ухода за больными на сумму 6,1 млрд руб. Это на 8,4% больше, чем за аналогичный период 2016 г. в рублях и на 8% – в упаковках.

Деликатные проблемы

В настоящее время аптеки предлагают 13 типов товаров для ухода за больными. «Средневзвешенная стоимость одной упаковки средства для ухода за больными в ценах закупки по итогам первых 6 месяцев 2017 г. незначительно увеличилась и составила 322 руб. – это на 0,4% выше, чем в 2016 г.», – отмечает эксперт фармацевтического рынка генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

Наиболее востребованными среди покупателей являются урологические подгузники – 58% в структуре продаж в данном сегменте (на 0,9% меньше, чем в первые 6 месяцев 2016 г.). Ассортимент данной группы товаров достаточно широк: около 170 торговых наименований 15 различных брендов.

На втором месте – сегмент «урологические прокладки», который с каждым годом всё больше набирает популярность. Ещё 5 лет назад ему отдавали предпочтение 15,8% потребителей, а в этом году уже 20,6%. Закупки средств данного сегмента возросли за первые 6 месяцев 2017 г. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года на 20,5% в стоимостном и на 18% в натуральном выражении. Однако ассортимент представленных в нём товаров невелик. По оценке экспертов, сегодня на рынке присутствует лишь 9 брендов, производимых 6 компаниями. Кроме того, рынок урологических прокладок высоко концентрирован: тройка лидеров занимает более 97% объёма продаж аптек.

Третий по ёмкости сегмент среди средств ухода за больными – «впитывающие пелёнки и простыни». Он занимает 15,7% рынка в стоимостном объёме и 19,2% в натуральном. Данная группа значительно выросла по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. (14% в рублях и 18,6% в упаковках).

Анна КРАСАВКИНА.
МИА Cito!

ГБУЗ «Торопецкая ЦРБ» (Тверская обл., город Торопец) приглашает специалистов:

АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА, ТЕРАПЕВТОВ/ПЕДИАТРОВ УЧАСТКОВЫХ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА, ПСИХИАТРА-НАРКОЛОГА.

✓ Высокая зарплата ✓ Компенсация аренды жилья
✓ Стимулирующие выплаты.
Тел. +**7 (48268) 2-23-42, 2-12-37.**
E-mail: **crbtoropetc@mail.ru**

Конкурсный отбор медицинских работников

Руководствуясь приказом Департамента здравоохранения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры № 6-нп от 05.05.2017 «Об утверждении перечня востребованных специальностей и порядка конкурсного отбора медицинских работников, прибывших на работу в города Ханты-Мансийского автономного округа – Югры по одной из востребованных специальностей в 2017 г.», АУ «Советская районная больница» **объявляет конкурсный отбор медицинских работников в возрасте до 45 лет**, имеющих высшее образование, прошедших обучение в ординатуре или интернатуре, прибывших на работу в 2017 г., **претендующих на получение единовременной компенсационной выплаты** из расчёта **один миллион рублей** на одного медицинского работника.

Перечень востребованных специальностей, при трудоустройстве на которые в 2017 г. предоставляются единовременная компенсационная выплата:

1. «Кардиология».
2. «Офтальмология».
3. «Оториноларингология».

Вакансии:

- офтальмолог
- оториноларинголог
- кардиолог.

За 5 рабочих дней до дня проведения конкурсного отбора медицинская организация дополнительно уведомляет кандидата о дате, времени и месте проведения конкурсного отбора.

Конкурсный этап осуществляется комиссией в два этапа:

- анализ документов
- собеседование.

В течение двух рабочих дней со дня определения победителя конкурсного отбора медицинская организация вручает ему копию локального акта медицинской организации. Также сообщает о направлении результатов конкурсного отбора в Департамент здравоохранения и о необходимости подачи заявления и документов в департамент для принятия решения о предоставлении единовременной компенсационной выплаты.

За подробной информацией обращаться в отдел кадров АУ «Советская районная больница»:

Инна Трошина – начальник отдела управления персоналом.
Тел.: 8 (34675) 6-21-51.
Адрес электронной почты: introshina@yandex.ru

Эскулапы галантного века полагали, что сон представляет собой временную смерть, а их «продвинутые» коллеги XIX века запустили в профессиональный оборот термин онейроид, то есть снотворное состояние (от греч. ὄνειρος – сон), включающее и помрачение, сочетающееся с видениями, и фрагментацию восприятия реалий. К этому можно добавить разобщение восприятия мира с поведением человека, который может «застывать» без движения на месте или совершать стереотипные, однообразные движения.

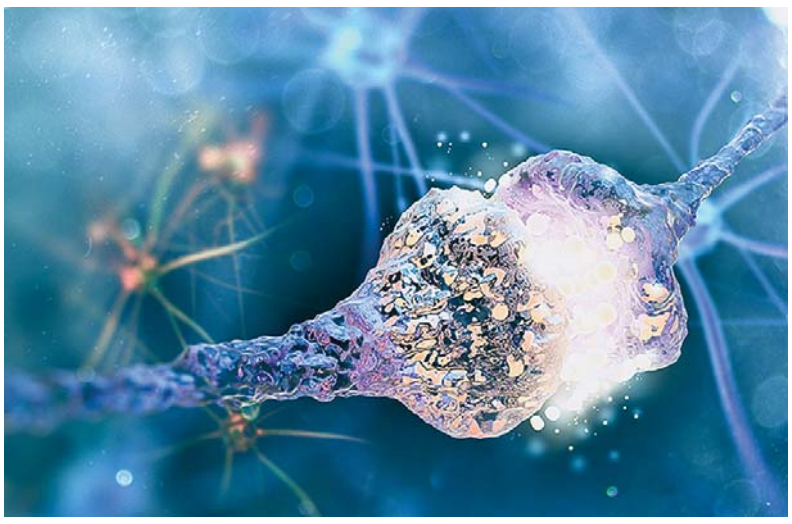
Гипотезы

«Глюки» сознания

Солидный журнал поместил на своём сайте отчёт о клинических испытаниях умеренных доз псилоцибина (psilocybin), проведённого специалистами Имперского колледжа в Лондоне. В его исследовательской программе приняли участие 12 человек, страдавших от депрессии, резистентной к действию антидепрессантов. Каждый из пациентов под наблюдением врачей принял участие в двух лечебных «сессиях», в ходе первой из которых они получали 10 мг вещества, а через неделю 25. Никто не знает, сколько нейронов в мозгу, поскольку ещё совсем недавно их число оценивалось в 10 млрд, сейчас склоняются к 100, а некоторые горячие головы заявляют о триллионе. Но даже последнее число – это всего лишь 10 в 12-й степени, в то время как 25 мг псилоцибина составляет порядка 10 в 19-й молекул, то есть на каждый нейрон головного мозга приходится более миллиона молекул психоактивного соединения (правда, неизвестно, сколько из них преодолевает гематоэнцефалический барьер мозговых сосудов, защищающий наш биокомпьютер от всякого рода веществ, вирусов и бактерий).

Испытуемые отмечали так называемый гон-trip, что можно ещё перевести модным у молодёжи словом «улёт» (слово взято из сленга американских военных исследователей конца 50-х годов, когда они столкнулись с печально знаменитым ЛСД, то есть диэтиламидом лизергиновой кислоты, полученной из «рожков» грибков спорыньи, поражающей зёрна злаковых). Добровольцы, принявшие участие в эксперименте, говорили о «растворении» собственного эго вплоть до утери осознания себя в отрыве от окружения, а также обострении чувственного восприятия и связи с миром. Один из специалистов Университета Джонса Хопкинса в Балтиморе (США) полагает, что действие психоделиков можно сравнить с реверсивным расстройством, связанным с посттравматическим стрессом (PTSD – Post-Traumatic Stress Disorder), приводящим к неврологическим изменениям восприятия.

А критики результатов, полученных в Лондоне (а там излечились вплоть до полной ремиссии от своей депрессии 5 из 12 испытуемых), считают, что на пациентов благотворно подействовало участие и внимание к ним врачей и исследователей, невольно сыгравших таким образом роль классических психоаналитиков, тем более что группа была маленькой, а контроля не было. Англичане ссылаются при этом на два рандомизированных исследования, в которых участвовали 29 и 51 пациент соответственно и был контроль с плацебо. В одном из них с помощью псилоцибина вылечили алкоголиков, а в другом курильщиков, причём у большинства из них абстиненция продолжалась на протяжении многих месяцев.



Синапс, представляющий собой контакт отростков двух нейронов

Сегодня в распоряжении нейробиологов в отличие от предыдущего века не только примитивные гальванометры для регистрации «биотоков» и имплантируемые проволочные электроды для регистрации электрической активности отдельных нервных клеток. В полном соответствии с классической электродинамикой электрический заряд, проходящий по нервному отростку, генерирует вокруг него пусть и слабое, но вполне регистрируемое магнитное поле. Так к электроэнцефалограмме (ЭЭГ) присоединились магнитоэнцефалограмма (МЭГ) и магнитная стимуляция глубоких структур мозга. Но, конечно же, на первый план с начала геномного миллениума вышли различные варианты МРТ-нейроимиджинга, с помощью которого на дисплее можно увидеть изменение кровотока в тех или иных отделах коры, «решающих» различные задачи, и его увеличение – уменьшение в ответ на действие лекарств.

ЭЭГ «оперирует» мозговыми ритмами, ведущим или доминирующим из которых является альфа с частотой 8-13 герц и, как считается, преобладает только у человека. ЛСД и псилоцибин, отправляющие людей в гон-trip, «сбивает» его пик и провоцирует синхронизацию корковой активности. Молекулярные нейробиологи выяснили, что ЛСД действует на белковый рецептор серотонина, называемый нейромедиатором счастья и хорошего настроения. Нарушения в серотониновой системе приводят депрессии вплоть до попыток самоубийства. Нейроны серотонина вырабатываются древними нейронами ствола мозга, и его рецепторы имеются на клетках всего мозга, поддерживая их жизнеспособность и пластичность отростков с их синапсами, или точками межнейрональных связей. ЛСД блокирует серотониновые рецепторы, в то время как их агонист иодамфетамин подстёгивает передачу сигналов в клетку. В цитоплазме нейрона рецепторные импульсы активируют фермент, способствующий передаче «послания» в ядро, где включается ген белкового нейротрофического фактора (BDNF – Brain-Derived Neutrophic Factor). Наряду с другими протеинами он необходим для поддержания жизнеспособности нервных клеток, а также динамической «перестройки» синапсов, посредством которых осуществляется распространение активности в мозгу.

Нейроиммунологи говорят о том, что психоделики подавляют нейровоспаление, «мешая» связи туморо-некротизирующего фактора альфа (TNF-alpha) с его рецептором на поверхности нейронов. Действие воспалительного протеина, как ни странно, блокируется йодопроизводным амфетамина, на который в 2016 г. получен патент, позволяющий начать клинические испытания вещества в купировании болезни Альцгеймера и астмы, а также ревматоидного артрита и воспаления в кишечнике. Иммунологи обращают внимание на то, что клетки микроглии, или мозговые макрофаги, можно видеть по ходу нервов. Преимущество иодамфетамина также и в том, что он оказывает лечебное действие в концентрациях, которые значительно ниже тех, что вызывают галлюцинации.

Полученные результаты вселяют надежду на то, что учёным удастся в не таком уж и далёком будущем понять механизмы депрессии и нейровоспаления. Проблема, однако, в том, что всё это не проясняет природы сознания и его нарушений – физиологических и патологических. Недавно показано существование отдельных нервных клеток, которые не совсем активно возбуждаются в ответ на предъявленное изображение. Их активность ниже нормальной и не «фиксируется» – испытуемыми. Может, правы были Фрейд и Юнг, говорившие и писавшие о подсознании и коллективном бессознательном?

Можно вспомнить и о том, что клетки, отростки которых образуют блуждающий нерв – вагус, – локализуются в стволе мозга рядом с серотониновыми. Недавно французским нейрофизиологам удалось путём слабой электростимуляции вагуса частично восстановить сознание 35-летнего мужчины, 15 лет пребывавшего в вегетативном состоянии. Как эти две работы могут быть связаны с мозговым гоном-trip под воздействием ЛСД и псилоцибина? Перед нейробиологами стоит ещё много нерешённых задач...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам The Scientist.

Музыка в подарок

14 ноября 2017 г. в Центральном музее музыкальной культуры состоялся праздник, приуроченный к Международному дню слепых. На нём дети с нарушениями зрения из коррекционных школ-интернатов получили в подарок от Департамента СМИ и рекламы Москвы уникальный комплект «Сказки о музыке», изданный фондом «Иллюстрированные книжки для маленьких слепых детей».

Новый обучающий комплект фонда знакомит маленьких читателей с музыкой и её верными спутниками, музыкальными инструментами! Проводниками ребят в захватывающем путешествии стали сказки разных народов мира, география которых очень обширна. Сказка «Весёлый Матти» пришла к нам из холодной Финляндии, а «Чудесная лютня» – из знойного Алжира. В Грецию перенесёт нас сказка «Вышивальщица птиц», в Белоруссию – «Музыка-Чародейник», к цыганским кострам – «Как леший с табором подружился». Рисунки к книге «Сказки о музыке» созданы замечательной художницей Марией Покровской, которая много лет работает над книгами фонда. На каждом развороте ребят встретит герой сказки с музыкальным инструментом в руках, выполненный в технике объёмной аппликации. Рядом с персонажем развернётся иллюстрация к сказке. Фигуры персонажей не перекрывают друг друга, их контуры чёткие, а цвета яркие и контрастные. Высокий контур изображений, многоуровневая аппликация, вставки различной фактуры позволяют воспринимать иллюстрации тактильно. Всё это делает книгу доступной для необычных читателей, облегчает детям знакомство с миром народной сказки.

Кроме сборника сказок, в комплект вошли занимательные задания и «Волшебный говорящий карандаш» – давний любимец малышей.

После веселого концерта ребята поучаствовали в замечательной интерактивной программе «Волшебный мир музыкальных сказок», где сотрудники музея предложили маленьким гостям перевоплотиться в любимых сказочных персонажей.

Угроза

Жёлтая лихорадка наступает

Тысячи её случаев заканчиваются летальным исходом

Департамент здравоохранения штата Сан-Паулу (Бразилия) официально заявил о регистрации 50 новых случаев жёлтой лихорадки среди населения, сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Муниципальные власти Сан-Паулу инициировали кампанию вакцинации населения, для чего открыты дополнительные пункты вакцинации и выделено более миллиона доз вакцины против жёлтой лихорадки. С профилактической целью на территории штата закрыты учебные заведения, ограничен доступ в парковые зоны.

Кроме Бразилии, где 22 случая этого опасного вирусного заболевания уже подтверждены лабораторно, подозрительные на жёлтую лихорадку случаи отмечены с начала 2017 г. в Колумбии, Суринаме, Боливии, Эквадоре, Перу и Французской Гвиане, информирует Роспотребнадзор. В мире ежегодно регистрируется около 200 тыс. случаев, из них 30 тыс. заканчиваются летальным исходом. Жёлтая лихорадка распространена в некоторых странах Центральной и Южной Америки, Африки. Эти территории являются эндемичными, климат здесь способствует длительному выживанию и активному размножению комаров, не встречающихся в Российской Федерации.

Защиту от вируса обеспечат вакцины

Всемирная организация здравоохранения ежегодно публикует перечень стран, в которых существует наличие риска передачи жёлтой лихорадки, а также перечень стран, при въезде в которые требуется наличие международного свидетельства о вакцинации против этой инфекции для путешественников. Жёлтая лихорадка остаётся единственным заболеванием, требующим проведения вакцинации при въезде в страны, в которых существует риск заражения.

Вакцины против жёлтой лихорадки обеспечивают защиту от инфекции по истечении 10 дней после проведения прививки. В соответствии с требованиями Международных медико-санитарных правил лица, подвергшиеся вакцинации, получают международное свидетельство о вакцинации или профилактике, которое действительно в течение всей жизни.

Перечень центров вакцинации против жёлтой лихорадки в субъектах РФ ежегодно размещается на официальном сайте Роспотребнадзора, где опубликованы также рекомендации по снижению риска заразиться этой болезнью.

Ведомство предупреждает, что лица, совершающие поездку, у которых отсутствуют свидетельства о вакцинации против жёлтой лихорадки, въезжающие на территории стран, где присутствуют её переносчики, в соответствии со статьёй 31 Международных медико-санитарных правил (2005) могут быть подвергнуты карантину на период инкубационного периода (6 дней), медицинскому обследованию или иным мерам, вплоть до отказа во въезде в страну.

Роспотребнадзор просит учитывать данную ситуацию при планировании зарубежных поездок.

Константин БЕЗНЕГ.
МИА Cito!

Ну и ну!

Израильским учёным удалось доказать, что резкое пробуждение после ночного отдыха сводит к минимуму пользу от полноценного и здорового сна. Благодаря экспериментам было выявлено, что внезапное прерывание такого отдыха равносильно состоянию людей, которые спят лишь по 3-4 часа в сутки.

Опасное пробуждение

В эксперименте принимали участие более 60 добровольцев, ранее не имевших проблем со сном. Все находились в привычных домашних условиях, но к их запястьям был прикреплён специальный датчик. Беспроводное устройство регистрировало количество часов, уделяемых для сна. Первые сутки исследования продолжительность ночного сна составляла 8 часов, как это должно быть в норме. На вторые сутки отдых прерывался телефонным звонком каждые 1,5 часа. Стоит отметить, что после такого пробуждения людям ещё на протяжении 15 минут не разрешалось возвращаться в кровать и засыпать. Утром на первый и второй день эксперимента всем участникам было предложено выполнить ряд компьютерных тестов и заполнить анкету, состоящую из вопросов касательно самочувствия. Именно такая информация дала возможность понять, что, когда люди спали недостаточное количество времени, они были подвержены плохому настроению, а результаты заданий были значительно ниже, нежели в тот день, когда они полностью высыпались. После прерывистого ночного отдыха добровольцы были дезориентированы примерно в 4 раза, чаще подвергались депрессивному состоянию и на 40% были более утомлёнными.

Таким образом, специалисты рекомендуют в ночное время суток устанавливать мобильные телефоны на беззвучный режим или на вибрацию. Кроме того, отмечается, что лучше всего заводить несколько будильников с интервалом 5-10 минут – при этом мозг будет знать, что впереди его ждёт непродолжительный отдых, отчего он уже будет подготовлен к бодрствованию.

Александра БЕРЧЕНКО.
По сообщению Daily Mail.

Выводы

Диетологи Института функциональной медицины (США) установили, что врагом молодости кожи и её тонуса выступает сахар в любом его виде.

Виновник появления морщин

Эксперты отметили, что не только сладости провоцируют ранее появление признаков старения. Кроме прочих виновников, названы все продукты, содержащие глюкозу, среди которых и такие полезные, как мёд, овсяные хлопья и курага.

Всё дело в том, что глюкоза разрушает структуру протеинов в нашем организме, к которым относится и коллаген, в результате чего кожа теряет упругость и эластичность. Следствием данных негативных процессов становится появление морщин. Диетологи уверены, что превышение нормы потребления глюкозы всего на 20% в день способно сделать раннее старение необратимым.

При выборе источников глюкозы американские диетологи и эксперты по здоровому питанию советуют отдавать предпочтение брокколи, авокадо, красному винограду, нерафинированному растительному маслу, бобам, кунжуту, зелени, свёкле и жирной морской рыбе. Помимо глюкозы они насытят вас витаминами и антиоксидантами, полезными не только для кожи, но и для всего организма.

Суточная норма глюкозы при весе 70 кг составляет около 182 г. Формула индивидуального вычисления дневной потребности организма в глюкозе выглядит следующим образом: 2,6 х на фактический вес тела (в кг) = норма (в г).

Дина РОЗИНА.
По информации Daily Mail.

Идеи

Робот-психотерапевт

Американские военные делают ставку на роботов-терапевтов для борьбы с посттравматическим стрессовым расстройством. Данную идею изначально предложил Университет Южной Калифорнии (США). Его сотрудники исследовали вопрос установления эмоциональной связи с солдатами.

Оказалось, роботы могут выступать в качестве первой линии психологической помощи в кризисных ситуациях. Как показали эксперименты, солдаты давали более детальные и честные ответы, когда беседа велась с компьютером, а не с человеком. Даже анонимность не помогала улучшить показатели общения с живым человеком.

Учёные использовали робота Элли, и ему солдаты в 3 раза чаще являли симптомы своего посттравматического расстройства. Суть в том, что до сих пор актуальна проблема стигматизирования психологических проблем. Поэтому многие солдаты, действующие и в отставке, не ищут помощи психологов и психиатров.

Роман МАЛИНОВСКИЙ.
По информации Daily Mail.

Почему бы и нет?

Провокатор развития рака

Специалисты Американского общества клинической онкологии (США) доказали, что алкоголь является самым опасным канцерогеном среди всех прочих напитков и продуктов питания.

Начиная с 2012 г., 5,5% всех новых случаев диагностирования рака и 5,8% всех смертей от онкологических недугов в мире были связаны с употреблением алкоголя, подсчитали учёные.

По их словам, спиртное увеличивает риск возникновения опухолей ротоглотки и гортани, пищевода, печени, молочной железы, простаты и толстой кишки даже в условиях умеренного употребления. Поэтому медицинскому и научному сообществам при государственной поддержке и под эгидой программ ВОЗ нужно сделать всё необходимое, чтобы употребление спиртных напитков снизилось до самых минимальных показателей.

Первейшей мерой в борьбе с алкоголь-ассоциированным раком должно стать тотальное информирование общества о связи употребления спиртных напитков и высоких рисках развития онкологии. Выбирая такую стратегию, специалисты сослались на данные опроса National Cancer Opinion Survey, который показал, что 70% американцев не воспринимают алкоголь как провоцирующий фактор рака. Потребители явно недооценивают значимость связи между употреблением спиртного и появлением онконедугов.

Анастасия СВЯЖИНА.
По информации Journal of Clinical Oncology.

Однако

Рукоприкладство со стороны родителей способствует тому, что дети становятся агрессивными и менее доброжелательными к окружающим людям, заявили учёные.

По их словам, физические наказания превращают детей к 10 годам в озлобленных и враждебно настроенных личностей.

В исследовании специалистов принимали участие почти 2 тыс. семей с детьми от года до 11 лет. Психологи регулярно посещали их дома, общались с родителями и учителями.

Выяснилось, что причинение боли ребёнку повышает уровень агрессии и зачастую приводит к серьёзным психологическим проблемам во взрослом возрасте. При этом было установлено, что телесные наказания детей чаще всего распространены в семьях афроамериканцев и живущих за чертой бедности. Специалисты пока не могут объяснить причину такой особенности. Для детей в остальных семьях более значимыми стали такие факторы, как гнев, раздражительность и вспыльчивость родителей.

Что такое хорошо и что такое плохо?

Эксперты советуют взрослым не наказывать ребёнка физически и поощрять его попытки самостоятельно справляться с эмоциями с раннего возраста.

Олег КУЗЬМИН.
По информации Developmental Psychology.

Имена и судьбы

Философ в неврологии

Об антисемитах он всегда отзывался с любовью

25 ноября этого года исполняется 100 лет со дня рождения выдающегося учёного, основоположника вертеброневрологии профессора Якова Попелянского (1917-2003).

Жизнь его трагически начиналась и трагически закончилась. Спустя несколько дней после рождения во время погрома в местечке Самгородок на юге России убили отца и тут же хотели поднять на штык младенца, но соседка-крестьянка выхватила Яшеньку и убежала с ним. В 2003 г. Яков Юрьевич внезапно скончался в США от инфаркта миокарда на второй день после операции на почке.

Между этими двумя событиями в разных частях света прошло 85 лет трудной и удивительной жизни крупнейшего отечественного невролога профессора Я.Попелянского.

Он до юношеского возраста не знал русского языка. На склоне лет не успел освоить английский. Но главным качеством Якова Попелянского было жадное любопытство ко всему, с чем бы и с кем его ни сталкивала судьба. Применительно к науке и особенно неврологии любопытство перешло в научную пытливость, конечным результатом которой стало создание нового направления в нейронауках – вертеброневрологии. Яков Юрьевич – её пионер и основоположник. В его многочисленных монографиях очерчены принципы, области приложения и будущее специальности на стыке неврологии и ортопедии.

Путь к признанию был усеян отнюдь не розами. Шипы, густо разбросанные на дороге, преодолевались оптимизмом, усердием и талантом. Он хотел поступить в Московский литературный институт – дар писателя у Якова был очевиден, но попал в медицинский. Едва успел окончить вуз в 1940 г., как был мобилизован в армию простым солдатом, где его больше всего «доставало» плоскостопие. Когда в 1941 г. началась война, попал на фронт в истребительный полк, но уже капитаном медицинской службы. Всё он перенёс – и ранение, и отступление, и окружение. А в июле 1945 г. из Польши его направили в Китай – воевать с Японией.

Яков Юрьевич, не пожелав быть хирургом, выбрал неврологию. Видимо, это было призвание. И летом 1946 г. он прекрасно сдал экзамены в аспирантуру недавно открытого Института неврологии

АМН СССР. Но фронтовика не оказалось в списке принятых. Возмущённый, в форме и с пистолетом в кобуре, он ворвался в кабинет директора и добился справедливости. Надо было ещё демобилизоваться, ему отказали и в этом. Выручило плохое зрение, с которым вообще не берут на военную службу.

Учился запойно, тем более что учителем был выдающийся невролог академик Николай Коновалов (спустя годы Яков Юрьевич посвятит своему учителю тёплые строки преклонения и признательности за школу). Кандидатскую диссертацию – одну из первых в СССР по паркинсонизму – завершил в срок, но в институте его не оставили.

И, помыкавшись в Москве (уже имея жену и сына), с огромным трудом устроился ассистентом на кафедре психиатрии Кишинёвского мединститута. Яркий лектор нравился студентам, добрый доктор привлекал больных, глубокий исследователь восхищал коллег и учеников. Был уже собран материал на докторскую диссертацию по психиатрии, но… хроническое «но» преследовало Я.Попелянского: его очень просто «выперли» из Молдавии, ликвидировав занимаемую им ставку доцента. Он едет в Оренбург, опять-таки на кафедру психиатрии, однако через год история повторяется – увольнение.

И снова Москва, снова никуда не берут. Жизнь в коммуналке на поликлиническую зарплату тех лет. Неожиданно – какая удача! – его избирают по конкурсу старшим научным сотрудником Московского областного научно-исследовательского клинического института. И – уникальный случай – Минздрав не утверждает его в этой должности. Не только обидно и непонятно (впрочем, понятно), но жить негде и не на что. Сороковые – роковые, и пятидесятые – тоже роковые для Якова Попелянского.

И вдруг приглашение в Сталинск (ныне Новокузнецк) доцентом на кафедру невропатологии государственного института усовершенствования врачей. Не верит Яков Юрьевич, что это может закончиться чем-то хорошим, и просит подтвердить письменно, что будет работа и квартира. К своему изумлению, получает от ректора заверенную печатью утвердительную телеграмму.

Новокузнецк, середина 50-х, постоянный смрад от металлургического гиганта, но «дышится» легко. Что ещё надо Якову Юрьевичу – любимая работа, приятные коллеги, дружная семья, большая квартира, успешные исследования, полная самоотдача и полная реализация. Создаётся не только докторская, создаётся новая наука – вертеброневрология. Наконец, приходит признание, профессор Попелянский становится мэтром, его работами интересуются уже за пределами СССР. Крупному учёному в 1967 г. предлагают кафедру в Казанском мединституте, ту самую, которой когда-то заведовал учитель В.Бехтерева профессор Л.Даркшевич. И он переезжает, украшая собой научную Казань и делая её притягательным центром вертеброневрологии в стране.

Яков Юрьевич никогда не был конформистом, говорил и поступал так, как думал. Когда в 1949 г., выполняя указания партии о борьбе с космополитами, на учёном совете Института неврологии громили выдающегося нейрофизиолога-кибернетика Николая Бернштейна, лишь аспирант Попелянский, один-единственный, посмел выступить в защиту учёного. Вышел на трибуну с книгой Бернштейна и сказал: «Это была, есть и будет моя Библия».

Не потрафил он жене первого секретаря Татарского обкома партии, не согласившись быть управляемым оппонентом по её кандидатской диссертации. Как творятся гадости – можно догадываться, отношение ректора к мировой величине резко изменилось, благо возможностей для нанесения «ударов» было много. А уж за границу – никогда и ни за что; на персональные приглашения Якову Юрьевичу, не ставя его в известность, отвечали убедительно: «профессор болен». Знайте, как себя вести, товарищ Попелянский! А Попелянский в ответ на ущемления и хамство лечил больных, растил учеников и писал книги.

Яков Юрьевич был самодостаточным и самобытным человеком. Он был великолепным клиницистом, но также мыслителем, философом в неврологии. Постиг тайны остеохондроза позвоночника. «У собак его нет, – говорил он на лекциях, – остеохондроз – болезнь сугубо человеческая, плата за вертикализацию Homo sapiens, обогнавшую приспособительную эволюцию опорно-двигательного аппарата».

Исходя из этой биологической посылки, Яков Юрьевич проанализировал всю гамму симптоматики остеохондроза позвоночника, изучил механизмы патогенеза и обосновал концепцию лечения различных рефлекторных, корешковых и компрессионных его синдромов. Признавая при строго очерченных показаниях хирургические методы лечения остеохондроза позвоночника, он аргументировано возражал против неоправданного расширения сферы их применения. Я.Попелянский был блистательным полемистом. Поэтому с ним боялись сражаться в открытом бою, предпочитая всякие закулисные способы.

Он был искренен и надёжен. И в том числе за это его любили друзья. Яков Юрьевич дружил с нейрохирургами, особенно плодотворно с профессором Александром Осна. Он глубоко уважал Московский институт нейрохирургии и Александра Коновалова, порой остро дискутируя с ним…

В 2000 г. заслуженный деятель науки РФ покинул родину, направившись вслед за сыном-врачом в США. Он писал мне, что не хочет уезжать, но впервые в жизни сдаётся…

Я.Попелянский прожил достойную жизнь. Он счастливый учёный – первый привлёк научное внимание к такой важнейшей проблеме здравоохранения, как остеохондроз позвоночника, создал новую дисциплину вертеброневрологию и оставил большую школу вертеброневрологов. Эта яркая личность с драматичной судьбой и крупным вкладом в нейронауки навсегда останется в памяти знавших его, как и в истории медицины.

Бесспорно, Яков Юрьевич ждёт своего исследователя – и жизнь его, и деяния – это жёсткий и поучительный роман – судьба учёного и человека, никогда не отступавшего от себя.

И последнее. Мне думается, только Яков Юрьевич мог так искренне размышлять об антисемитах и с любовью. Его книга об антисемитизме так и называется.

Исследуя корни этого распространённого порока и как невролог занимаясь его утончённой диагностикой, Я.Попелянский конкретен в оценках, отнюдь не шорных. Он действительно любит и жалеет антисемитов, среди которых много достойных людей, увы, шорных в своём болезненном несчастье.

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

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

Медицина и религия

Ими движет милосердие

Волонтёры в медицине показывают себя достойным образом

Торжественная церемония награждения лауреатов конкурса «Волонтёры в медицине 2017» состоялась в столичном парке «Зарядье». Среди победителей – Свято-Димитриевское сестричество, городская клиническая больница им. В.В.Виноградова, фонд помощи хосписам «Вера» и другие организации.

Свято-Димитриевское сестричество, например, участвует в реализации многих из 27 социальных проектов православной службы помощи «Милосердие». Жюри конкурса высоко оценило работу сестёр милосердия и добровольцев этой службы в двух стационарах Москвы – Инфекционной клинической больнице № 2 и Первой Градской больнице им. Н.И.Пирогова.

В последней из них сёстры милосердия ухаживают за одинокими больными с 1991 г. Они не только кормят, ухаживают за больными и выполняют гигиенические процедуры, но и поддерживают пациентов духовно. В Инфекционной больнице № 2, где проходят лечение ВИЧ-инфицированные, Свято-Димитриевское сестричество стало заботиться о пациентах 10 лет назад. В обеих больницах это делают добровольцы, прошедшие специальные курсы по уходу за больными и паллиативной помощи.

Свято-Димитриевское сестричество – известная в стране и за рубежом православная религиозная организация. Чтобы трудиться в ней, надо быть верующим человеком, членом Русской православной церкви, готовым посвятить себя служению другим. В настоящее время в различных учреждениях, входящих в сестричество и опекаемых им, трудятся в общей сложности около 200 человек.

Сестричество взаимодействует с Синодальным отделом по благотворительности и социальному служению РПЦ, является членом Ассоциации сестричеств милосердия.

Конкурс «Волонтёры в медицине – 2017» организован Общероссийским народным фронтом при участии Департамента здравоохранения Москвы и даёт возможность организациям, помогающим пациентам больниц, поделиться своим опытом.

Сёстры милосердия Свято-Димитриевского сестричества в Первой Градской больнице Москвы

В конкурсе – 11 номинаций, среди которых: «Вклад в развитие волонтёрства в медицинских организациях», «Лучший спецпроект по волонтёрству в медицине», «Вклад в развитие профессионального волонтёрства» и др. Среди лауреатов этого года также директор Союза волонтёрских организаций и движений Владимир Хромов, благотворительный фонд «Волонтёры в помощь детям – сиротам», добровольческое движение «Даниловцы» и другие волонтёрские организации.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Профессор Роландо Дель Маэстро:

Плох тот учитель, которого не превзошёл ученик

Разностороннего человека, имеющего достижения в разных областях, называют ренессансной личностью. Её эталоном являются титаны эпохи Возрождения, такие как Леонардо да Винчи и Микеланджело. Можно с уверенностью сказать, что подобной личностью является директор Центра исследования нейрохирургической стимуляции Монреальского неврологического института (МНИ), председатель постоянного комитета Ослеровской библиотеки истории медицины, почётный профессор нейроонкологии и истории медицины Университета Макгилла Роландо Дель Маэстро (Rolando Del Maestro). Нейрохирург, прооперировавший около 6 тыс. больных с мозговыми опухолями, с юности увлечён творчеством да Винчи. Им собрана уникальная библиотека, в которой имеются труды Леонардо, переведённые на разные языки, и литература о нём.

Он был куратором множества выставок об искусстве и анатомических увлечениях Леонардо, а также выставок по истории нейроонкологии. «Леонардо да Винчи в поисках души» – так называлась его лекция для студентов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. В Национальном медицинском исследовательском центре нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко он выступил с докладами о вкладе канадских учёных в нейроонкологию и о подготовке нейрохирургов. Корреспондент «МГ» попросил его рассказать о своём жизненном пути и о своей деятельности как специалиста в области нейроонкологии.

– Я родился в 1948 г. в маленьком городке Борготаро в провинции Парма, – сказал Дель Маэстро. – Он находится рядом с железнодорожным мостом, имевшим стратегическое значение. Во время Второй мировой войны англичане его разбомбили, заодно основательно разрушив сам город. Когда отец вернулся с фронта домой, работы не было. В витрине магазина кто-то повесил объявление, что можно приехать в Канаду по рабочей визе. Шестеро мужчин из нашего городка, включая моего отца, решили попробовать. В марте 1951 г. он начал работать на канадской ферме, а все деньги отправлял домой, чтобы мы с мамой смогли к нему присоединиться. К Рождеству мы были уже в Канаде. Все итальянцы жили вместе в одном доме, и только отец был женат. Мама готовила и стирала для всех. Так что у меня было шестеро отцов (смеётся. – **Б.Л.**). К сожалению, отец рано умер. Мать хотела, чтобы сыновья (я и мой младший брат) имели хорошую работу – я должен быть врачом, а брат – дантистом. У меня же были другие планы. В школе я ходил в поэтический кружок и решил стать поэтом. Когда мама об этом услышала, с ней случилась истерика. Ради неё я поступил на медицинский факультет. Если бы я решал сам, то занимался бы изобразительным искусством, был бы, наверное, искусствоведом. В колледже на меня сильно повлиял профессор психологии Ярослав Гавелка (J.Havelka), эмигрировавший из Чехословакии. Его интересовало творчество. Что оно собой представляет? Он считал эталоном творческой личности Моцарта, а я с ним не соглашался, считая самым творческим человеком Леонардо да Винчи. В интернатуре я так составлял график дежурств, чтобы каждый понедельник ездить в Торонто послушать оперу, а это 2 часа на автомобиле от Лондона, провинция Онтарио, где я жил. Помню постановку «Бориса Годунова» Мусоргского.

– Почему вы выбрали нейрохирургию?

– Я хотел изучать мозг, так что выбор был между неврологией и нейрохирургией. Я решил, что, став нейрохирургом, смогу знать мозг не хуже невролога, а также оперировать. Мозговые опухоли заинтересовали меня потому, что они отбирают вашу душу, то, кем вы являетесь. Как этого не допустить? Моим учителем по нейрохирургии был Чарльз Дрейк, а по неврологии – Генри Барнетт. По их рекомендации я провёл 2 года в Упсале, в Швеции, изучая биохимию опухолей мозга. В 1980 г. защитил на эту тему кандидатскую диссертацию (Ph.D – аналог российского доктора наук). На следующий год я получил место в больнице Виктории в Лондоне, Онтарио, где проработал почти 20 лет. Я создал там лабораторию по изучению мозговых опухолей, оборудовав её на собственные деньги.

– Почему вы уехали в Монреаль?

– По двум причинам. Во-первых, меня пригласили возглавить новый центр по изучению мозговых опухолей в Университете Макгилла. Этот университет значительно больше, а в МНИ много исследователей, с которыми можно сотрудничать. Во-вторых, я не чувствовал поддержки. Работал в трёх больницах и лаборатории. Вначале моя жена Памела была против переезда, поскольку её семья жила рядом с Лондоном. И я решил встретиться с директором клиники, хирургом, и попросить о помощи – нужно было найти детского нейрохирурга вместо моего напарника, уехавшего в США. «Кладбища полны людей, считавших себя незаменимыми», – ответил он. После этого Памела сказала, что надо немедленно уезжать. Узнав о моём отъезде, заведующий отделом пришёл к нам домой в воскресенье, пытаясь убедить меня остаться. Но решение было принято, и оно было правильным. Кроме того, в 1998 г. умер мой учитель доктор Дрейк. На моё место в Университете Западного Онтарио взяли троих нейрохирургов. Лабораторию некому было передать, и её пришлось закрыть. В Монреале я не повторил этой ошибки.

– Чем примечателен ваш монреальский период?

– Я здесь много оперировал, создал лабораторию нейроонкологии и подготовил много нейрохирургов. Лабораторией руководит мой ученик Кевин Петрекка (K.Petrecca), который возглавляет сейчас нейрохирургическую службу МНИ. Наверное, моё главное достижение в МНИ – создание академической программы по мозговым опухолям, включающей исследовательскую работу, хирургию, преемственность в лечении больных, взаимоотношения с радиологами и т.д. Раньше МНИ был известен своими работами по эпилепсии, а сейчас – по нейроонкологии. И я сыграл роль в этих переменах. В Университете Западного Онтарио я тоже подготовил много нейрохирургов.

– Вы также создали Канадский фонд по мозговым опухолям. Зачем?

– После возвращения из Швеции мне стало понятно, что научные исследования опухолей мозга плохо финансируются, такие больные не обучаются, и в Канаде нет организации, которая бы о них заботилась. У дочери одного из моих друзей развилась неоперабельная опухоль – глиома ствола мозга. После её смерти в 1982 г. мы втроём – отец девочки, я и моя жена – решили создать фонд помощи таким больным (Brain Tumour Foundation of Canada). Его задачами являются поиск способов лечения опухолей мозга и просвещение самих больных и их родственников. Памела написала книгу для больных, переведённую также на французский язык. В течение 10 лет я был президентом фонда. Сейчас его ежегодный бюджет составляет 3-5 млн канадских долл. Это частные пожертвования. Фонд имеет офисы и группы поддержки по всей Канаде, даёт гранты на проведение исследовательских работ. Я считаю это своим главным достижением.

– Достигнув пенсионного возраста, вы сразу ушли из клинической нейрохирургии. С чем это связано?

– На этот шаг я решился по двум причинам. Во-первых, чтобы заняться тем, что хотел делать в молодости – изучать творчество Леонардо, эпоху Ренессанса, историю медицины. Много лет я делал то, чего хотела моя мама, а теперь могу делать то, что хочу я. Во-вторых, чтобы больше времени проводить с семьёй, с тремя детьми и пятью внуками.

– Дети пошли по вашим стопам?

– Нет, один сын стал теоретическим физиком в Вермонте, другой работает в компании Уолта Диснея в Калифорнии, а дочь стала директором школы.

– Чем всё-таки вызван ваш неугасающий интерес к Леонардо?

– Меня всегда интересовал процесс творчества. Когда я занимаюсь нейрохирургией, я изучаю мозг с точки зрения анатомии, хирургических доступов, нейроонкологии. Но есть другой аспект мозга, связанный с творчеством, который мне непонятен. Возможно, сейчас я приближаюсь к пониманию мозга с этой стороны. Каким образом он становится творческим?

– Вы думаете, что когда-нибудь поймёте?

– Поиск продолжается.

– Почему вы создали центр нейрохирургической симуляции?

– Симуляция также является креативной – необходимо создать виртуальную реальность, оценить её и убедить других в том, что работа на тренажёрах является важным аспектом преподавания. Требуется кооперация с инженерами. Другая причина – мне хочется быть в контакте с молодёжью, хочется учить. Именно поэтому я сотрудничаю с Ослеровской библиотекой. Мы пытаемся заинтересовать историей медицины студентов-медиков. В нашей библиотеке множество книг творческих людей. Именно книги – суть творчества. Можно видеть его в живописи, скульптуре и т.д., но оно есть и в знаниях, содержащихся в книгах.

– К сожалению, часы на преподавание истории медицины сокращаются. Почему этот предмет вы считаете нужным?

– Не зная прошлого, не поймёшь будущего и будешь постоянно повторять чужие ошибки. Есть и этический аспект. Кроме того, история медицины показывает, что мы не настолько умны, как нам кажется. Наши предшественники были ничуть не глупее. Как говорил Ньютон, «я вижу дальше, потому что стою на плечах гигантов».

– Но пигмей на плечах гиганта видит дальше гиганта...

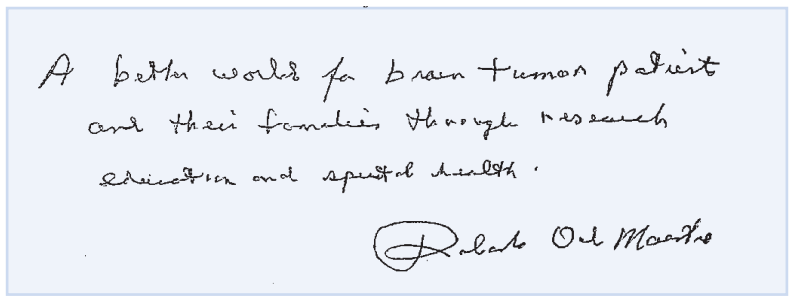
– Как раз об этом писал Леонардо: «Плох тот ученик, который не превзошёл учителя». А я его перефразировал: «Плох тот учитель, которого не превзошёл ученик». Сделать так, чтобы мои студенты были лучше меня, всегда было моей целью. Мне кажется, я её достиг.

– Какое у вас кредо?

– Могу процитировать слова французского поэта Поля Валери, ставшие эпиграфом моей лекции о Леонардо: «От человека остаются мечты, вдохновлённые его именем, и труды, которые делают это имя символом восхищения». Некоторые свои мечты, такие как создание Канадского фонда по опухолям мозга и обеспечение лучшей жизни для больных с этими опухолями, мне удалось осуществить. Как мне кажется, мои труды, такие как создание лаборатории нейроонкологии и центра нейрохирургической стимуляции, не были напрасными. Не говоря уже о том, что я прооперировал тысячи больных.

Беседу вёл
Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Москва.



Перевод автографа: *«Создадим лучший мир для больных мозговыми опухолями и их семей с помощью научных исследований, просвещения и душевного здоровья».*

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 – В.ЗАЙЦЕВА.

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 № 17-10-00325
Тираж 23 973 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.