

Особый случай

Возвращение руки

Хирурги пришили отпиленную конечность



Пациент хирургов Челябинской областной клинической больницы Сергей Величко из небольшого посёлка Челябинской области не поладил с циркулярной пилой. Коварный инструмент вышел из-под контроля и одним движением оставил хозяина без кисти...

«Как-то незаметно всё произошло: раз, и через секунду уже стою, отрезанную руку к груди другой рукой прижимаю. Кровища хлещет! Боли не было – видимо, шок», – вспоминает Сергей.

Брату увёз пострадавшего в ближайшую больницу – в Южноуральск. Оттуда на «скорой» отправили в областную центр. Там практически «с колёс» доставили в операционную отделения пластической и реконструктивной хирургии, у врачей ко-

Идёт экстренная операция по спасению руки

торого уже имеется солидный опыт успешных операций по пришиванию ампутированных разными способами конечностей.

«Пациенту очень повезло, что пила у него вполне современная, – вспоминает заведующий отделением реконструктивной и пластической хирургии Челябинской ОКБ Александр Пухов. – Как правило, у новых инструментов очень тонкий диск, в отличие от старых «циркулярок». Древние пилы наносили куда более серьёзные увечья – буквально кромали ткани, много было костных отломков. А здесь – почти ровный срез».

Кровоток в ампутированной конечности должен быть восстановлен не позднее 5 часов с момента происшествия. Поэтому оперировали

ночью. Хирурги отделения, по двое, сменяя друг друга в операционной, около 10 часов сшивали сосуды, нервы, мышцы, соединяли кости, пришивали кожу. Уже через сутки после вмешательства стал заметен прогресс: пальцы начали шевелиться, потихоньку восстанавливалась их чувствительность.

Через пару недель ему разрешат разрабатывать вновь обретенную конечность, а через месяц Сергей планирует выйти на свою прежнюю работу – водителем грузовика.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Игорь ЕСАУЛЕНКО,
ректор Воронежского ГМУ
им. Н.Н.Бурденко, профессор:

Мы не можем обучать студентов только у симуляторов, картинок, таблиц и диаграмм, мы должны учить их у постели больного.

Стр. 5



Эрик ПРАЗДНИКОВ,
генеральный секретарь
ООО «Общество врачей России»:

Введение института страховых представителей в системе ОМС считаю правильным и важным шагом.

Стр. 6

Ян ВЛАСОВ,
президент ООО инвалидов –
больных рассеянным склерозом,
доктор медицинских наук:

Все лекарственные средства, производимые в мире, в стране есть – оставляет желать лучшего скорость введения этих препаратов в специальные перечни...

Стр. 11



На контроле!

Бесплатная стоматология не сокращается

Совершенствование государственной стоматологической службы стало главной темой инспекции волгоградской стоматологической поликлиники № 3. Методы улучшения качества оказываемых услуг населению в государственных стоматологиях обсудили председатель регионального Комитета здравоохранения Владимир Шкарин, председатель Комитета по охране здоровья Волгоградской областной Думы Наталья Семёнова и директор Волгоградского областного фонда ОМС Татьяна Самарина.

На сегодняшний день развитие государственной стоматологии по доступным для населения ценам является важным направлением системы регионального здравоохранения. Так, клиническая стоматологическая поликлиника № 3 успешно обслуживает более 60 тыс. жителей, проживающих в северной части Волгограда, Волжском и других

муниципальных образованиях региона. Современное медицинское оборудование позволяет успешно проводить сложные операции по протезированию, имплантации, косметологии зубов и др. Немаловажно, что врачи широко используют в лечении как услуги, входящие в обязательное медицинское страхование, так и платные.

Особое внимание на современном этапе развития государственной стоматологии администрация области уделяет поддержке сельских стоматологических поликлиник. Сегодня ведомством разработана концепция совершенствования их работы. В рамках стратегии сельская стоматология закрепляется за городской, которая, в свою очередь, несёт ответственность за их развитие и укрепление материально-технической базы. И подобных примеров немало.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Волгоград.

Накануне

«Хрустальный мир» создадут дети

В этом году во Владивостоке предполагается провести интересные и познавательные мастер-классы, на которых юные горожане совместно с детьми с ограниченными возможностями здоровья будут вместе учиться фотографировать, рисовать, лепить, создавать поделки. Проведение мероприятия под названием «Хрустальный мир» запланировано на июль – август.

В минувшем году во Владивостоке в рамках муниципальной программы «Доступная среда» впервые было

проведено подобное мероприятие. Творческие занятия прошли по самым разнообразным направлениям.

– Мероприятия были настолько интересны и полезны для его участников, что сразу же возникла идея продолжить программу и дальше, – подчёркивает Ирина Самусенко, заместитель начальника Управления по исполнению программ по поддержке населения администрации Владивостока. – Родители выражали большую благодарность за организацию мастер-классов и просили, чтобы они проводились ежегодно. Принять участие в серии мастер-

классов смогут не только дети с ограниченными возможностями, но и все желающие малыши и подростки.

В этом году планируется 25 мастер-классов по фотографии, изготовлению и росписи дымковской игрушки, рисованию на ткани, другим интересным направлениям.

Итоги мастер-классов будут подведены в октябре в рамках яркого и красочного детского праздника «Хрустальный мир».

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

Заслуженные врачи делятся опытом

Межрегиональная общественная организация «Ассоциация заслуженных врачей РФ» настроена основательно улучшить качество медицинской помощи в стране. Об этом шёл обстоятельный разговор в Морозовской детской городской клинической больнице на очередной сессии ассоциации.

Президент медицинского сообщества заслуженных врачей России профессор Виктор Егоров сообщил, что ассоциация стала членом Национальной медицинской палаты, состоит в рабочей группе при Минздраве России по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма среди населения. В ассоциации создан Комитет по санитарно-гигиеническому благополучию объектов медицины и образования, она ведёт активную работу по содействию законодательской деятельности. В настоящее время проходит процедура регистрации благотворительного фонда, работа которого будет направлена на содействие деятельности ассоциации, реализации проектов и программ по социальной поддержке врачей, развитие науки и образования. Цели и задачи другого проекта – создание условий и возможностей, при которых пациент сможет получить самую нужную и действительно качественную помощь, а врач – применить весь свой профессиональный интеллект без бюрократических издержек и ограничений, а также сможет тиражировать опыт и успех в лечении заболеваний.

Наиля САФИНА.

Москва.

Паралимпийцы настроены на победу

На встрече губернатора Омской области Виктора Назарова с председателем исполкома Паралимпийского комитета России Павлом Рожковым было обсуждено развитие в регионе паралимпийского движения, и как идёт подготовка спортсменов с ограниченными возможностями здоровья к Паралимпиаде нынешнего года, которая пройдёт в Рио-де-Жанейро в сентябре.

По оценке П.Рожкова, в Прииртышье созданы достойные условия для занятий спортсменами. Подготовку к играм сейчас ведут более 500 российских атлетов. И впервые в заключительных этапах квалификационного периода участвуют сразу 40 омских спортсменов-паралимпийцев. У многих из них есть реальные шансы попасть в состав сборной команды страны.

Атлеты померяются силами в 22 видах спорта, будет разыграно 528 комплектов наград – на 25 больше, чем в 2012 г. на играх в Лондоне.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Неформальная практика «не прошла»

Следственный комитет РФ по Москве возбудил уголовное дело в отношении директора территориального фонда обязательного медицинского страхования Московской области Андрея Раздорского и его заместителя Елены Витанской. Их подозревают в злоупотреблении должностными полномочиями.

По версии следствия, с апреля по июнь 2016 г. А.Раздорский и Е.Витанская вступили в преступный сговор с целью личного обогащения. Согласно распределению ролей, директор издал приказ о выплате разовой премии сотрудникам ТФОМС, а его заместитель потребовала у одного из подчинённых вернуть им часть премии в размере 40 тыс. руб.

«С фигурантами проводятся следственные действия, направленные на установление всех обстоятельств произошедшего. Следствие намерено проверить подозреваемых на причастность к совершению аналогичных преступлений» – говорится в сообщении Главного следственного управления Следственного комитета РФ по Москве.

А.Раздорский был назначен директором территориального фонда ОМС Московской области в марте 2016 г. До этого назначения он работал начальником Планово-экономического управления Минздрава региона.

Виктор ГОРБУНОВ.

Московская область.

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

Инициатива

В дорогу
на «трамвае здоровья»

Такой транспорт стали осваивать жители Барнаула



В добрый путь «трамвай здоровья»!

«Трамвай здоровья» организовали по инициативе Алтайского краевого центра медицинской профилактики и МУП «Горэлектротранс» в Барнауле. Для некоторых горожан эта акция может показаться весьма необычной. Тем не менее, по результатам исследований Министерства здравоохранения РФ и Государственного научного-исследовательского центра профилактической медицины, подобные проекты намного снижают смертность.

Благодаря этому трамваю горожане теперь могут сочетать обычную поездку с полезным времяпрепровождением. Его появление подарит всем барнаульцам новые знания о здоровье, факторах риска появления заболеваний. Предполагается, что он будет действовать на популярных городских трамвайных маршрутах. На нём будут работать специалисты краевого Центра медицинской профилактики, волонтеры-медики, которые расскажут горожанам о том, где можно проверить состояние своего здоровья, о первых признаках инфаркта, инсульта, ишемической болезни сердца, о здоровом питании, об основах ЗОЖ и т.д.

Барнаул стал вторым городом в Алтайском крае, в котором появился такой вид общественного транспорта. Первооткрывателем был Бийск. Там «трамвай здоровья» покатыл по рельсам ещё в декабре прошлого года.

Такое нововведение можно считать знаковым для горожан, учитывая то, что Барнаул в 2014

г. присоединился к международному проекту «Здоровые города, районы и посёлки», который поддерживается Всемирной организацией здравоохранения.



По пути идут медицинские консультации

– В крае большое значение придается профилактическому направлению медицины. Созданы и активно действуют кабинеты и отделения медицинской профилактики, центры здоровья, проводятся мероприятия по популяризации здорового образа жизни,

отказу от вредных привычек, профилактике заболеваний, – рассказала заместитель начальника Главного управления Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности Вера Ушанова на церемонии по случаю первой поездки необычного трамвая. Украшенный яркими шариками, на каждой остановке он привлекал внимание горожан. Внутри пассажиры смогли ознакомиться с плакатами о само- и взаимопомощи при жизнеугрожающих состояниях. Волонтеры раздавали буклеты по здоровому образу жизни, правильному питанию, двигательной активности, факторам риска.

Настроение пассажирам поднимала специалист краевого Центра медицинской профилактики Римма Франк занимательными викторинами и тренингами по питанию.

«Изыюминкой» поездки стала зарядка, которую горожане делали не вставая со своих мест. Выходили пассажиры с зарядом бодрости и энергии на целый день.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Инициатива

За год с небольшим специалисты акушерского дистанционного консультативного центра, действующего на базе Кемеровского областного клинического перинатального центра им. Л.А.Решетовой, отслеживали судьбу и провели маршрутизацию в учреждения родовспоможения 1320 будущих мам с высоким риском материнской или младенческой смертности.

Акушерский дистанционный консультативный центр (АДКЦ) был создан в феврале 2015 г. – для оказания круглосуточной консультативной помощи специалистам учреждений родовспоможения Кузбасса.

«Необходимость этого шага была продиктована увеличением числа беременных с отягощённым анамнезом, как среди женщин среднего возраста, так и среди молодых первородящих, – уточ-

Надёжные маршруты помощи

няет Александр Шин, директор Кемеровского областного клинического перинатального центра им. Л.А.Решетовой. – В данном контексте особое значение придаётся повышению качества и эффективности акушерской помощи. А это возможно только при соблюдении основных стратегий, направленных на охрану здоровья матери и ребёнка. Я имею в виду доступность квалифицированной медицины на местах, своевременное выявление беременных из групп высокого риска, маршрутизацию и следование протоколам оказания помощи. Обеспечить выполнение этих условий позволило создание акушерского дистанционного консультативного центра».

АДКЦ начал работу по принципу «одного телефона». Это значит, что все женские консультации, гинекологические отделения стационаров и роддома Кузбасса получили «под стекло» номер, по которому в любое время суток можно дозвониться в дистанционный центр.

«Наши специалисты решают также вопросы перевода пациенток с различной степенью перинатального риска в учреждения соответствующего уровня, контролируют весь процесс маршрутизации и осуществляют динамическое наблюдение за состоянием этих беременных, рожают и родильниц, – поясняет заведующая АДКЦ Ирина Ушакова. – Если транспортировка женщины невозможна,

а её состояние оценивается как критическое, они отправляют на место выездную бригаду в составе акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, а при необходимости и других специалистов перинатального центра и областной клинической больницы. При рождении детей, требующих оказания интенсивной или реанимационной помощи, извещают об этом консультативный центр реанимации новорождённых, действующий на базе детской городской клинической больницы № 5 Кемерово».

Чтобы контролировать состояние проблемных беременных из удалённых территорий, была разработана компьютерная про-

грамма «Мониторинг беременных в Кемеровской области». Широко используются и возможности телемедицины. Медики на местах выполняют УЗИ, записывают ЭКГ мамы или КТГ плода, а врачи АДКЦ по ходу дела консультируют пациенток. Из 2700 консультаций, проведённых в прошлом году, 310 прошли в режиме онлайн.

Такой подход на деле повышает качество и доступность медицинской помощи для населения отдалённых территорий Кузбасса, где проблема дефицита медицинских кадров стоит особенно остро.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Официально

Подписан ряд законов

Президент РФ подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и отдельные акты Российской Федерации».

Закон устанавливает порядок прямого финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования, из бюджета фонда ОМС. Средства будут направляться в федеральные государственные учреждения, подведомственные Минздраву России, Управлению делами Президента РФ, ФМБА и ФАНО России. Софинансирование получают и субъекты Федерации. Предполагается, что с 2019 г. в этот перечень войдут и частные медицинские организации.

В документе также указывается, что обеспечение больных ВИЧ, в том числе в сочетании с вирусами гепатита В и С, антивирусными лекарственными препаратами для медицинского применения, включёнными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), будет происходить за счёт средств федерального бюджета. Из этого же источника будет финансироваться обеспечение антибактериальными и противо-

туберкулёзными препаратами для медицинского применения, включёнными в Перечень ЖНВЛП, больных туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью.

По словам председателя Федерального фонда ОМС Натальи Стадченко, в 2016 г. на финансирование ВМП в бюджете фонда предусмотрено 96,4 млрд руб., на 2017 г. – 101 млрд. Прежде эти средства направлялись через федеральный бюджет. Сейчас госзадание будет утверждать учредитель, но деньги будут направляться в федеральные клиники напрямую.

Новый закон начнёт действовать с 1 января 2017 г. за исключением положений, для которых установлены другие сроки.

Президент подписал также Федеральный закон «О внесении изменений в статью 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» и статью 3 Федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств».

Федеральный закон принят Государственной Думой РФ 24 июня 2016 г. и одобрен Советом Федерации 29 июня 2016 г.

Этим законом в часть 4 статьи 61 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» вносится изменение, позволяющее исключить неопре-

делённость в толковании понятия фактической отпускной цены на лекарственные препараты, включённые в Перечень ЖНВЛП.

Кроме того, новым законом уточняется порядок определения взаимозаменяемости лекарственных препаратов для медицинского применения.

Президент РФ подписал федеральный закон, расширяющий список вызывающих опьянение веществ.

Закон уточняет понятие «состояние опьянения» за счёт расширения вызывающих его причин.

До этого статья 23 УК РФ устанавливала, что уголовная ответственность наступала для лиц, совершивших преступление в состоянии опьянения, вызванном употреблением алкоголя, наркотических средств или других одурманивающих веществ.

Новый закон устанавливает, что состояние опьянения может быть вызвано, кроме алкоголя и наркотических средств, психотропными веществами или их аналогами, а также новыми потенциально опасными психоактивными веществами.

Понятие «состояние опьянения» расширилось также в статье «Нарушение правил дорожного движения».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Назначения

Ректор Омского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Александр Новиков ушёл в отставку. Незадолго до подачи прошения об уходе с этой высокой должности ему решением депутатов Омского городского совета было присвоено звание «Почётный гражданин Омска».

Новый ректор

Омский ГМУ Александр Новиков возглавлял без малого 20 лет, трижды начиная с 1997 г. переизбираясь на этом посту, и при нём меакадемия получила более высокий статус – университета, который последние годы входит в десятку лучших медицинских вузов России.

С 5 июля нынешнего года в должность ректора Омского ГМУ вступил первый его проректор – заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии, доктор медицинских наук, профессор Виталий ОХЛОПКОВ. Пока он временно исполняет обязанности руководителя вуза.

В.Охлопков родился 22 декабря 1964 г. в Омске. В 1988 г. окон-

чил лечебный факультет Омского государственного медицинского института, а через год – и интернатуру по дерматовенерологии. Виталий Александрович – эксперт по дерматовенерологии и косметологии Росздравнадзора по Омской области, член экспертного совета Российского общества дерматовенерологов и косметологов, докторских диссертационных советов при Омском ГМУ, Новосибирском ГМУ и Уральском научно-исследовательском институте дерматовенерологии и иммунопатологии.

Соб. инф.

Омск.

Кагры

Росстат: медицинских работников стало меньше

В I квартале 2016 г. в России заметно сократилось число медицинских работников в государственных медучреждениях. Снижение наблюдается среди среднего и младшего медицинского персонала.

По данным Росстата, по сравнению с аналогичным периодом прошлого года количество среднего медицинского персонала уменьшилось на 16 134 человека и составило 1 392 003 (снижение на 1,2%). Количество младшего медперсонала сократилось на 49

800 (снижение на 8%) и составило 570 278 человек. Количество врачей увеличилось лишь на 93 человека и достигло 572 246.

Средняя заработная плата среднего медперсонала в январе – марте 2016 г. составила 26,8 тыс. руб., что на 4,5% больше, чем годом ранее. У младшего медицинского персонала средняя заработная плата в I квартале 2016 г. составила 16,9 тыс. руб., что на 6% больше прошлогоднего уровня. У врачей средняя заработная плата за год выросла на 4,8% до 46,1 тыс.

Соб. инф.

Перспективы

Нормативы проанализируют ещё раз

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев заявил, что даст поручение откорректировать норматив, установленный для приёма пациентов терапевтами в размере 15 минут.

В ходе обсуждения в Якутске с членами партии «Единая Россия» и этого вопроса он сказал, что «этот норматив ему не очень понятен. Однако он не считает себя специалистом по регулированию рабочего времени врача. Но если вы считаете, что 15 минут для терапевта – это мало, значит, дадим поручение разобраться, для того чтобы этот норматив откорректировать». Между тем Д.Медведев полагает, что невозможно его бесконечно увеличивать.

«Но всё-таки, наверное, какая-то разница между приёмом терапевта и узкого специалиста, например офтальмолога, должна быть. В любом случае скажу, чтобы это проанализировали», – добавил он.

Прокомментировали прозвучавшие вопросы и в Минздраве России. По словам директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций Олега Салагая, приказом Минздрава России № 290н от 02.06.2015 утверждены типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом педиатра участкового, терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), невролога, оториноларинголога, офталь-

молога и акушера-гинеколога. Действовавшие ранее нормы времени основательно не пересматривались более 30 лет: последние фотохронометражные исследования деятельности врачей-специалистов проводились в нашей стране в конце 70-х годов. По инициативе Минздрава России НИИ организации и информатизации здравоохранения провёл фотохронометражные исследования в 17 субъектах РФ, на основании которых и были подготовлены действовавшие нормативы.

При этом по итогам проделанной работы нормы времени были увеличены в сравнении с ранее действовавшими. Так, например, если ранее норма времени на первичный приём терапевта составляла 12 минут, то в действующем приказе она была увеличена до 15. При этом время, затрачиваемое на повторный приём пациента, составляет 70-80% от времени первичного приёма. Приказом введён также целый ряд поправочных коэффициентов, предусматривающих увеличение времени приёма при повышении уровня заболеваемости или наличия на участке большого числа лиц старше трудоспособного возраста.

Более того, обновлённые нормы времени больше, чем средние нормы приёма врачами в целом ряде стран Европы. Для сравнения: в Великобритании средняя продолжительность приёма пациента врачом общей практики составляет 8 минут, в

Испании – 10 минут, в Германии – 13 минут, в Швейцарии и Австрии – 15 минут.

О.Салагай отметил, что указанные нормы времени адресованы не работникам практического звена, а организаторам здравоохранения: практикующий врач должен принимать пациента ровно столько, сколько необходимо с учётом состояния его здоровья. Нормы времени необходимы организатору здравоохранения для расчёта норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей медицинских организаций, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Они служат ориентиром для работодателя (в данном случае – медицинской организации в соответствии с правовыми актами регионов), который, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, самостоятельно определяет системы нормирования труда с учётом мнения представительного органа работников или коллективного договора. Более того, нормы труда могут различаться, в том числе у однотипных организаций в зависимости от уровня техники, технологии, организации труда.

Проект документа был размещён в сети Интернет и прошёл общественное обсуждение с активным вовлечением профессионального сообщества.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Cito!

Однако

МСЭ наводит порядок



Руководители – главные эксперты по медико-социальной экспертизе (МСЭ) по Москве и Липецкой области уволены после жалоб граждан на их неподобающее поведение.

«Не исключаю, что в ближайшее время подобные решения будут приняты и в отношении руководителей других региональных бюро МСЭ», – приводятся в официальном сообщении Минтруда России слова его главы Максима Топилина. Он подчеркнул, что министерство «в постоянном режиме работает над этической составляющей в деятельности специалистов учреждений медико-социальной экспертизы и предупреждением случаев неэтичного поведения по отношению к гражданам».

В 2014 г. был утверждён Кодекс профессиональной этики и служебного поведения работников

федеральных государственных учреждений МСЭ. Издан приказ Минтруда России о мерах по соблюдению профессиональной этики и правил служебного поведения. В феврале 2016 г. вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец пообещала, что правительство проведёт проверку по жалобам инвалидов на предвзятое и равнодушное отношение экспертов медико-социальной экспертизы.

Основные претензии граждан в том, что МСЭ занижают группы инвалидности, отказывают в продлении или установлении инвалидности.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Cito!

Как сохранить достигнутый уровень лекарственного обеспечения в условиях кризиса и не допустить снижения качества помощи пациентам с орфанными заболеваниями – об этом шла речь на слушаниях «Проблемы и возможности лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями в России», которые состоялись в Общественной палате РФ.

Организатором мероприятия выступила Комиссия по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни, при участии Межрегиональной благотворительной организации инвалидов «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям».

Участники слушаний обсудили также законодательные основы лекарственного обеспечения орфанных пациентов в России, проблему дефицита регионального финансирования, критерии и порядок допуска к высокотратной терапии.

По словам председателя комиссии Владимира Нерова, проблема доступной лекарственной помощи для пациентов с редкими заболеваниями в той или иной мере сохраняет актуальность даже в самых развитых странах. По международным данным, 95% редких заболеваний не поддаются лечению из-за отсутствия лекарственных препаратов.

По мнению участников слушаний, в России в области оказания медицинской и социальной помощи пациентам с редкими заболеваниями за последние годы можно отметить ряд положительных изменений. Так, были приняты законы, позволяющие создать основы для диагностики и лечения пациентов. Определены источники финансирования медикаментозного лечения орфанных заболеваний, в результате чего пациенты, в том числе с 4 редкими заболеваниями (гемофилия, муковисцидоз, гипоплазия нанизма, болезнь Гоше) обеспечиваются в полном объеме базовой патогенетической лекар-

Акценты

Лекарства: не допустить снижения доступности



В ходе слушания в Общественной палате напомнили, что порядка 5-7% населения России страдает редкими заболеваниями

ственной терапией за счет федерального бюджета. Федеральная программа «Семь нозологий» стала успешной моделью лекарственного обеспечения пациентов с высокотратным, часто пожизненным, лечением.

Вместе с тем пациенты с редки-

ми заболеваниями в России, в том числе дети, всё еще сталкиваются с низкой осведомленностью о редких заболеваниях среди медицинского сообщества, поздней диагностикой и трудностями в доступности лекарственного обеспечения. В ряде регионов, несмо-

тря на государственные гарантии, отмечаются сложности в оказании современной и полной помощи пациентам, связанные с недостатком финансирования или особенностями организации системы оказания медицинской помощи.

Существующая система ре-

гистрации медизделий, а также система госзакупок вносят существенные ограничения на проведение лабораторной диагностики большого количества редких заболеваний в гослабораториях и в ряде случаев не позволяет поставить правильный диагноз.

Директор межрегиональной благотворительной общественной организации «Союз пациентов и пациентских организаций по редким заболеваниям» Денис Беляков в своем выступлении отметил, что порядка 5-7% населения страдают редкими заболеваниями. «Ситуация с выделением федерального финансирования для медикаментозного лечения «редких» пациентов на данный момент катастрофическая. Также актуальным остается вопрос, связанный с федеральными центрами по редким заболеваниям, которые существуют де-факто уже долгие годы, но де-юре остаются на уровне отделений орфанных заболеваний при крупных федеральных клиниках», – подчеркнул Д.Беляков.

О критической ситуации с лекарственным обеспечением «редких» пациентов в Приморском крае рассказала заместитель директора краевого Департамента здравоохранения Екатерина Елисеева: «Субъекты различаются по уровню финансовой обеспеченности, и объективно резервных денег в нашем регионе не хватает для поддержки программы в полном объеме, – заявила она. – Это означает, что наши пациенты останутся без лечения или прервут его, что может привести к очень сложным медицинским последствиям вплоть до летального исхода».

По итогам общественных слушаний подготовлен комплекс рекомендаций, направленных на развитие системы помощи пациентам с редкими заболеваниями. Предложения будут направлены Правительству РФ, Минздраву России, органам государственной власти субъектов РФ.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Проекты

Знаковое событие для региона Кавказских Минеральных Вод, да, пожалуй, и всей России, состоялось в Северной столице, в рамках юбилейного XX Петербургского международного экономического форума: там прошла первая официальная публичная презентация проекта инновационного медицинского кластера, который будет создан в регионе Кавказских Минеральных Вод. Проект кластера, заказчиком которого выступило АО «Корпорация развития Северного Кавказа» (КРСК), решением Правительства России включён в Государственную программу «Развитие Северо-Кавказского федерального округа» на период до 2025 г.

Первый заместитель министра РФ по делам Северного Кавказа, председатель совета директоров АО «КРСК» Одес Байсултанов отметил на презентации, что «большой интерес к проекту уже проявляют зарубежные компании из Италии, Австрии, Израиля. Это говорит о том, что даже в условиях санкций иностранный бизнес готов к сотрудничеству на Кавказе, а это повышает международный инвестиционный рейтинг не только федерального округа, но и всей России. Проект по созданию медицинского кластера можно считать первой попыткой объединить в нашей стране на одной территории бальнеологические и природно-климатические ресур-

Новое лицо Кавказских Минвод

Инновационный медицинский кластер в этом важном регионе – реальность ближайших лет

сы с лечением, реабилитацией, наукой и медицинским образованием. Для этого будет использоваться лучший отечественный и зарубежный опыт».

В ходе презентации были обозначены ключевые задачи, стоящие перед проектом медкластера:

- Полностью удовлетворить потребности жителей Северного Кавказа в качественной высокотехнологичной медицинской помощи. Сегодня 90% ВМП жители округа получают за пределами региона, что сильно увеличивает расходы на лечение.

- Перенаправить поток выездного «медицинского туризма» из России. Сегодня более 800 тыс. граждан нашей страны ежегодно тратят на медицинские услуги около 1,2 млрд долл. за пределами России. Медкластер КМВ ставит задачу обеспечить сопоставимое по качеству предложение, в том числе наиболее востребованных медицинских услуг, чтобы обеспечить в этом сегменте полноценное импортозамещение.

- За счёт качества и конкурентной цены самим стать востребованным центром, привлекающим

иностранный пользователя медицинских услуг.

- Основать «точку роста», решающую системные стратегические задачи для региона и страны, а именно: создать условия для научных разработок в передовых направлениях и их внедрение в практическую медицину, биотехнологии, фармакологию; придание импульса развитию традиционного для региона санаторно-бальнеологического комплекса, а также смежных и обеспечивающих отраслей (туризм, сельское хозяйство, транспортная инфраструктура); обеспечение роста валового продукта, занятости и поступлений в бюджеты всех уровней.

Предполагается, что в рамках проекта будут созданы: университетский медицинский комплекс с многопрофильной университетской клиникой и научно-исследовательским центром; специализированные медицинские клиники – хирургическая малоинвазивная клиника непродолжительного пребывания, абдоминальной хирургии, матери и ребёнка; центры реабилитации и сана-

торно-курортного лечения по онкологическому, кардиоваскулярному, неврологическому, общему терапевтическому, ортопедическому и детскому направлениям, расположенные в регионах Северо-Кавказского федерального округа; объекты сопутствующего формата, предполагающие, в том числе, строительство технопарка, гостиниц, общежитий и прочих объектов коммунального и социально-бытового назначения.

Создание медицинского кластера планируется осуществить с применением инструментов государственно-частного партнёрства. Государственное финансирование проекта будет направлено на создание инженерной инфраструктуры, строительство и комплексное оснащение оборудованием якорного проекта. В целом объём инвестиций в проект оценивается в 162,1 млрд руб., из которых 40 млрд будет профинансировано за счёт бюджетных средств.

И тому, что все эти идеи не останутся только на бумаге, уже есть подтверждение: «на площадке» вышеназванного форума состоялось подписа-

ние конкретных документов в рамках реализации проекта медкластера КМВ. В частности, корпорация развития Северного Кавказа заключила соглашение о сотрудничестве с итальянскими партнёрами по реализации проекта медицинского кластера в Кавказских Минеральных Водах. Кроме того, было подписано соглашение о сотрудничестве со ставропольскими партнёрами, в роли которых выступили АО «Терский племенной конный завод № 169» и ООО «Ленд-Юг» – речь идёт о передаче части земель конезавода под кластер. На церемонии подписания присутствовали заместитель председателя Правительства РФ Александр Хлопонин и министр РФ по делам Северного Кавказа Лев Кузнецов.

Таким образом, с большой долей вероятности можно утверждать, что к 2025 г. – времени завершения проекта россияне и зарубежные туристы увидят новое лицо Кавказских Минеральных Вод.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

В сфере высшего российского образования в последние годы сложились ступени роста – институт, академия, университет. Именно такой путь прошёл Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н.Бурденко. Сегодняшний его статус позволяет ему быть равным среди лучших высших учебных заведений страны. А это достойная оценка деятельности ректора и профессорско-преподавательского коллектива.

О настоящем и будущем вуза, имеющего почти 100-летнюю историю, но при этом гибко реагирующего на современные тенденции и тренды в учебной, научной и образовательной сфере, – беседа нашего корреспондента Галины ПАПЫРИНОЙ с ректором Воронежского ГМУ им. Н.Н.Бурденко, доктором медицинских наук, профессором Игорем ЕСАУЛЕНКО.

– Игорь Эдуардович, расскажите немного о себе и о своём пути в медицинский вуз, ставший вам, без сомнения, родным? Вы, можно сказать, положили свою жизнь на алтарь служения медицине и одному учебному заведению. Есть ли хоть малейший повод для сожаления: а вдруг в другой области человеческой деятельности, например в политике или в бизнесе, вы преуспели бы больше?

– Медицина, можно сказать, моя судьба и судьба тех, с кем я иду по жизни. Я родился в Куйбышевской области, но прожил там всего 3 месяца. Отец был военным, демобилизовался, и мы переехали в Воронеж. Тут и прошло моё детство. Я рос в обычной семье. И судьба не готовила мне ничего большого, пока во 2-м классе учитель не назначил меня старостой. И так закрутилось. Потом я был командиром пионерского отряда, возглавлял воронежский городской пионерский штаб «Орлёнок», позже был избран секретарём комитета ВЛКСМ – так и пошёл по общественной работе, которая больше всего повлияла на моё формирование как личности, вооружила жизненным опытом. Я прошёл разные этапы: общественные, служебные, педагогические.

Что касается моего пути в медицину, то выбор будущей профессии я сделал в 11 лет, начав заниматься в клубе юного медика и в анатомическом кружке на кафедре нормальной анатомии. После школы, что уже само собой разумеется, поступил в Воронежский медицинский институт, окончил его и остался в нём работать. Так с 1977 г. моя трудовая книжка и находится здесь. Вся моя жизнь неразрывно связана с медицинским университетом. Это даже уже больше, чем родной дом. Всегда интересна область, которая при тебе совершенствуется, а заодно меняет не только твою жизнь, но и жизнь окружающих.

О чём сожалеем? Всё получилось так, как и должно было быть, как задумывалось. Наверное, в политике или бизнесе я был бы неудачен. Эта деятельность не соответствует моим жизненным интересам и убеждениям, моему эго, поскольку политика и бизнес требуют иных характеристик и человеческого поведения, которые несовместимы с моим характером.

– Игорь Эдуардович, какие научные и практические результаты, достигнутые за последние годы, вы причислите к удачам и в чём состоит задача университета сегодня? Что способствует развитию возглавляемого вами вуза?

– Наш вуз в 2018 г. отметит своё 100-летие, и всё это время он тесно взаимодействует с практическим здравоохранением. Так, из 77 кафедр ВГМУ в главном корпусе находится только 20, остальные – на базах больниц и поликлиник. В качестве площадки для обучения специалистов к уже имеющейся у нас стоматологической поликлинике мы получили детскую клиническую больницу и оснастили её самым современным оборудованием. Теперь здесь готовим стоматологов и врачей педиатрического профиля.

Поскольку сегодняшняя экономическая ситуация не позволяет дальше расти количественно, я считаю главным сосредоточиться на качественных характеристиках роста. Среди них – профессиональное ориентирование молодёжи через создание профильных школ, классов, лицеев, возрождение клуба юных медиков, школы медицинских знаний для подростков, что позво-

Авторитетное мнение

Медицина — наша судьба...

Как она преобразуется в составе научно-образовательного кластера



Досье: Игорь Есауленко в 1977 г. окончил Воронежский государственный медицинский институт им. Н.Н.Бурденко с отличием по специальности «лечебное дело». Аспирантуру проходил на кафедре нормальной физиологии. В 1986 г. защитил кандидатскую, в 1999 г. – докторскую диссертации.

В спектре его научной деятельности – нормальная физиология, вопросы экологической безопасности жизнедеятельности, оптимизация деятельности высшей медицинской школы, теория и практика применения информационных технологий в управлении здравоохранением.

С 1999 г. – ректор ВГМУ им. Н.Н.Бурденко. За время работы в должности ректора им были созданы новые структурные подразделения: 3 института, 2 факультета, 10 кафедр.

И.Есауленко – автор 690 научных публикаций и 111 монографий, 7 учебников и пособий, утверждённых Минздравом России, 3 патентов. Под его руководством подготовлены и защищены 20 кандидатских и 9 докторских диссертаций. Общий научно-педагогический стаж – 36 лет. Председатель специализированного диссертационного совета, академик РАЕН.

За достижения в научно-практической деятельности неоднократно удостоивался наград. Ему присвоено почётное звание «Заслуженный работник высшей школы РФ».

лит минимизировать количество не увлечённых медициной людей среди поступающих в вуз.

Также необходимо развивать симуляционное обучение, когда студент отрабатывает навыки в имитированной обстановке с использованием макетов и манекенов. К слову сказать, нам при поддержке Минздрава России удалось получить 33 млн руб. на приобретение самого современного уникального симуляционно-тренировочного оборудования для оснащения учебно-виртуальной клиники.

Но это лишь часть образовательного процесса. Мы не можем обучать студентов только у симуляторов, картинок, таблиц и диаграмм, мы должны учить их у постели больного. Этому как раз и способствует тесное взаимодействие с лечебными учреждениями.

Что касается развития вуза, то его определяют проводимые нами научные исследования в рамках 14 платформ, которые утверждены Минздравом России для медицинской науки. Это онкология, кардиология и ангиология, неврология, эндокринология, педиатрия, психиатрия и зависимость, иммунология, микробиология, фармакология, профилактическая среда, репродуктивное здоровье, регенеративная медицина, инвазивные, инновационные фундаментальные технологии.

Помимо этого, в нашем вузе активно ведём исследования по космической медицине, изучаем состояние организма человека в космосе. Сотрудничаем со Звёздным городком и Байконуром.

Да, нам удалось добиться определённых достижений в научно-исследовательской работе, хотя это для нас и не совсем профильная работа, мы же образовательное учреждение. И тем не менее в конце прошлого года выиграли «Кубок инноваций», представив на

Хирша (наукометрический показатель) увеличился в текущем году в 3 раза.

Инновации и желание творить очень важны для качественной подготовки специалистов-медиков.

– Ваш университет добился в текущем году значимых результатов в федеральных и международных рейтингах. В одном из них за год ВГМУ поднялся на 7 строчек. Насколько это важно для вас?

– Действительно, мы добились определённых результатов. Хотя я не очень люблю понятие рейтинга и тех достижений, которые им меряются. Рейтинг должен преследовать одну основную задачу – рельефно показывать уровень качества образования, в данном случае – медицинского, то есть давать понимание того, насколько сегодня молодые специалисты готовы выполнять те или иные лечебно-диагностические процедуры, насколько они ориентированы в дифференциальной диагностике заболеваний и др.

Не стоит слепо брать рейтинги мировых университетов и сравнивать их с российскими, там совсем другие условия и наука развивается иначе. Там нет научно-исследовательских институтов, а вся научная мысль находится в вузах. Лауреаты Нобелевской премии за границей работают именно в университетах, этот показатель нам сложно повторить.

Я считаю, что для нашего регионального медицинского вуза занимать 49-е место в ТОП-50 лучших вузов России – это вполне убедительный результат активной научной и образовательной работы. Седьмое место среди медицинских учебных заведений по стране – тоже прекрасный индикатор. Кстати, высокую эффективность качества преподавания и востребованность высшего учебного заведения и его выпускников также

подтвердили мониторинг и оценка Минобрнауки России и международного рейтингового агентства ARES-2016.

Но всё равно самый главный показатель – это качество подготовки врачей. Поэтому в данном ракурсе следовало бы давать больше рейтинговых оценок по таким показателям, как распределение молодых специалистов, умение войти в коллектив и успешное выполнение практических заданий. Это

Объединить технический вуз с медицинским или гуманитарный с медицинским, даже биологический с медицинским достаточно сложно. В каждом вузе своя специфика и особенности преподавания, казалось бы, одних и тех же дисциплин. Как это сделать, чтобы выиграла система подготовки специалистов, этого никто не объяснял, не рассказывал и не предлагал. В медицине всегда был и будет более жёсткий образовательный процесс. Но в

любом случае мы должны искать пути сближения.

– Считается, что глубокие профессиональные знания передаются от преподавателя студенту личным примером – и только так. Как в вашем университете поставлена эта работа?

– Задача высшей профессиональной школы – это постоянное повышение качества образования. Сегодня практическая медицина шагает вперёд семимильными шагами. Поэтому если образование будет опираться на старые подходы, то мы никогда не будем идти в ногу с практическим здравоохранением. И здесь роль преподавателей – учителей огромная. Научить можно только тому, чем в совершенстве владеешь сам.

Появились новые формы обучения: симуляционное, дистанционное, виртуальное. Эффективное использование всех этих инновационных средств обучения непременно приведёт к хорошему результату, но только при условии активного взаимодействия с практическим здравоохранением.

Не остаётся в стороне и воспитательная работа. Мы стремимся её развернуть к той специальности, к той профессии, подготовку по которой осуществляем. Активно развиваем волонтерство в здравоохранении. Наши методические подходы в этом направлении высоко оценены среди медицинских вузов страны. Мы со своим проектом по добровольчеству заняли первое место в конкурсе, который проводит Министерство здравоохранения РФ.

– В этом году вам исполнилось 60 лет. Считается, что признак по-настоящему успешного человека – уверенность в себе и в будущем. По признанию коллег, вы в полной мере обладаете этими качествами. Но для педагога немалое значение имеет и успешность его учеников. За свою долгую карьеру вы, наверное, очень много их воспитали?

– Мой принцип: гордиться не учениками, а учителями. За время моей работы в вузе училось много интересных личностей, которые сегодня возглавляют практическое здравоохранение Воронежской, Липецкой и других областей, а также успешно трудятся в научной сфере по всей России. Я по-прежнему дорожу всеми, с кем работал рядом многие годы, теми, кто передал бесценный опыт своим ученикам.

Если наши воспитанники помнят своих учителей, если они своим делом, своими достижениями, своими поступками показывают преданность вузу, участвуют в образовательных и педагогических процессах, передавая опыт и знания молодому поколению, то тогда наша цель достигнута и мы действительно подготовили тех специалистов, которыми можно и нужно гордиться. Вместе мы должны и дальше поднимать планку качества их подготовки, учитывать спрос на них отрасли здравоохранения в областях Центрального Черноземья, да и всей России.

В прессе опубликовано обращение экспертов в лице главы комиссии Общественной палаты по социальной политике В.Слепака и президента Лиги защитников пациентов А.Саверского, которое они направили председателю Правительства РФ Д.Медведеву. Авторы высказываются за отмену вводимой системы страховых поверенных, считая, что они будут защищать интересы своих компаний, а не больных. «Медицинская газета» попросила прокомментировать это обращение исполнительного вице-президента — генерального секретаря общероссийской общественной организации «Общество врачей России», члена Общественного совета при Министерстве здравоохранения РФ, члена научно-консультативного совета при Общественной палате РФ Эрика ПРАЗДНИКОВА.

— Мне удивительно, что эти уважаемые мною эксперты, заинтересованные в обеспечении прав граждан на сохранение своего здоровья, получении доступной квалифицированной медицинской помощи, выступают против этого нововведения, направленного как раз на повышение защиты прав граждан в системе ОМС. Какой-либо действительно серьёзной аргументации под эти предложения я не увидел. Затрудняюсь предположить, чем вызвана столь острая негативная реакция, ведь эта система только начинает работать, а мы ведь так долго говорили о необходимости её введения, необходимости обеспечения пациенториентированной деятельности страховых медицинских организаций. Президент России поддержал эти идеи и дал соответствующие поручения, которые сейчас реализуются. Возможно, наши коллеги не в полной мере информированы о замысле, идеологии, функциях нового механизма защиты прав застрахованных, который начал реализовываться с 1 июля 2016 г. в системе ОМС. Мысли о возможном лоббировании страховыми представителями частных медицинских организаций считаю необоснованными, лишёнными доказательной базы. Поверенные, которые являются сотрудниками работающей в ОМС страховой компании, будут навязывать пациентам платные услуги, уводя деньги от своего работодателя? Это как минимум нелогично. Я думаю, что всем, кто заинтересован в соблюдении прав пациентов в системе ОМС, в повышении качества медицинской помощи, следует оценить предлагаемые новые возможности, посмотреть, как они работают, чтобы люди

ОМС: реальность и перспективы

Всё — в интересах пациента

Удастся ли осуществить персонифицированную защиту прав граждан в получении качественной медицинской помощи?



почувствовали заботу о себе. Оценив все плюсы и минусы предлагаемых мер, посмотреть, что надо улучшить, изменить, дополнить, а не ломать то, что наконец-то создано в интересах пациента, не дав даже заработать механизму.

— Авторы обращения к главе Правительства говорят, что вместо расходов «государственных денег», средств фонда ОМС на реализацию этого проекта, было бы полезнее на эти средства закупать лекарства или сокращать дефицит врачей...

— Насколько я знаю, новых фи-

нансовых средств на исполнение этих функций не расходуется. Это средства страховщиков. Многие добросовестные страховые компании эти функции и ранее в той или иной степени исполняли, но сейчас это будет их приоритетом, и, на мой взгляд, это очень хорошо! Пациент не должен чувствовать себя брошенным в трудной ситуации, и задача страховой медицинской организации как

Мы, конечно, понимаем, что с введением в действие с 2011 г. нового Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании...» страховые медицинские организации должны были выдать гражданам полисы ОМС нового образца. Теперь эта задача в значительной части обеспечена изменениями законодательства, и медицинским страховщикам необходимо ос-

ОМС, пожаловаться, иметь обратную связь. К сожалению, пациенты часто не могут сами оценить получаемую от врачей информацию, не знают, куда им обратиться дальше...

Если человек лечится по полису ОМС, в этом случае со своими вопросами и проблемами он будет звонить на телефон горячей линии своей страховой медицинской компании или своему

раз эту помощь и обеспечить, в том числе совместно с другими организациями, занимающимися защитой прав пациентов. Пациенты должны, наконец, почувствовать, что страховые медицинские организации заинтересованы в каждом из них. Всем нам надо сотрудничать в интересах застрахованного, в интересах пациента, а не перетягивать одеяло на себя. Только этот путь я полагаю правильным.

— Вы считаете реализуемой инициативу расширения компетенций страховых медицинских организаций, в том числе в части поэтапного введения института страховых представителей?

— Это то, чего мы собственно давно ждали от страховой медицины: чтобы во главе угла системы стоял застрахованный — пациент.

Согласно действующему законодательству ОМС, страховые медицинские организации выполняют важную для пациентов функцию по защите прав граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. Однако в перечне обязанностей медицинских страховщиков эта функция до последнего времени была «одной из».

новое внимание уделять ассистансу застрахованных, защите прав в случае их нарушения. Они должны серьёзно сосредоточиться на организации медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, персонифицировать защиту прав граждан в получении качественной медицинской помощи. Поэтому введение института страховых представителей в системе ОМС я считаю правильным и важным шагом.

— С 1 июля 2016 г. вводится первый этап работы института страховых представителей, какие задачи будут решать страховые представители первого уровня?

— Как я вижу, в медицинских страховых компаниях начинают действовать контакт-центры для застрахованных, где будут работать страховые представители первого уровня. Страховые медицинские компании уже имеют опыт по организации таких колл-центров, но с 1 июля эта функция для всех медицинских страховщиков становится обязательной. Позвонив в такой колл-центр, застрахованному можно будет получить ответы на все интересующие его вопросы по бесплатной медицинской помощи в системе

страховому представителю.

Далее планируется внедрять деятельность страховых представителей второго уровня, которые преимущественно будут заниматься вопросами профилактики, диспансеризации, содействия застрахованным в выборе медицинской организации для проведения планового лечения. Поверенные третьего уровня будут бесплатно защищать права застрахованных граждан в системе ОМС, если они были нарушены.

Настолько ли плох предлагаемый механизм? Думаю, что нет.

— Хорошо, а если страховая медицинская организация не отвечает на звонки, затягивает с ответом или вообще не отвечает — как в этом случае действовать застрахованному?

— В этом случае застрахованный просто заменит свой страховой полис на полис другого страховщика. Один раз в год такое право каждому из нас предоставляется и делается это довольно просто. В системе ОМС сейчас действует конкуренция за застрахованного: и среди медицинских организаций, и среди страховых компаний.

Беседу вел
Алексей ПИМШИН.
МИА Сито!

Острая тема

Активисты регионального отделения Общероссийского народного фронта (ОНФ) в Республике Коми встали на защиту семей сыктывкарских медиков, вынужденных более 6 лет проживать в непригодных помещениях.

Проблемы начались в 2009 г., когда здание ведомственного общежития Республиканского онкологического диспансера признали аварийным. Тогда было найдено странное решение — заселить семьи в полуподвальные помещения цокольного этажа одного из жилых домов в сыктывкарском местечке Дырнос. Поскольку изначально цокольный этаж строился как технический, здесь проходят все коммуникации, в том числе канализационные. Чтобы обустроить помещения под расселение, на этаже провели перепланировку, прикрыв трубы гипсокартонными стенами. Затем местные власти по обращению администрации диспансера перевели цокольный этаж из разряда нежилого помещения в жилое.

При расселении людям обещали, что это временное решение, но история длится более 6 лет. За это время аварийное обще-

ОНФ защищает сыктывкарских медиков

И открывается очень странная картина...

житие снесли, и ко всем прочим проблемам добавился вопрос прописки. А в предоставленных помещениях, где вынуждены ютиться медики со своими семьями, из-за отсутствия внутренней вентиляции на стенах стал образовываться грибок.

Медики пытались искать справедливости в различных инстанциях, но, не дождавшись ни от кого помощи, обратились в ОНФ.

«Фронтвики» направили запросы во все инстанции и, получив ответы, организовали «круглый стол», собрав вместе представителей региональных ведомств, надзорных органов, муниципалитета и самих жителей полуподвала.

Участники встречи подтвердили, что перевод цокольного этажа в жилое помещение — это прямое нарушение законодательства.

А именно статьи 15 Жилищного кодекса РФ и утверждённого постановлением Правительством РФ положения, согласно которому размещение жилого помещения в подвальном и цокольном этажах не допускается.

«Хочется понять, как можно было принять решение в нарушение закона и почему на тот момент на это никто не отреагировал, не предпринял никаких мер, чтобы защитить права людей и привлечь нарушителей к ответственности. Почему люди, вынужденные скитаться по инстанциям, не могут найти поддержки и добиться решения вопроса у тех, кто несёт за это прямую ответственность?» — поставила в встрече вопрос член центрального штаба ОНФ, руководитель регионального исполкома фронта Ольга Савастьянова.

В свою очередь, первый заместитель министра имущественных и земельных отношений Республики Коми Наталья Хозяинова сообщила, что с 30 мая запущена процедура экспертизы помещений цокольного этажа на предмет пригодности проживания. Но в то же время она признала, что более пригодных помещений для переселения жильцов полуподвала на данный момент нет.

«Если бы те, от кого зависела судьба людей, в самом начале отреагировали и взялись за дело со всей положенной ответственностью, решение вопроса давно было бы найдено. По факту же получается, что какое-то движение началось только спустя годы», — подчеркнула О.Савастьянова, добавив, что те, кто в своё время не выполнил

свои прямые обязанности, формально и равнодушно отнёсся к проблемам людей, обязательно должны понести наказание.

По итогам обсуждения принято решение о разработке «дорожной карты» пошагового решения вопроса с конкретными действиями и сроками их исполнения, для того чтобы полностью снять проблему.

В продолжение состоявшегося разговора в адрес министерств и ведомств направлены рекомендации о проведении серии проверок по использованию цокольных помещений в многоквартирных домах во всех муниципалитетах республики и недопущению практики незаконного перевода цокольных этажей в жилые помещения. А ОНФ приступил к подготовке предложений по разработке дополнений в федеральные нормативно-правовые акты в области жилищного законодательства, связанных с усилением мер ответственности по целевому использованию общедомового имущества в многоквартирных домах.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентуры

Три слагаемых «весла»

Как тамбовские онкологи добиваются эффективности в профилактике и лечении больных со злокачественными новообразованиями

За семь десятилетий своего существования Тамбовский областной онкологический диспансер состоялся как эффективная служба, предупреждающая и лечащая «чуму» прошлого века, да и нынешнего времени – онкологические заболевания. Об этом, в частности, шёл большой и заинтересованный разговор на недавно прошедшей в Тамбове конференции «Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных новообразований органов репродуктивной системы». Обсудить злободневные вопросы лечения людей, заболевших раком, собрались ведущие учёные и врачи-практики из многих регионов России, в том числе из Архангельска, Липецка, Москвы, Обнинска.

О важности и злободневности вопросов, рассматриваемых в ходе выступлений участников конференции, говорят темы выступлений, прозвучавших с трибуны. Среди них – «Смертность от злокачественных новообразований в РФ и пути её снижения», «Может ли регионарная анестезия влиять на ход онкологической операции» и т.д. Прозвучали они из уст главного специалиста онколога Центрального федерального округа профессора Валерия Старинского, профессора Николая Огнерубова (Тамбов), кандидата медицинских наук Дениса Уварова (Архангельск). Всего было сделано 14 докладов, и каждый из них, судя по оценке такого авторитетного специалиста в области онкологии, как член президиума правления и учёный секретарь Ассоциации онкологов РФ, заместитель директора по науке Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, доктор медицинских наук Валерий Старинский, представлял научную ценность в борьбе со злокачественными новообразованиями. На актуальные темы борьбы с раковыми заболеваниями сделали доклады молодые специалисты из подмосковного города Дубна Юрий Рагулин и Юрий Самсонов.

Ещё одно достоинство и практическая ценность выступлений на конференции заключались в том, что на ней присутствовало много студентов Тамбовского медицинского института, в стенах которого, кстати, и проходил научный форум. Так вот, по словам того же В.Старинского, в стране ощущается нехватка онкологов, а присутствующие на конференции будущие врачи-практики, слушая доклады, могли проникнуться гуманными идеями важности такой специальности и избрать её в качестве своей будущей работы.

Об истории, современном состоянии и перспективах развития



тамбовской онкослужбы рассказал главный врач Тамбовского областного онкологического клинического диспансера Владимир Милованов. Владимир Васильевич привёл немало интересных фактов, примеров, связанных с истоками её становления. Сейчас она признана одной из лучших в ЦФО. Достойной оценкой усилий тамбовских онкологов по раннему выявлению онкозаболеваний, и в частности раку молочной железы, стало награждение диспансера почётной грамотой и медалью ударника маммологического скрининга на IV междисциплинарном форуме «Медицина молочной железы», недавно прошедшем в Москве. Победители скрининга получили в награду также символическое весло с надписью «Гребни на скрининг!»

Росту онкологических знаний специалистов диспансера, совершенствованию профессионального мастерства способствовало, помимо регулярных курсов усовершенствования, налаживание тесных контактов с Российским онкологическим научным центром им. Н.Н.Блохина. Его ведущие специалисты во главе с академиком РАН Михаилом Давыдовым неоднократно посещали тамбовских коллег. Каждый раз москвичи читали лекции, проводили мастер-классы по диагностике и хирургическому лечению онкологических

заболеваний. Приезжал Михаил Иванович с группой специалистов центра и в прошлом году. При этом лично провёл 4 операции, которые стали хорошей школой для тамбовских специалистов. Помощники М.Давыдова прооперировали 8 больных. Тамбовские врачи признательны московским коллегам за дружескую помощь и практическую учёбу.

Большое значение для успешной борьбы с онкологическими заболеваниями имеет техника. Её оснащению в Тамбовском диспансере уделяется первостепенное внимание. Большой проблемой, которую удалось решить главному врачу В.Милованову, когда он возглавил службу в 2001 г., было сохранение статуса лечебного учреждения как самостоятельного. Дело в том, что в это время активно продвигалась идея присоединения диспансера к областной больнице. Спустя 3 года по программе модернизации экономики и инновационного развития России региону был выделен линейный ускоритель. Область получила один из последних аппаратов, а запустили его в диспансере одним из первых в стране. Для этой цели в рекордно короткий срок был построен новый лучевой каньон. Следом был приобретён и запущен в работу 16-срезовый компьютерный томограф. А вскоре морально устаревший аппарат был заменён

за счёт областного бюджета на современный импортный.

В 2011 г., выдержав серьёзный конкурс и проведя большую подготовительную работу, высоко оценённую Министерством здравоохранения, область была включена в Национальную онкологическую программу. Благодаря ей в диспансере был построен и введён в эксплуатацию лучевой корпус с каньоном, проведено масштабное переоснащение учреждения. Так появились низко- и высокоэнергетический линейные ускорители, аппарат для брахитерапии, компьютерный томограф с широкой апертурой гентри, предназначенный для планирования лучевой терапии и диагностических исследований, магнитно-резонансный томограф повышенной мощности, видео-эндоскопический комплекс, современное реанимационное, анестезиологическое, операционное оборудование общим количеством более 130 единиц. В диспансере воссоздано отделение радионуклидной диагностики.

Нельзя не отметить проведённую работу по глобальной модернизации клиничко-цитологической лаборатории диспансера. В настоящее время она по своей оснащённости соответствует самым современным требованиям и позволяет осуществлять широкий спектр анализов и цитологических исследований. Среди имеющегося оборудования имеется уникальный автоматический анализатор, позволяющий производить цитологический скрининг рака шейки матки. Благодаря этому ежегодно обследуется от 150 до 200 тыс. пациенток, выявляется 20-40 случаев заболевания раком, в основном на ранней стадии. В лаборатории работает единственный в области автоматизированный комплекс по иммуногематологическому исследованию для определения группы крови методом фенотипирования эритроцитов.

Отдельно следует сказать о мобильном маммографическом комплексе, который активно используется для обследования сельского населения по месту жительства. Он помогает выявлять до 10 случаев заболевания раком и

более 200 – доброкачественной и предраковой патологии. Мало того, выезды комплекса имеют большой профилактический эффект, постоянно напоминая женскому населению области о необходимости регулярного обследования молочных желёз.

Активную работу ведёт врачебный персонал Тамбовского клинического онкодиспансера в рамках Национальной онкологической программы. Обширен её спектр. Это и рациональное использование полученной диагностической и лечебной аппаратуры, и большая санитарно-просветительская работа, и усилия, предпринимаемые коллективом по расширению онкологической грамотности и снятию контактной настороженности по отношению к врачам первичного звена. Практикуются выезды с социальным поездом «Забота», организация субботних акций, проводимых коллективом по выявлению и профилактике рака молочной железы, меланомы, что принесло закономерный положительный эффект.

Вся новейшая техника мертва без человеческих рук и людей, работающих на ней. Это они добились тех результатов, которые ставят учреждение в число лучших. Много можно говорить о врачах онкологического диспансера, но, пожалуй, самым лучшим и объективным показателем их работы является здоровье людей.

За последние годы смертность от онкозаболеваний в области значительно снизилась и остаётся одной из самых низких в стране. Важным положительным моментом в этом случае является стойкая тенденция по снижению однодневной летальности. В заключение следует отметить, что онкологическая служба области демонстрирует эффективность в профилактике и лечении больных различными злокачественными новообразованиями.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Точка зрения

Совершенно согласен с мнением профессора С.Совцова из Челябинска. В «МГ» № 48 от 01.07.2016 он пишет: «В крупных лечебно-профилактических учреждениях, как правило, имеется принцип ротации хирургических кадров – чередование работы врачей-хирургов и в условиях стационара, и в условиях поликлиники». Цель такой ротации автор видит в повышении качества диагностической и лечебной работы врачей поликлиники.

Сейчас волею реформ многие врачи стационаров, в моём случае педиатры, оказались за порогом больницы. Некоторые из них пришли в поликлиники. Имею возможность наблюдать их работу на новом месте. Качество их диагностической и лечебной помощи, несомненно, выше, чем врачей, которые многие годы своей профессиональной жизни провели на участковой работе. Могу так сказать, потому что волею той же реформы здравоохранения оказался вне клинической больницы и провожу занятия со студентами

Ротация медицинских кадров — веление времени

Что и подтверждает наша сегодняшняя жизнь

в поликлинике. Не в упрек участковым педиатрам говорю это. Им отведена роль диспетчеров от медицины – распределение больных по узким специалистам. Это обстоятельство порой избавляет их от более углублённого понимания болезни, её течения, возможных осложнений, тактики обследования и ведения больного ребёнка. Если прибавить к этому в полном смысле нередко бессмысленную (прошу прощения за тавтологию) удушающую формальную работу – выписывания множества бумаг и справок, то язык не поворачивается пенять за огрехи в их работе. Дефицит времени и возможностей вникнуть в анамнез больного, оценить клинические проявления

болезни приводят к поспешной госпитализации. Как результат, диагностические ошибки. Пример. По нашим данным, у 77% больных, направленных на госпитализацию участковыми педиатрами, с диагнозом «острый аппендицит» не подтвердился.

В условиях сокращения числа поликлиник и штата участковых педиатров эта ситуация только усугубилась.

Почему работа в стационарных условиях способствует обретению более высокой врачебной квалификации? Представляется возможность не ограниченного временными рамками в 15 минут, как на приёме в поликлинике, неспешного сбора анамнеза; тщательного фи-

зикального осмотра больного; реализации углублённого лабораторного и параклинического обследования; в ближайшие дни, а не через недели, как в амбулаторных условиях, получить консультацию узкого специалиста. Что не менее важно, всегда можно объективно оценить эффективность назначенного лечения и, если надо, изменить тактику ведения и лечения больного. Создаётся целостная, а не фрагментарная картина той или иной патологии, развивается и углубляется клиническое мышление.

Вот почему целиком и полностью поддерживаю мнение профессора С.Совцова о необходимости ротации не только хирургов.

У них тоже работа в поликлинике ограничена малой хирургией, освоение которой, по-видимому, много времени не занимает и скоро становится рутинной. А у молодых хирургов «руки чешутся» на большие и сложные операции. И доступ к такому возможен только в условиях хирургического стационара. То же имеет место и в терапевтических профессиях, в частности в педиатрии: увидеть редкие болезни, разобраться в сложном диагнозе, провести самостоятельно тяжёлых больных – это ли не самое интересное в клинической медицине. Как результат – вырасти в хорошего врача-клинициста, способного эффективно работать как в стационаре, так и в поликлинических условиях.

Медицина и здравоохранение – разные ипостаси. Медицина говорит, как надо. Здравоохранение – как можем. Сможет ли ротация медицинских кадров как действенный механизм повышения качества врачебной помощи воплотиться в жизнь, зависит не от медицины.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 48 (1987)

«Сегодня нет сформированного общественного интереса к защите медицинского персонала, и это задача профессионального сообщества. Безусловно, совсем устранить риски заболевания медиков на рабочем месте нет никакой возможности, но можно добиться существенного их снижения».

Нинель ХАН, директор УМЦ развития
долгосрочных программ РАНХ и ГС при Президенте РФ

1. Характеристика безопасной больничной среды.

Окружающая среда – среда обитания, совокупность всех материальных тел, сил и явлений природы. Под больничной средой понимают среду, в которой функционируют пациент и работники здравоохранения, включая все действующие в ней факторы и все те явления и ситуации, которые существуют или могут развиваться в процессе взаимодействия пациента и медицинских работников в лечебно-диагностическом, профилактическом, реабилитационном, медико-социальном процессе. Термин «больничная среда» характеризует условия, в которых оказывается медицинская помощь, включая стационарную, амбулаторно-поликлиническую, паллиативную помощь на дому, санаторно-курортную и т.д.

В условиях больничной среды действует ряд неблагоприятных факторов: физических, химических, биологических, психологических, механических, действие которых может утяжелять течение болезни пациента и вызывать самые разные нарушения у медицинского персонала.

Под безопасной больничной средой понимается среда, в которой действие неблагоприятных факторов сведено к минимуму и условия пребывания в которой в полной мере обеспечивают пациенту и медицинскому работнику комфорт и безопасность. Организация безопасной больничной среды – создание условий, исключающих возможность риска для жизни пациента или причинения вреда его здоровью при медицинском вмешательстве, а также риска для жизни и здоровья медицинских работников. В условиях безопасной больничной среды ВСЕ участники лечебного процесса должны быть защищены от действия агрессивных факторов.

Сам факт болезни и пребывание на больничной койке, вынужденное взаимодействие с людьми (медицинскими работниками, другими пациентами), осознание зависимости качества оказываемой медицинской помощи от профессионализма медицинских работников являются сильнейшим отрицательным фактором, воздействующим на психику пациента. Наиболее вероятные риски для здоровья связаны с возникновением побочных эффектов:

- лекарственной терапии;
- применения изделий медицинского назначения;
- воздействия методов дополнительного исследования (рентгенологических, радиологических, ультразвуковых и т.д.);
- коммуникационного взаимодействия;
- а также риски, связанные с нарушением лечебно-охранительного режима, порядков оказания медицинской помощи, реализации прав пациента на медицинскую помощь, обеспечения инфекционной безопасности.

Современные нормативные правовые документы регламентируют качество и безопасность медицинской деятельности, обеспечиваемые, в том числе, применением психологических приёмов и методик, эргономических пособий и технологий. Медицинский персонал обязан осуществлять мероприятия по защите пациента и самих медработников от действия агрессивных факторов больничной среды. Граждане, в свою очередь, обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы устанавливают санитарно-эпидемиологические требования, в том числе критерии безопасности и(или) безвредности факторов среды обитания для человека, несоблюдение которых создаёт угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

2. Контроль и оценка лекарственной терапии и применения медицинских изделий.

2.1. Нежелательные лекарственные реакции.

Участие в обеспечении безопасной больничной среды

Развитие медицины и научно-технический прогресс ведут к росту числа, разнообразия и тяжести патологических процессов, возникновение которых так или иначе связано с лечебно-диагностическим процессом, то есть не существует абсолютно безопасных для пациента методов профилактики, диагностики, лечения заболеваний. Традиционно развитие токсических эффектов связывают с побочным действием лекарственных препаратов, а также средств, применяемых при дезинфекции, стерилизации.

Создание современных лекарственных препаратов является результатом фундаментальных исследований. Состав, механизм действия, доза препарата для применения по определённым показаниям, а также побочные эффекты выявляются в ходе научных экспериментов. Каждая серия зарегистрированных лекарственных препаратов перед поступлением в обращение проходит испытания качества на соответствие требованиям утверждённой нормативной документации или сертификации. Аптечная организация обязана по запросу потребителя предоставить копию декларации о соответствии или сертификата соответствия.

Для любого препарата существует соотношение риск/польза. Риск определяется частотой возникновения нежелательных побочных реакций (НПР), присущих данному препарату, и их тяжестью, выявляемых, в том числе, при контроле и оценке медицинскими

работниками динамики состояния пациента. Нежелательные побочные явления (реакции, эффекты) – любое неблагоприятное изменение в состоянии здоровья пациента, получающего лекарственный препарат. Нежелательная побочная реакция – это:

- непреднамеренное появление неблагоприятного объективного или субъективного симптома;
 - появление аномальных значений лабораторных анализов (как разновидность объективных симптомов);
 - появление сопутствующего заболевания или утяжеление течения существующего.
- Виды НПР:
- серьёзные нежелательные явления;
 - нежелательные лекарственные реакции;
 - неожиданные нежелательные лекарственные реакции.

К серьёзным НПР относятся:

- смерть;
- состояние, угрожающее жизни;
- состояние, требующее госпитализации или продолжения текущей госпитализации;
- состояние, приводящее к стойкой или значительной утрате трудоспособности (дееспособности);
- невынашивание плода, досрочное прерывание беременности, в том числе по медицинским показаниям, которые возникли в ходе проведения терапии, появление дефекта развития;
- другое значимое, с медицинской точки зрения, событие.

Нежелательные лекарственные реакции – все неблагоприятные реакции и непреднамеренные реакции организма на препарат, принятый или введённый в любой дозе. Эти реакции, как правило, описаны в аннотации к лекарственному препарату.

Неожиданные нежелательные реакции – это нежелательные лекарственные реакции, появление которых не описано ранее в доступных материалах о препарате. Например, если в числе нежелательных лекарственных реакций препарата указано развитие или обострение язвенной болезни желудка, а у больного развилось желудочное кровотечение.

Помимо клинических проявлений могут наблюдаться нарушения в лабораторных показателях (анемия, тромбоцитопения), осложнения, связанные с качеством препарата, а также отсутствие терапевтического

эффекта, случаи развития резистентности, последствия применения фальсифицированных лекарственных средств.

Классификация НПР (Комитет экспертов ВОЗ):

- Тип А – зависимые от дозы;
- Тип В – независимые от дозы;
- Тип С – эффекты при длительном применении (синдром отмены);
- Тип D – отсроченные эффекты.

Характеристика нежелательных побочных реакций приведена в таблице 1.

Во всех случаях развития НПР необходимо установить причинно-следственную связь между нежелательным явлением и приёмом лекарственного препарата.

В соответствии с письмом Росздравнадзора № 04И-232/12 от 02.04.2012 сведения о выявленных в МО нежелательных реакциях

на лекарственные препараты, включая реакции, информация о которых направлялась в Росздравнадзор, необходимо фиксировать в медицинской документации пациентов. Сообщения об НПР направляются в Росздравнадзор в срок не позднее 15 календарных дней со дня, когда стала известна соответствующая информация.

Пациенты, выявившие НПР или отсутствие ожидаемого эффекта препарата, вправе потребовать у лечащего врача заполнения формы «Извещение о побочном действии, нежелательной реакции или отсутствии ожидаемого терапевтического эффекта лекарственного средства» (приложение 2.1) либо отправить заполненное извещение самостоятельно (форма извещения на сайте Росздравнадзора http://www.roszdravnadzor.ru/medicines/monitor_bezopasnosti_is/2956)).

Анализ поступающих от субъектов обращения лекарственных препаратов сведений о побочных действиях, серьёзных нежелательных реакциях, непредвиденных нежелательных реакциях, особенностях взаимодействия лекарственных препаратов, которые были выявлены при проведении клинических исследований и применении лекарственных препаратов, проводится Росздравнадзором (Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения).

Если по результатам мониторинга установлено, что применение лекарственного препарата представляет угрозу жизни или здоровью пациентов, сведения о лекарственном препарате не соответствуют сведениям о

Таблица 1
Нежелательные побочные реакции

Тип	Характеристика	Пример НПР	Действия медицинского работника
A 80% всех НПР	Наиболее часто назначаемые препараты. Фармакологическое действие зависит от дозы; реакции предсказуемы. Выявление большей части возможных НПР до широкого применения в практике. Летальность при развитии НПР относительно низкая	Кардиотоксическое действие дигоксина, нейротоксическое – атропина, нефротоксическое – фуросемида; блокада дыхательного центра морфином; язвы ЖКТ при приеме нестероидных противовоспалительных средств; ортостатические реакции при приеме альфа2 – адреноблокаторов и т.д.	Медицинской сестры, акушерки – сообщить о появлении симптоматики врачу Врача, фельдшера, зубного врача – уменьшить дозу или отменить препарат
B	Развитие НПР не предсказуемо, не зависит от дозы. Развиваются редко, но представляют серьезную угрозу для здоровья и жизни пациента. Большинство реакций выявляются на стадии широкого применения препарата	Иммунологические реакции (анафилаксия), идиопатические реакции	Медицинской сестры, акушерки, зубного врача – немедленно (через третье лицо) вызвать врача. Начинать мероприятия по оказанию экстренной медицинской помощи Врача, фельдшера – отменить препарат, запрет на использование в будущем
C	Возникают при длительном применении. Проявляются развитием толерантности, лекарственной зависимости	«Эффект отмены»: гипертензия после отмены празозина, клофелина, тахикардия после отмены бета-адреноблокаторов – развитие толерантности к нитратам – синдром Кушинга на стероидные противовоспалительные средства – «обратная связь» при применении гормонов щитовидной железы, кортикостероидов – «ломка» при назначении опиатов	Медицинской сестры, акушерки – сообщить о появлении симптоматики врачу Фельдшера, зубного врача – отмена препарата, консультация с врачом соответствующей специальности Врача – снизить дозу препарата или сделать перерыв (отменить)
D	Отсроченные реакции. Развиваются сравнительно редко, обычно через некоторое время после начала приёма препарата. Имеется прямая зависимость от дозы препарата	Канцерогенное действие; нарушение репродуктивной функции; терратогенное действие; родовая патология/родовой дефект, развившийся по окончании приема пациентом исследуемого препарата до наступления беременности, либо в случае приема исследуемого препарата на фоне беременности.	Действия врача зависят от ситуации

лекарственном препарате, содержащимся в инструкции по его применению, Минздрав России принимает решение:

- о приостановлении применения лекарственного препарата;
- о внесении изменений в инструкцию по применению лекарственного препарата;
- об изъятии из обращения лекарственного препарата.

2.2. Нежелательные побочные реакции, связанные с использованием цитостатических препаратов.

Широко известно, что проведение химиотерапевтического лечения вызывает осложнения у пациентов. Однако в последнее десятилетие появились новые данные о неблагоприятном воздействии цитостатических препаратов на медицинский персонал, проявляемом поражением печени, репродуктивной функции, генетическими нарушениями, предрасполагающими к развитию опухолей.

Международное агентство по изучению рака (МАИР, IARC) в зависимости от объёма имеющихся доказательств канцерогенности классифицирует цитостатические препараты следующим образом (см. табл. 2.):

- максимальное число доказательств канцерогенности – 1-я группа противоопухолевых препаратов;
- убедительные сведения об отсутствии канцерогенности – 4-я группа противоопухолевых препаратов.

В соответствии с руководством по оценке условий труда Р 2.2.2006-05 «Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда» комбинированная химиотерапия с использованием винкристина, прокарбазина, преднизолона, эмбихина и других алкилирующих агентов является производственным процессом, канцерогенным для человека. Контроль содержания опасных веществ в воздухе не проводится, а условия труда для медицинского персонала, проводящего химиотерапию, относят к 3.4 (самому высокому) классу вредности.

Согласно Гигиеническим нормативам ГН 2.2.5.563-96 «Предельно допустимые уровни (ПДУ) загрязнения кожных покровов вредными веществами» некоторые противоопухолевые средства (этинилэстрадиол, доксорубицин) отнесены к I (самому высокому) классу опасности.

Противоопухолевые препараты присутствуют в списке веществ, при получении и применении которых должен быть исключён контакт с органами дыхания и кожей работника.

При нарушении техники разведения и приготовления противоопухолевых препаратов аэрозоли скапливаются в окружающей среде. Многие цитотоксические препараты испаряются уже при комнатной температуре. Пары и аэрозоли могут проникать в организм медицинских работников при дыхании, через кожу.

Для снижения вредного воздействия токсических веществ, необходимо соблюдать требования, регламентируемые законодательством по охране труда, санитарными правилами и нормами, «Порядком оказания медицинской помощи населению при онкологических заболеваниях».

Основные требования к кабинету химиотерапии (процедурному кабинету):

- Рекомендуемый минимальный размер кабинета составляет 18 м².
- Поверхности потолков, полов, крепежей, полок, столов и шкафов в буферной зоне гладкие, непроницаемые, не имеют трещин и царапин.

– Шлюзовая система входа в помещение, внутренние и наружные двери не должны открываться одновременно. Шлюзовое пространство предназначено для раздельного хранения уличной и рабочей одежды.

– Оснащение кабинета позволяет персоналу как можно реже покидать рабочее место.

– Ламинарная камера для стерильного разведения лекарственных препаратов подключена к специальному каналу вентиляции, обеспечивающему приток стерильного воздуха и фильтрацию выходящего загрязнённого воздуха с помощью фильтрующих бумажных элементов.

– Непосредственное рабочее место покрыто абсорбирующей фильтрующей бумагой.

– Наличие перфузоров (инфузоматов, линейных дозаторов), позволяющих вводить медикаментозные препараты и растворы с исключительно высокой точностью.

– Достаточный выбор канюль, стерильных тампонов, маркёров и защищённых от утечки и проколов контейнеров для срочной отправки.

Индивидуальные средства защиты (моющийся халат, маска, шапочка, очки или щитки, маска, стерильные перчатки и дезинфицируемая обувь) должны соответствовать требованиям стерильных зон. Бюллетень технической поддержки безопасного обращения с цитотоксическими и опасными препаратами ASHP рекомендует применение одноразовых, непроницаемых халатов, недоступных абразии с длинными рукавами и лентами для их закрепления.

В работе с цитостатическими препаратами используются хирургические перчатки из каучукового латекса, в том числе при выдаче пациентам цитостатических лекарственных средств в виде таблеток (капсул), при вскрытии упаковок с флаконами с цитостатиками, при уходе за пациентами, получившими химиотерапию в течение последних 2 суток, если их число равно или более 10. Перчатки из поливинилхлорида впитывают цитостатики. Перчатки должны заходить на ленту рукава халата. Смена перчаток производится через 1 час работы, повреждённые перчатки использовать категорически запрещено. Если время проведения работ по приготовлению цитостатических лекарственных средств составляет более 50% смены, необходимо использовать одновременно две пары перчаток. Одна пара перчаток надевается под рукав халата, другая пара – на рукав халата.

Хирургические маски не предотвращают вдыхание аэрозолей, но защищают от брызг препарата.

Самый значимый элемент защиты – использование современных технологий и правильной техники приготовления препаратов. Рекомендуется использовать изолирующие устройства безопасности – закрытые системы (ЗС), обеспечивающие снижение степени загрязнения рабочих поверхностей и окружающей среды во время приготовления и введения опасных лекарственных препаратов. Согласно стандартам Международного общества практикующих онкофармацевтов (ISOPP), закрытой системой называют устройство, которое механически предотвращает попадание элементов окружающей среды в такую систему и позволяет избежать выхода препарата или его паров из такой системы в опасных концентрациях. ISOPP предложил классификацию ЗС:

- 1) устройства для защиты персонала при работе с флаконами/ампулами;
- 2) устройства для защиты персонала при приготовлении растворов;

3) устройства для защиты персонала во время введения опасных веществ пациенту.

Широкую известность получили устройства Phaseal, Tevadaptor, Pchimx и набор Clave + Spiros, которые рассматриваются в качестве устройств для защиты персонала при приготовлении препарата. К тому же ЗС защищают персонал благодаря практически безыгольной технике разведения препаратов.

После окончания работы необходимо:

- перчатки утилизировать в закрытый, жёсткий, непромокаемый, одноразовый, маркированный жёлтым цветом с подогнанной крышкой (для предотвращения испарения цитостатических лекарственных средств) контейнер или упаковку;
- санитарную одежду и средства индивидуальной защиты убрать в предназначенные для их хранения места (одноразовые респираторы, одноразовую санитарную одежду – утилизировать);
- руки тщательно вымыть мыльным раствором с большим количеством воды;
- произвести гигиеническую обработку открытых участков тела, при необходимости принять душ;
- сбор, хранение цитостатических лекарственных средств и загрязнённого материала (вата, бумага, одноразовые шприцы, ампулы, пузырьки с остатками лекарственных средств и другое) осуществлять в плотных герметичных упаковках одноразового использования с жёлтой маркировкой.

Укладка лекарственных средств для нейтрализации токсического действия противоопухолевых препаратов должна включать раствор тиосульфата натрия, новокаина и других препаратов, указанных в инструкциях по применению цитостатических лекарственных средств.

При аварийном воздействии цитостатических лекарственных средств необходимо принять следующие меры:

- в случае попадания цитостатика на кожу тщательно вымыть большим количеством воды с мылом поражённую зону и принять меры по нейтрализации воздействия цитостатического лекарственного средства;
- при поражении глаз промыть их большим количеством воды в течение не менее 15 минут и немедленно обратиться к офтальмологу;
- для очистки защитной одежды (включая респиратор) и перчаток при попадании на них препарата используются бумажные полотенца;
- разбитое стекло следует собирать не руками, а специальными щипцами или подобными инструментами;
- пролитый раствор цитостатических лекарственных средств необходимо немедленно удалить салфеткой и обработать поверхность дезинфицирующим средством, в состав которого входит изопропанол, или несколько раз промыть мыльной водой и тщательно высушить; если покрытие бумажное, немедленно выбросить в специальный, закрытый, жёсткий, непромокаемый, разовый, помеченный жёлтым цветом контейнер;
- при травмировании, контакте с кровью и другими биологическими жидкостями следует выполнить профилактические мероприятия в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

2.3. Нежелательные побочные реакции, связанные с использованием медицинских изделий.

В отличие от положения с лекарственными препаратами, применение которых в клинической практике допускается лишь на основании данных рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), на ко-

торые иногда уходит много лет, в отношении медицинских изделий (МИ) таких нормативных требований сегодня не существует. Для поступления медицинских изделий на рынок достаточно данных о безопасности и эффективности МИ, представленным производителем. Поэтому внедрение их в клиническую практику происходит быстро, зачастую раньше, чем завершены клинические исследования. Создание нового медицинского оборудования характеризуется непрерывным совершенствованием и постоянным потоком улучшений ранее разработанных моделей.

Медицинские изделия подразделяются на классы в зависимости от потенциального риска их применения и на виды в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий. Согласно Федеральному закону № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в РФ номенклатурная классификация медицинских изделий утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Угроза жизни и здоровью граждан и медицинских работников может быть вызвана возникновением неблагоприятных побочных реакций (эффектов) при применении и эксплуатации медицинских изделий. К МИ относятся изделия медицинского назначения и изделия медицинской техники. Изделия медицинского назначения (ИМН) – изделия, предназначенные для применения в медицинской практике – приспособления, перевязочные и шовные средства, стоматологические материалы, изделия из полимерных, резиновых и иных материалов, которые применяют в медицинских целях по отдельности или в сочетании между собой и которые предназначены для:

- профилактики, диагностики, лечения заболеваний, реабилитации, проведения медицинских процедур, исследований медицинского характера, замены или модификации частей тканей, органов и организма человека, восстановления или компенсации нарушенных или утраченных физиологических функций, контроля над зачатием;
- воздействия на организм человека таким образом, что их функциональное назначение не реализуется путём химического, фармакологического, иммунологического или метаболического взаимодействия с организмом человека.

Изделия медицинской техники (ИМТ) – приборы, аппараты, инструменты, устройства, комплексы, системы с программным управлением, оборудование, предназначенные для применения к человеку с целью: исследования, диагностики, наблюдения, лечения, профилактики, облегчения заболевания, компенсации травмы или инвалидности и поддержания физиологических функций.

Медицинские изделия представляют собой совокупность изделий медицинского назначения и изделий медицинской техники: любых инструментов, аппаратов, приборов, устройств, материалов и т.д., используемых по отдельности или в сочетании между собой, включая программное обеспечение, необходимое для их применения по назначению, которые предназначены изготовителем для применения к человеку с целью:

- диагностики, профилактики, наблюдения, лечения или облегчения заболевания;
- диагностики, наблюдения, лечения, облегчения или компенсации травмы или инвалидности;
- исследования, замещения или изменения анатомии или поддержания физиологических функций;
- управления зачатием;
- при условии, что их принципиальное воздействие не основывается на фармакологическом, иммунологическом или метаболическом эффекте применения, но которые могут способствовать введению в организм или доставке к поверхности тела человека средств, вызывающих вышеуказанные эффекты.

Все изделия в соответствии с Техническим регламентом «О безопасности изделий медицинского назначения» (проект от 10.11.2009) подразделяют в зависимости от степени потенциального риска их применения в медицинских целях на 4 класса, которые имеют обозначения: 1, 2а, 2б, 3. Степень потенциального риска применения изделий возрастает в указанном порядке перечисления классов. Каждое изделие может быть отнесено только к одному классу: 1 – изделия с низкой степенью риска; 2а – изделия со средней степенью риска; 2б – изделия с повышенной степенью риска; 3 – изделия с высокой степенью риска. К классу 1 относятся неинвазивные или инвазивные однократного применения.

(Окончание следует.)

Классификация некоторых противоопухолевых препаратов в зависимости от канцерогенности для человека (http://www.iarc.fr)(IARC)

Группа 1	Группа 2А	Группа 2В	Группа 3	Группа 4
Канцерогенные для человека вещества	Вероятно канцерогенные	Возможно канцерогенные	Неклассифицируемые	Канцерогенность отсутствует
Азатиоприн	МОРР	Бисхлорозтинил-нитрозомочевина (BCNU)	Митомицин С	–
Бусульфан	Семустин	Хлорозотоцин	Митоксантрон	–
Хлорамбуцил	Тамоксифен	Цисплатин	Стрептозотоцин	–
Циклофосфамид	Тиотепа	Прокарбазина гидроклорид	Актиномицин D	–
Диэтилстилбестрол	Треосульфат	Тенипозид	Преднизустин	–
Лечение эстрогенами и эстроген-прогестероновыми препаратами	Адриамицин	Блеомицин	Преднизолон	–
Этопозид	Андрогены (анаболические стероиды)	Дакарбазин	Винкристин	–
Этопозид в комбинации с цисплатином и блеомицином	Азацидин	Дауномицин	Винбластин	–
Мелфалан	–	–	–	–

Когда строят самолёт, от будущего фюзеляжа острыми фрезами отсекают лишний металл. Иначе воздухоплавательная конструкция не воспарит над землёй! Именно такая идеологическая максима – в преследовании глобальной цели безжалостно отделять главное от второстепенного, важное от незначительного, целесообразное от бесполезного – определяет каждый год «аэродинамику» Петербургского международного экономического форума, где недавними июньскими днями рассматривались исключительно ключевые вопросы, стоящие перед Россией, развивающимися рынками и остальным миром. Авиационная терминология очень даже уместна. XX юбилейный ПМЭФ-2016 впервые работал на новой, более просторной площадке в конгрессно-выставочном центре «Экспофорум», а это – рукой подать до воздушной гавани международного значения «Пулково», принявшей большинство из

12 тыс. гостей очередного Санкт-Петербургского «Давоса», посланцев 133 стран. Его высокий полёт демонстрирует и другая «респектабельная» статистика: на полях форума состоялось свыше 300 мероприятий, в том числе с участием глав государств и правительств, ведущих отечественных и зарубежных компаний, подписано 356 инвестиционных соглашений на сумму 1 трлн 46 млн руб.

Традиционно, закладывая новый виток развитию национальной экономики в целом и в регионах в частности, каждый очередной ПМЭФ создаёт предпосылки наращиванию мускулов здравоохранительной сферы, и перво-наперво – её фармацевтического сектора. Юбилейный форум предсказуемо стал местом как для обсуждения государственных инструментов поддержки российских фармацевтических компаний, так и для письменных договорённостей о стартах новых инвестпроектов.

имеем сегодня, – это совершенно другая фармацевтика и другие возможности для производства нового уровня лекарственных препаратов в России, – добавил он.

«Другая фармацевтика»

Она демонстрировалась на площадке «Нойдорф» в особой экономической зоне «Санкт-Петербург» на второй день работы ПМЭФ-2016. Тогда министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова вместе с сотрудниками и генеральным директором ведущей российской инновационной компании BIOCAD Дмитрием Морозовым открывала на её площадях отдел перспек-

вместе с тем – очередным прорывом с точки зрения принципов и методов исследования сложных, практически неизлечимых сегодня заболеваний. Да, большинство технологий, представленных в лабораториях, уникальны. Но и во многом другом «биокадовцы» пионеры: создали первыми не только в России, но и восточной Европе сложные биологические лекарства на основе моноклональных антител, первыми в нашей стране разработали «умную» технологическую платформу, объединившую в себе компьютерное моделирование и современные принципы синтеза генов de novo...

Питер – не цех по упаковке готовых лекарств

Известно, что Федеральную целевую программу «Фарма-2020», призванную довести долю отечественных лекарств в денежном выражении до 50%, лекарственных средств стратегического перечня – до 90%, а медицинской техники и изделий медицинского назначения – до 40%, «везут» сразу несколько фармкластеров. Неформальный статус головного из них никем не оспаривается. Кластер медицинской и фармацевтической промышленности Санкт-Петербурга, предложив лидерам национальной лекарственной индустрии наилучшие условия, какие может только дать особая экономическая зона, объединил в себе около полутора сотен предприятий и организаций.

Когда местные власти 7 лет назад вознамерились не превращать город в комбинат по упаковке готовых лекарственных форм, то сделали ставку на выпуск сугубо инновационных продуктов, размещение производств с полным жизненным циклом. Занятие более высокодоходной ниши оказалось делом чрезвычайно привлекательным для инвесторов. Полгода назад частные вложения в объекты экономической агломерации исчислялись суммой без малого 30 млрд руб., и она, конечно, ещё серьёзно вырастет. К самым свежим аргументам можно отнести подписание на ПМЭФ-2016 петербургским градоначальником Георгием Полтавченко нескольких соглашений, предусматривающих реализацию конкретных проектов по развитию медико-фармацевтического кластера. В их числе – возведение со «строительных колышек» трёх новых заводов.

Один из них уже через 2 года появится в Пушкинском районе и будет поставлять активные фармацевтические субстанции и готовые лекарственные формы. В новых цехах ещё одного партнёра правительства Санкт-Петербурга предполагается наладить изготовление ЛС по заказу зарубежных компаний.

На XX Петербургском международном экономическом форуме были озвучены убедительные цифры: за 2011–2015 гг. объём отгруженной продукции самого, пожалуй, успешного для города на Неве кластерного проекта и одного из наиболее «продвинутых» в национальном масштабе вырос в 2,6 раза, а его доля в общероссийском производстве лекарств – с 11,5 до 18%. Георгий Полтавченко любит повторять: «Наш фармкластер, как настоящий локомотив, тянет за собой и промышленность, и науку».

Ярославский губернатор обещает 3 миллиарда

Конечно, с крупными игроками фармацевтического бизнеса, в том числе зарубежного, в рамках ПМЭФ-2016 встречались главы и других регионов, на чьей территории работают группы локализованных взаимосвязанных фирм, обладающих умениями и компетенциями для того, чтобы в скором времени предложить либо

Итоги и прогнозы

Наша фарма через 3D-очки

Петербургский международный экономический форум был наделён особым «зрением»



Глава Минздрава России Вероника Скворцова на открытии первого в стране научно-исследовательского комплекса по разработке инновационных лекарственных препаратов передовой терапии

конкурентоспособные инновационные продукты, либо аналоги действительно уникальных сложно-воспроизводимых лекарственных препаратов. Вот, например, губернатор Ярославской области Сергей Ястребов. Он провёл переговоры с руководством немецкой, израильской и американской биофармацевтических компаний. Первая из них сотрудничает с одним из резидентов Ярославского фармацевтического кластера в области производства препаратов, предназначенных для лечения социально значимых заболеваний, в том числе ВИЧ/СПИДа и вирусного гепатита С. А вторая успела всего за 1,5 года построить в Ярославле предприятие, наладив в нём производство готовых лекарственных форм.

– У нас идёт интенсивный рост объёмов производства на фарм-предприятиях, появляются новые объекты. Если по итогам 2011 г. мы получили от фармотрасли 150 млн руб. налогов, то, надеюсь, по итогам года нынешнего приблизимся к 3 млрд! – охотно давал прессе финансовый прогноз Сергей Николаевич после состоявшихся встреч, по-видимому, весьма продуктивных.

Кому ж не понятно, что наша жизнь зависима от состояния здоровья экономики? Стабильно работают промышленные предприятия, есть рынки сбыта продукции, значит, будут наполняться региональные бюджеты, выполняться, как следует, социальные программы.

Есть что экспортировать!

У руководителей федеральных министерств, кто держит в своих руках рычаги управления ситуацией с производством лекарств, – свои задачи и вытекающая из них логика.

– Экспорт однозначно будет темой номер один для нас в ближайшее время, – высказался на форуме заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб. – Уже сегодня мы формируем дополнительные инструменты, которые поддержали бы сейчас экспорт российской продукции. Уже есть что экспортировать!

Сказанное не есть экстраординарная новость. Основные элементы акцессорной государственной помощи последнее время обсуждаются представителями фармкомпаний и общественных организаций на «фармацевтических завтраках», что проводятся Минпромторгом.

«Вопрос вопросов» – стала ли наконец альфой и омегой работы российских производителей ЛС приверженность к международным стандартам качества? На это заместитель главы Минпромторга России ответил, что большинство отечественных компаний придерживается принятых цивилизованным миром правил и условий надлежащей фармацевтической практики.

– Если сравнить ситуацию, которая была 5 лет назад, и то, что мы

имеем сегодня – первый в стране научно-исследовательский комплекс по созданию инновационных лекарственных препаратов передовой терапии, так называемых ЛППТ.

В группе ЛППТ – два типа лекарственных препаратов: первые основаны на осознанном манипулировании генами человека, а вторые – на модификации живых клеток, вплоть до создания у них свойств, не заложенных природой. До сих пор в нашей фармотрасли отсутствовали коллективы, могущие разработать и внедрить в клиническую практику продукты подобного уровня, способные перевернуть человеческое представление о способах и эффективности борьбы с онкологической, аутоиммунной и врождённой патологией. Но вот теперь и в России появилась «медицина обозримого будущего», нацеленная не просто на лечение болезни, её симптомов, а на превентивную защиту организма, исправление первичных дефектов на уровне гена.

«Что значит обозримого? – возможно, уточнит пытливый читатель. – Сколько же нам, запасшись терпением, ждать – месяцы, годы, десятилетия?»

Отдел перспективных исследований включает три современные лаборатории международного уровня – молекулярной генетики, геномной терапии, цитологии. Они являются логическим продолжением той работы, которую «спецы» BIOCADA начали год-два назад, и

Однако надо понимать, что подойдут к «выходу» препараты уровня ЛППТ лет эдак через семь. Впрочем, по заверению Д.Морозова, есть и такие инновационные комплексные продукты, которые гораздо быстрее окажутся на фармрынке, некоторые – уже в следующем году.

...Разрезав красную ленточку, протянутую через коридор, ведущий в «анфилады» современных лабораторий – а они занимают 400 м²! – министр и руководитель компании в сопровождении группы чиновников Минздрава, Минпромторга, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, а также многочисленных журналистов пошли осматривать помещение за помещением. Времени В.Скворцова не жалела: задавала вопросы сотрудникам на рабочих местах, но всё же гораздо больше слушала, чем говорила сама. Как профессионал высокого класса взвешивала произнесённое «экскурсоводом» – руководителем новоиспечённого отдела перспективных исследований Александром Корабельским, изредка что-то уточняла.

Когда тот рассказывал о практическом механизме применения CAR-T-клеточной терапии, министр спросила: «Как вы планируете использовать механизм адресной доставки клеток?» И услышав, что таблетка сама найдёт опухолевую клетку – при наличии онкогематологического заболевания, это будет системное действие, а в случае солидной опухоли применится комбинация с антителами – удовлетворённо кивнула головой.

Новые научно-исследовательские лаборатории, в организацию которых биотехнологическая компания вложила уже более 100 млн руб., начинены десятками единиц высокотехнологичного оборудования. Названия их всплывали в 3D-очках, что по предложению хозяев на несколько минут надели глава Минздрава, её заместители Татьяна Яковлева, Сергей Краевой, заместитель министра Минпромторга Сергей Цыб. Заданная программа формировала визуально объёмное, трёхмерное изображение.

Подумалось: Петербургский международный экономический форум с приуроченными к нему новосельями, бурными дискуссиями и «рутинным» подписанием соглашений о партнёрстве, в том числе в сфере здравоохранения, тем и хорош, что помогает мыслям «выйти за пределы экрана», взглянуть на будущее отрасли с разных точек.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

– Ян Владимирович, вы являетесь экспертом-консультантом Экономического и социального совета ООН, постоянным представителем РФ во Всемирной ассоциации инвалидов с РС и в Европейской платформе по проблемам инвалидов с рассеянным склерозом Департамента социальной политики Европейского союза, членом Международной федерации рассеянного склероза. Это даёт основание спрашивать вас не только о состоянии дел в нашей стране, но и в целом мире. Важно понимать, как мы выглядим на общем фоне?

– Должен сказать, что в целом мы выглядим неплохо. Единственное, что у нас есть некое разночтение в том, как оценивают заболеваемость рассеянным склерозом учёные в России. Допустим, в регистре Минздрава порядка 85 тыс. пациентов, а по нашим оценкам – около 120 тыс. При этом в среднем у нас распространённость примерно 46-50 на 100 тыс. населения, как и в Европе.

У нас немного запаздывает ранняя диагностика для жителей малых городов и сельских поселений; что же касается жителей больших городов, там успешно работают центры специализированной помощи и ранней диагностики и лечения.

Кроме того, мы немного отстаём в плане регистрации новых лекарственных средств в России, но не фатально. Примерно всё, что сейчас производится в мире из лекарственных средств, в стране есть.

Другое дело, что оставляет желать лучшего скорость введения этих препаратов в специальные перечни, которые значительно повышают доступность препаратов, так как финансируются из бюджета. К примеру, терифлуномид был включён в федеральный Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) с 2016 г., спустя 2 года с момента регистрации в РФ, но это первый шаг к включению в перечень централизованной закупки Минздрава. До момента включения в перечень 7 высокотратных нозологий новые препараты потенциально должны обеспечиваться за счёт регионального бюджета, но, к сожалению, данный канал финансирования весьма ограничен в связи с глобальным дефицитом в здравоохранении.

С другой стороны, Федеральная программа обязательного обеспечения пациентов с рассеянным склерозом есть только в России. Благодаря этому потребность в препаратах покрывается примерно на 70% (от выявленной, а не от реальной).

А вот где мы действительно сильно отстаём – это в страховой медицине. Она совершенно неэффективна!

Сегодня Россия вообще является одной из немногих стран, где страховые компании не участвуют в обеспечении больных препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза (ПИРС). В других странах приобретение лекарственных средств, в том числе дорогостоящих, обеспечивается страховыми компаниями, а у нас – прямым финансированием.

Сейчас наше правительство придерживается курса на импортозамещение. Но пока что качество

Наши интервью

Рассеянный склероз побеждаем шаг за шагом

Это чётко доказывают успехи мировой и отечественной медицины



наших биоаналогов и дженериков – это отдельный вопрос.

– **Какое место у нас более слабое: диагностика или лечение?**

– Здесь есть две крайности: если ранняя диагностика в городах находится на неплохом уровне, то в сельских районах – на безобразно низком. Что касается лечения, система позволяет пациенту достаточно быстро получить лекарственные средства. Необходим только правильный подбор ПИРС. Однако мы вынуждены постоянно принимать во внимание систему импортозамещения. По существующему законодательству, врачи не могут получить препарат по его торговому наименованию, а только по непатентованному и в варианте наименьшей цены, что не всегда в интересах пациента.

– **Существуют ли отличия в обеспечении лечением в разных регионах страны?**

– Одно дело – включить это в законы и ввести препарат в оборот, и совсем другое – довести его до пациента. Если у нас, допустим, в Хабаровском крае плотность населения – 1 человек на 300 км², то представляете себе, как сложно довести туда этот препарат, ведь логистика тоже стоит денег. Возможно, следует создавать условия для компаний-производителей, которые взяли бы на себя ещё и эту, отчасти социальную миссию: обеспечение регионов. Сейчас мы над этим работаем.

– **Что вы думаете о степени информированности о заболевании, как населения, так и медицинского сообщества?**

– На сегодняшний день степень информированности, безусловно, в разы превышает то, что было хотя бы 3-4 года назад, и в десятки раз (именно так) – то, что было 10 лет назад.

Если говорить о населении, то сейчас существуют достаточно большие сайты общественных организаций. Например, сайт

Прошёл Всемирный день борьбы с рассеянным склерозом, за ним – Всероссийский день борьбы с рассеянным склерозом. Чем вызвано такое внимание к этому заболеванию? Что нового сегодня есть в арсенале медиков для борьбы с ним и какова в данном случае роль общественности? Об этом мы беседуем с профессором кафедры неврологии и нейрохирургии Самарского государственного медицинского университета, президентом Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом, членом Российского общества исследователей рассеянного склероза, доктором медицинских наук Яном ВЛАСОВЫМ.

Общероссийской общественной организации инвалидов – больных рассеянным склерозом (ОООИБРС) содержит почти 400 тыс. страниц текстов. Причём там и правовая информация, и тексты по препаратам, и форум, где обсуждаются те или иные препараты, рассказывается, как правильно и что можно делать. Общественные пациентские организации с 2006 г. широко проводят школы общественных экспертов, правовые вебинары и тренинги.

В прошлом году, например, было проведено порядка 600 вебинаров для пациентов и представителей активного гражданского сообщества.

Существуют специализированные сайты для врачей, в частности, нашего сообщества – Российского комитета исследователей рассеянного склероза – РОКИРС/RUCTRIMS. Есть возможность и ссылки выхода на сайты европейских организаций, европейских компаний.

Проходят международные научно-практические конференции (в среднем 2 раза в год). На российские встречи приглашаются лекторы из-за рубежа, обсуждается наиболее позитивный опыт лечения и ведения больных с РС. Несколько лет проводятся выездные школы неврологов, в которых участвуют все ведущие отечественные специалисты в данной области.

Поскольку рассеянный склероз включён в статьи федерального законодательства, то информация о нём в виде нормативно-правовых актов поступает и в административные органы. Там уже тоже существует понимание, что это социально значимое заболевание.

Помимо этого ежегодно проводятся социальные акции, направленные на повышение осведомлённости об этом заболевании среди населения. К примеру, в этом году ОООИБРС была организована выставка фотографий девушек и

женщин с этим диагнозом в центре Москвы «Вместе мы сильнее рассеянного склероза». А затем ещё и флешмоб на Тверском бульваре, где в небо были выпущены сотни воздушных шариков в знак солидарности и поддержки больных с рассеянным склерозом. По нашим данным, аудитория проекта составила более 6 млн человек.

– **Что вы можете сказать о современных подходах к терапии? Есть ли здесь определённые прорывы, как во многих других нозологиях, где ситуация стремительно меняется, появляются новые препараты и методики?**

– Сейчас существует возможность достаточно свободного обмена информацией между медиками всего мира, поэтому мы всегда в курсе новинок.

Если же говорить о практике, то принятые стандарты оказания медицинской помощи, в том числе и лечения рассеянного склероза, но сейчас они находятся в стадии обновления. Мы очень надеемся, что в августе они попадут в Минюст и наконец-то будут узаконены. Сейчас в этих стандартах появился новый препарат, на который мы возлагаем большие надежды в связи с его низкими побочными эффектами, удобством применения и эффективностью.

Что касается выбора методики лечения, необходимо учитывать ряд факторов, в том числе активность течения заболевания.

В случае препаратов первой линии важными критериями выбора являются эффективность, благоприятный профиль безопасности, хорошая переносимость и удобство применения. Препараты второй линии назначаются при более агрессивном течении заболевания, однако наряду с превосходящей эффективностью они имеют потенциально более серьёзные побочные эффекты и нуждаются в строгом мониторинговании.

– **Вы являетесь не только президентом ОООИБРС, но и**

сопредседателем Всероссийского союза общественных объединений пациентов, членом Общественного совета при Минздраве России, активно участвуете в работе ряда других подобных организаций. Почему вы выбрали эту тему? Как удаётся воспринимать её с точки зрения не только медика, но и пациента?

– Рассеянным склерозом я начал заниматься 25 лет назад. Это меня полностью занимало и в научном, и в лечебном плане, и в плане организации помощи. Сейчас это часть меня, моей жизни.

Первое впечатление запомнилось навсегда: ещё в студенческие времена был потрясён, когда увидел молодую красивую девочку, неподвижно сидящую на кресле, и понял, что у неё нет ни одного шанса встать...

Это накладывает очень серьёзный отпечаток на мироощущение, поверьте мне.

Особенно, если попробовать встать на сторону больного, увидеть мир его глазами...

– **Какими вы видите перспективы борьбы с этим заболеванием в России и возможности помощи подобным пациентам?**

– Перспективы у нас достаточно хорошие, поскольку сделано действительно немало. Существует правовая база и так называемая структурная компонента, включающая в себя и медицинскую, и пациентскую, и административную части. Работают общественные организации. Остаётся только подтянуть «социалку» и упростить систему прохождения инновационных лекарственных средств на наш внутренний рынок.

Мы должны развиваться, нам нужны новые технологии продвижения, новые обоснования и доказательства эффективности лекарственных средств. Надо избавляться от старых лекарств, связанных с большим количеством побочных эффектов и низкой эффективностью, давать возможность, что называется, свежим препаратам, инновационным средствам приходить к нам на рынок.

Но важен ещё и человеческий фактор: не теряющие присутствия духа люди (причём с тяжёлыми заболеваниями) десятки лет остаются социально активными, а заболевание прирастает незначительно. Если сами пациенты будут сильны, если они научатся противодействовать болезни и при этом приносить пользу другим, они превозмогут все неприятности и дождутся наконец момента, когда заболевание станет излечимым.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Новости

На помощь — в любое время суток

В Омске завершилась масштабная антинаркотическая акция, проходившая с начала и до конца июня во всех 5 округах областного центра с более чем миллионным населением.

Акция была организована Департаментом общественной безопасности администрации города

в преддверии Международного дня борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотических средств, ежегодно отмечаемым 26 дня первого летнего месяца. В ней участвовали медики регионального клинического наркологического диспансера, волонтеры Омского государственного университета путей сообщения,

члены добровольных народных дружин, активисты общественных организаций.

Акция проводилась в рамках непосредственного общения её организаторов и участников с подростками, студентами вузов и колледжей, просто прохожими. На остановках общественного транспорта молодые люди раз-

дали за месяц омичам и гостям областного центра свыше 10 тыс. тематических листовок с информацией о вреде наркомании и телефонами и адресами организаций, осуществляющих лечение. Были развернуты специальные информационные стенды, прямо на улицах велись консультации по вопросам профилактики и из-

бавления от наркозависимости. Многих интересовало, куда можно сообщить о торговле наркотиками, какие лечебно-профилактические учреждения оказывают помощь в лечении наркозависимых. Все желающие могли сфотографироваться с плакатами, призывающими к здоровому образу жизни, а затем выставить снимки в социальных сетях.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В Республиканском центре охраны здоровья семьи и репродукции проведены исследования более тысячи дагестанских женщин по новой современной методике раннего выявления случаев предраковых и раковых заболеваний шейки матки с использованием жидкостной цитологии (ПАП-тест), которая внедрена с марта 2016 г. Дагестан стал первой республикой в Северо-Кавказском федеральном округе и 13-м регионом в России, внедрившим эту методику.

ПАП-тест является на сегодняшний день самым надёжным методом диагностики рака шейки матки, входит в стандарты оказания медицинской помощи при гинекологических заболеваниях и рекомендован Всемирной организацией здравоохранения в качестве золотого стандарта для исследований цервикальных мазков. Оборудование поступило в январе 2016 г.

Государственные медицинские учреждения республики в рамках диспансеризации взрослого населения при проведении профилактических осмотров женщин в возрасте от 20 до 60 лет осуществляют забор мазков из цервикального канала для направления материала в цитологическую лабораторию и последующего исследования методом жидкостной цитологии. С медицинскими учреждениями республики заключены договоры, что позволяет пациентам с направлениями из больниц и женских консультаций проводить процедуру бесплатно, за счёт средств ОМС. Женщины с выявленными изменениями, по результатам цитологического исследования,

Профилактика

Самый надёжный метод

Онкозаболевания успешно определяются на начальных стадиях



Новый метод цитологии даёт конкретные результаты на самых начальных стадиях заболевания

будут проконсультированы в кабинете патологии шейки матки для определения дальнейшей тактики ведения.

В период с января по март 2016 г. на базе Республиканского центра охраны здоровья семьи и репродукции проведены семинар-

ские занятия с врачами кабинетов охраны репродуктивного здоровья и ответственными врачами по патологии шейки матки медицинских организаций районов и городов республики. Во время семинаров специалисты с периферии обучались технике забора материала на

жидкостную цитологию с демонстрацией оборудования, интерпретации результатов анализов, тактике дальнейшего ведения пациентов с положительными результатами с выдачей специального инструментария и расходного материала.

Метод жидкостной цитологии позволяет определять онкозаболевания на начальных стадиях. Суть технологии заключается в том, что процессор выполняет изготовление цитопрепарата автоматически и по стандартно заданной программе. Качество исследования объективно повышается благодаря равномерному распределению препарата на слайде-стекле.

«Весь материал, полученный с шейки матки посредством щётки, переносят не на стекло, как в случае приготовления традиционного мазка, а вместе со съёмной головкой собирающего устройства погружают во флакон с консервирующей жидкостью и отправляют в лабораторию. Важное преимущество этого метода – все собранные клетки переходят в суспензию и в дальнейшем пропорционально – в микропрепарат, тогда как в традиционной цитологии на предметное стекло попадает не более 20% клеточного материала. Уже очищенный препарат размещается равномерным слоем

на стекле-слайде, обеспечивая высокую точность непосредственно процесса исследования, следовательно, и полученного результата. Соответственно, увеличивается чувствительность методики до 95%, в то время как классическая традиционная цитология чувствительна только на 45-50%», – рассказывает главный врач центра Арсен Хархаров.

Рак шейки матки является вторым по распространённости среди онкологических заболеваний у женщин после рака молочной железы. Ежегодно в Дагестане регистрируется около 140 случаев рака шейки матки, 35-40% из них – уже на II стадии, то есть не на ранних стадиях. Из тысячи проведённых исследований за 3 месяца в 59% выявлена патология.

Целью внедрения настоящей программы стало развитие системы автоматизированного скрининга рака шейки матки в Республике Дагестан для организации мер, направленных на профилактику и выявление первичных изменений органа, следовательно, снижение показателей заболеваемости и смертности.

Зарина АГМАДОВА,
внест. корр. «МГ».

Махачкала.

Деловые встречи

Вопросы инфекционной патологии

Вирусные гепатиты: плюсы на фоне минусов

В Кубанском государственном медицинском университете прошёл межрегиональный форум «Актуальные вопросы инфекционной патологии Юга России». Эта традиционная научно-практическая конференция собрала более 300 ведущих специалистов из различных регионов для обмена новой информацией и повышения квалификации. В мероприятии приняли участие главный инфекционист Министерства здравоохранения РФ Ирина Шестакова, министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов, заместитель руководителя Управления Роспотребнадзора по Краснодарскому краю Татьяна Гречаная, главный инфекционист регионального Минздрава Владимир Городин, ректор КубГМУ Сергей Алексеев, ведущие специалисты России в области инфектологии.

Организаторы форума: Минздрав России, Национальное научное общество инфекционистов, Кубанский ГМУ, Минздрав Краснодарского края, АНО «Содружество профессионального содействия врачам Северо-Запада».

По словам Е.Филиппова, инфекционным болезням в регионе уделяется самое пристальное внимание, поскольку Краснодарский край ежегодно посещает более 15 млн отдыхающих, что является высоким внешним фактором риска. Этот риск усугубляется миграционными процессами и массовыми мероприятиями. Поэтому подобные конференции имеют большое значение для Кубани.

И.Шестакова, отметила значительное расширение

тематики обсуждаемых на форуме вопросов. В рамках своего доклада «Инфекционные болезни в современном мире. Задачи инфекционной службы» она подчеркнула, что в стране продолжает увеличиваться число опасных инфекционных заболеваний, и это наносит серьёзный ущерб бюджету страны. Ситуация усугубляется за счёт увеличения трансконтинентальной миграции и плотности населения, ухудшения экологической обстановки, а также из-за роста необоснованного применения противомикробных препаратов, вызывающего устойчивость микроорганизмов к терапии.

Академик РАН Виктор Малеев, (ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора,

рассказал о новых вирусных инфекциях как глобальной проблеме XXI столетия, в частности, об опасностях, связанных с распространением лихорадки Зика.

Среди наиболее актуальных тем, находившихся в фокусе внимания в рамках форума, были вопросы терапии вирусных гепатитов. Наряду с проблемами в данной области докладчики отметили кардинальные позитивные изменения, произошедшие за последний год, которые позволили существенно повысить эффективность и безопасность терапии гепатита С.

Профессор Елена Эсауленко, (Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет) напомнила, что вирусные гепатиты продолжают остро беспокоить медицинское сообщество. Хотя по данным совместных исследований Института Пастера и Центрального НИИ эпидемиологии в Москве за 2012-2015 гг., заболеваемость этими патологиями в РФ снижается. Среди благоприятных тенденций Е.Эсауленко также отметила уменьшение числа неverified случаев острых

вирусными гепатитами за счёт регистрации и улучшения диагностики. В то же время заболеваемость хроническими гепатитами В и С увеличивается и продолжает расти среди людей молодого и среднего возраста. Летальность от гепатитов в нашей стране за последние 3 года связана с гепатитами В и С. В частности, вызванный ими цирроз печени поражает 1 человек на 100 тыс. населения.

Е.Эсауленко также обратила внимание на важное повышение охвата современными методами терапии. Докладчик подчеркнула, что необходимо учитывать не только стоимость лечения, но и её эффективность.

За три дня форума российские инфекционисты и эпидемиологи обсудили целый ряд насущных проблем, стоящих перед инфекционной службой страны, ознакомились с фундаментальными исследованиями в области эпидемиологии и инфекционной патологии, обменялись опытом в сфере использования передовых медицинских технологий по диагностике, лечению и профилактике инфекционных болезней у взрослых и детей. В рамках форума также прошло заседание профильной комиссии по специальности «инфекционные болезни» Минздрава России.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Краснодар.

Новости

В Российском научном центре «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова (Центр Илизарова) проведена уникальная операция по использованию в краниопластике черепа имплантата из керамического гидроксипатита. Первое для уральского округа оперативное вмешательство провели нейрохирург центра Ольга Павлова и нейрохирург Научно-исследовательского детского ортопедического института им. Г.И.Турнера Виктор Снитцук.

Краниопластика с помощью принтера

На операционном столе находился 7-летний Ярослав из Курганской области (г. Шумиха), который ещё в 4-летнем возрасте попал в ДТП. В результате аварии ребёнок получил тяжёлую черепно-мозговую травму, санавиацией был доставлен в курганскую областную больницу, где его прооперировали. У врачей была надежда, что возникший костный дефект в черепе ребёнка почти 7 x 5 см зарастёт сам собой, учитывая его малый возраст, однако этого не произошло. Каждый день Ярослав подвергался опасности от внешних факторов, перестал ходить в детский сад.

Мальчику требовалась краниопластика черепа. В Центре Илизарова нейрохирурги решили провести операцию с использованием итальянского имплантата из керамического гидроксипатита. Изготавливается он по индивидуальной модели на основе снимков компьютерной томографии. 3D-принтер выдаёт идеальное по всем параметрам медицинское изделие. По словам врачей центра, используемый материал имеет явные преимущества перед другими имплантатами: он биологически инертен, нетоксичен для организма, не обладает иммуногенностью и постепенно срастается со здоровыми тканями. Дело в том, что керамический гидроксипатит схож по своему составу с натуральной минеральной тканью, из него почти на половину состоят кости здорового человека. Данный вид имплантатов – наиболее эффективен в компенсации дефектов черепа у пациентов в раннем возрасте, когда растущие ткани постепенно замещают искусственный имплантат.

Дорогостоящую операцию маленькому пациенту профинансировал благотворительный фонд «Линия жизни».

Ярослав стал вести активный образ жизни уже на 2-й день после операции. Мама надеется, что теперь она сможет со спокойным сердцем проводить ребёнка в 1-й класс.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сити!

Курган.

Исследования

«Убийцы» и мишени

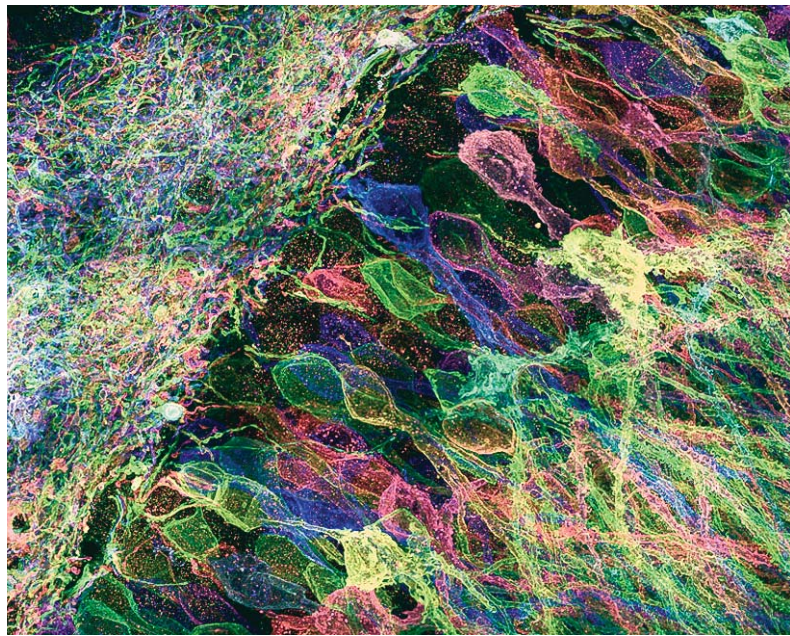
Стволовые клетки развиваются в нишах, пребывая в постоянном контакте с близкой и удалённой «периферией». Структура ниш становится всё более «видимой», благодаря чему проясняется многое из того, о чём приходилось только догадываться. Массачусетский технологический институт (МИТ) создал микроскоп нового поколения с разрешением 70 нанометров, то есть 0,07 микрона. Можно заметить, что в обычный микроскоп с трудом видны микробы длиной 1 микрон, в МИТе поэтому стало возможно увидеть молекулы белков и РНК в нейронах и их клеточном окружении.

Созреванием и развитием нервных клеток «управляют» хорошо известные молекулы, например допамин и ГАМК (гамма-аминомасляная кислота). Первый поддерживает жизнеспособность клеток мозга и генерирует чувство удовольствия (Reward), вторая гасит нервную активность. Но что эти вещества делают в микробах, в частности молочнокислой *Lactobacillus*, активность которой в кишечнике меняет воздействие ГАМК на мозг мыши? Известно, что у абиотических мышей, выращенных в стерильных условиях, отмечаются изменения в структурах мозга.

И.Мечников открыл макрофаги, за которые получил Нобелевскую премию, как и профессор Копенгагенского университета Йонс Фибигер, открывший личинку, вызвавшую рак желудка у мышей. Предшествовало развитию опухоли воспаление слизистой, и лишь через десятки лет стало ясно, что макрофаги выделяют окись азота, которая «рвёт» цепи ДНК (DNA-damage). Макрофаги коммуницируют с Т-лимфоцитами, запуская иммунный ответ с помощью интерлейкинов (IL), белковые рецепторы которых есть и на клетках гиппокампа, нейроны которого отвечают за память (похоже, что и за иммунную тоже). Активированные интерлейкинами макрофаги вызывают воспаление, но увеличение «дозы» IL в них в норме тормозит его. А.Сергушичев, сотрудник одного из петербургских университетов, с коллегами по Вашингтонскому университету в Сент-Луисе показали, что активация макрофагов «модулирует» опухолевую нишу, используя при этом итаконат, представляющий собой производное янтарной кислоты, синтезируемое самими клетками. Учёные выяснили, что модуляции этого антиоксиданта, «гасящего» воспаление, подвергаются и

долгоживущие клетки противоопухолевой памяти. Выключение гена фермента, отвечающего за отторжение, привело к отсутствию Т-клеток иммунной памяти.

Европейское общество медонкологии сообщило на своей встрече в Барселоне об успехе, достигнутом в фазе III клинических испытаний моноклональных антител (Xilonix) в лечении нежелательного воспаления, приводящего к раку толстой кишки. Антитела подавляют рост опухолевых сосудов (ангиогенез).



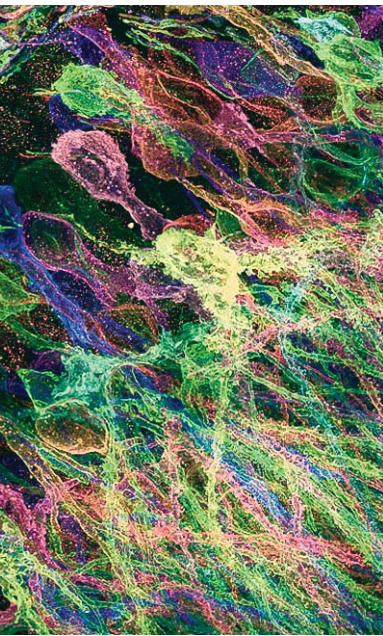
Клеточная ниша, в которой развиваются нервные клетки с их отростками

нез), стимулируемый одним из интерлейкинов. Их действие было опробовано на 309 пациентах с метастазирующими опухолями, которые устойчивы к оксалиплатину и ириногтекану. Действие антител на три четверти увеличило ответ на эти лекарства и в 3 раза – жизнь людей (до года вместо 4 месяцев).

Активированные Т-лимфоциты стимулируют реакцию иммунных клеток с помощью цитокинов, то есть белков, подстёгивающих клеточную «кинетику». К ним относится, в частности, активин, который, как выяснили в одном из институтов калифорнийской Ладжоллы, способствует созреванию Т- и В-клеток. Последние синтезируют антитела, которые служат «наведением» иммунных клеток «убийц» на раковые мишени. Опухолевые клетки для своего роста синтезируют белковые рецепторы интерлейкина, что позволило мексиканским учёным из Автономного университета в Сарагосе использовать эту ахиллесову пятую. Для этого они функционализировали

IL на наночастицах, которые стали «мостиком» между раковыми и иммунными клетками.

В том же Сент-Луисе для «прорыва» волокнистых (фибриллярных) оболочек ниш, в которых растут опухолевые клетки поджелудочной железы, применили блокаторы фермента, способствующего адгезии фибрилл (FAK – Focal Adhesion Kinase). Ингибиторы энзима хорошо показали себя при лечении мышей с моделью данной опухоли. Вселяет надежду то, что авторы



делают с десяток подобного рода подходов к лечению железистой опухоли, подавляющей активность иммунных клеток-«убийц». В описанных опытах им удалось вдвое увеличить жизнь мышей.

Ян Вилмут 20 лет назад объявил в Эдинбурге об овечке Долли – первом клоне млекопитающих, успех чего «стимулировал» запрет любых попыток клонирования человека. При этом законодатели не стали разбираться в том, что в любом организме постоянно идёт клонирование клеток, без чего невозможно себе представить нашу жизнь и жизнь тех же опухолей.

Коммуникации лейкоцитов, к которым относятся и Т-лимфоциты, способствуют белки интерлейкины, служащие для «пробуждения» и «успокоения» иммунного ответа, в том числе и противоракового.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature Immunology.

Современные технологии

В целях доскональной диагностики

Научная группа из США разработала компьютерную программу, которая может стать существенным подспорьем для онкологов-диагностов. Искусственный интеллект, способный находить больные клетки среди здоровых, был представлен на Международном симпозиуме по биомедицинской визуализации.

В рамках симпозиума проводилось соревнование по диагностике рака молочной железы среди частных организаций и исследовательских институтов. Всем участникам было предоставлено некоторое количество снимков лимфоузлов. Необходимо было распознать, присутствуют ли на изображениях клетки злокачественных опухолей.

В итоге точность распознавания раковых клеток при использовании только искусственного интеллекта без человеческого фактора достигла 92%, что сравнимо с точностью определения клеток человеком (96%). Если врач-патолог использовал в работе программу, а не полагался только на свой опыт, вероятность верного диагноза составляла 99,5%.

Один из авторов исследования, сотрудник Гарвардской медицинской школы и Института изучения рака Медицинского центра Бет-Изрейел Эндрю Бек сообщил, что на мысль создать самообучающуюся компьютерную программу для диагностики их натолкнула рутинная работа патологов, всматривающихся в микроскопы, чтобы среди миллионов здоровых клеток увидеть или не увидеть

небольшое количество больных. Искусственный интеллект, разработанный научной группой, умеет, в том числе, распознавать речь и изображения.

Профессор Бек рассказал, что для того, чтобы обучить программу, они использовали сотни снимков, на которых патологи отмечали больные клетки среди здоровых. Созданная на основе их компьютерная классификация совершенствовалась с помощью новых изображений, представлявших всё более и более сложные случаи рака. Э.Бек добавил, что необходимость в такой программе появилась ещё 30 лет назад, но только сейчас технологии позволили её реализовать.

Алина КРАУЗЕ.
По информации sciencedaily.com

Иген

«Ни сна, ни отдыха измученной душе...»

Американские учёные предложили противоречивый, на первый взгляд, способ борьбы с хронической бессонницей: чтобы противостоять ей, надо меньше лежать в постели. Новые исследования специалистов из Университета штата Пенсильвания в США показали, что люди, имеющие проблемы с засыпанием или с ночным сном, могут избежать хронической бессонницы, если будут меньше времени проводить в постели.

К примеру, если человек засыпает в 11 часов вечера и ставит будильник на 7:30, но просыпается в 5:30, то эксперты советуют не лежать в постели без сна, а вставать и заниматься делами. Результаты работы показали, что этот способ помог 70-80% участников эксперимента с краткосрочной или острой бессонницей.

Руководитель исследования психиатр Майкл Перлис и его коллеги проанализировали данные более 450 человек, которые вели дневники сна. В течение полугода учёные наблюдали, как у них менялся сон в зависимости от времени пребывания в постели.

Результаты показали, что у 394 человек сохранился здоровый

сон, у 36 развилась острая бессонница, которую они смогли преодолеть, а у 31 участника острая бессонница переросла в хроническую. Результаты анализа данных показали, что те, кто смог справиться с острой фазой бессонницы, сократили время лежания в кровати, а те, кто заработал хроническую форму, увеличили его.

По официальной статистике, ежегодно от острой бессонницы страдают около 20-50% американцев. Специалисты определяют её как проблемы с засыпанием и сном 3 и более ночей в неделю в течение периода от 2 недель до 3 месяцев. Когда такое состояние сохраняется дольше, эксперты говорят о хронической бессоннице – ею страдают около 10% американцев.

Как считают врачи, она приводит не только к ухудшению умственной и физической работоспособности человека, но и увеличивает риск развития психических расстройств, включая депрессию, а также хронических заболеваний, в частности диабета, гипертонии, болезней сердца.

Ян РИЦКИЙ.
По сообщению
Medical News Today.

Ракурс

Кто не курит и не пьёт, тот от рака не умрёт?

Учёные из США во главе с Линдси Колер из Университета Аризоны объявили, что здоровый образ жизни может существенно снизить вероятность развития некоторых онкологических заболеваний. Данные, с которыми работали специалисты, отражали, как участники вышеуказанных исследований (люди в возрасте от 25 до 79 лет, преимущественно белые) соблюдали рекомендации врачей по предотвращению развития рака.

Эти рекомендации опубликованы, например, на сайте Всемирного фонда изучения рака: заниматься спортом не менее получаса в день, контролировать вес, не употреблять алкоголь, высококалорийную пищу и напитки, содержащие много сахара, стараться есть меньше соли и красного мяса, а больше фруктов, овощей, бобовых культур и круп. Команда Л.Колер проследила взаимосвязь между тем, насколько возможно было появление определённого вида онкологических заболеваний в зависимости от того, как респонденты следовали этим указаниям.

Выяснилось, что хотя ведение здорового образа жизни и не гарантировало полной устойчивости к раку, так как кроме факторов, на которые люди имеют влияние, есть ещё, например, генетика, но риск заболеть у тех,

кто соблюдал рекомендации, был значительно меньше (на 10-45%). Смертность от уже появившегося заболевания у приверженцев здорового образа жизни также была ниже – на 14-61%. Среди тех, кто правильно питался и занимался спортом, рак молочной железы встречался реже на 19-60%, рак эндометрия – на 23-60%, колоректальный рак – на 27-52%.

На развитие рака яичников или простаты здоровый образ жизни почти не влиял, зависимость между следованием рекомендациям и появлением рака лёгких варьировалась в разных исследованиях. В одной из научных работ говорилось, что женщины, которые соблюдали хотя бы 5 правил из указанных, болели раком молочной железы на 60% реже, и каждое указание уменьшало вероятность развития болезни на 11%.

«Если вы придерживаетесь этих правил, то снизите риск развития рака или смерти от этого заболевания, хоть и не сведёте его к нулю, – резюмировала Л.Колер. – Кроме того, следование этим рекомендациям ведёт к более здоровой жизни в целом, что, в свою очередь, снизит вероятность появления других серьёзных болезней».

Борис БЕРКУТ.
По материалам газеты
Cancer Epidemiology,
Biomarkers & Prevention.

Однако

Религии в аптеке не место

Верховный суд США отказался заслушать дело владельцев семейной аптеки и двух фармацевтов, которые, ссылаясь на свои религиозные убеждения, требовали разрешить им не продавать средства экстренной контрацепции женщинам. Отказ от слушания дела означает, что в силе остаётся решение суда предыдущей инстанции, отклонившей иск фармацевтов.

Владельцы семейного бизнеса в Вашингтоне – продовольственного магазина и аптеки, расположенной на его территории – вместе с двумя своими фармацевтами требовали права отказывать женщинам в продаже средств экстренной контрацепции (их принимают в течение 72 часов после незащищённого секса, чтобы избежать беременности) по религиозным убеждениям.

Истцы ссылались на закон округа

Колумбия от 2007 г., согласно которому фармацевт может отказаться от продажи контрацептивов, если тому препятствуют его религиозные убеждения, но при этом может направить клиента к другому сотруднику той же аптеки.

Поскольку и владельцы аптеки, и работающие у них фармацевты – верующие христиане, они потребовали права полностью отказаться от продажи так называемых таблеток следующего утра в своей аптеке.

Пройдя через множество судебных слушаний, истцы получили вердикт 9-го окружного апелляционного суда Сан-Франциско, который запретил им отказывать в продаже контрацептивов. После того как это дело не согласился заслушать Верховный суд, в силу вступает решение 9-го окружного суда.

Американский союз защиты гражданских свобод (American

Civil Liberties Union, ACLU) одобрил решение Верховного суда. «Когда женщина идёт в аптеку, она не должна бояться, что её развернут прямо на пороге из-за религиозных взглядов владельца или человека за прилавком», – пояснил заместитель директора союза Луи Меллинг.

Теперь у религиозных фармацевтов и владельцев аптек есть два пути: отказаться от своих убеждений или покинуть аптечный бизнес.

В США борьба верующих с контрацепцией ведётся уже больше года. С сентября 2015 г. относящиеся к Церкви учреждения США имеют право не предоставлять работникам страховку, покрывающую средства контрацепции, которая является обязательной по Закону о доступном медицинском обслуживании, известному как Obamacare.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению Reuters.

Дословно

Первые с конца

На ЮАР приходится половина из еженедельно регистрируемых 5 тыс. новых случаев инфицирования ВИЧ среди молодых женщин, живущих в 14 странах Южной и Восточной Африки.

«Когда речь идёт об исправлении социально-поведенческих аспектов, это очень трудная борьба, особенно в группе молодых женщин 15-24 лет», – отметил министр здравоохранения ЮАР Аарон Мотсоаледи.

В ЮАР действует самая масштабная в мире программа терапии ВИЧ и СПИДа. При этом количество смертей, связанных со СПИДом, в стране сократилось с 320 тыс. случаев в 2010 г. до 140 тыс. в 2014-м. Снизилось и количество случаев передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку: в 2004 г. этот показатель достигал 70 тыс. детей, в прошлом году – 7 тыс.

В 2015 г., по данным ООН, за 15 лет на борьбу со СПИДом было потрачено 187 млрд долл. За это время количество новых случаев заражения ВИЧ снизилось на 35%, смертность в связи с заболеванием – на 41%.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению Reuters.

Взгляд

Многие онкологические ассоциации отказались от введения ПСА-теста в обязательную программу диспансеризации. Тест, в котором определяется концентрация простатического специфического антигена, признан неэффективным при выявлении рака предстательной железы.

Такая загадочная простата

По современным научно-клиническим данным, повышение концентрации простатического специфического антигена (ПСА) может быть связано с различными причинами и не всегда виной тому рак. На уровень биомаркера может влиять, например, воспалительное заболевание. Лишь у 25% мужчин, присутствие опухоли у которых было подтверждено с помощью биопсии, концентрация ПСА была действительно увеличена. Кроме того, этот анализ не позволяет определить, агрессивна ли опухоль.

Исследователи пытаются разработать более совершенный анализ, который действительно можно будет использовать в диагностических целях. Специалисты из Кливлендской клиники (США) создали IsoPSA, с помощью которого можно обнаружить молекулярные изменения в структуре

ПСА, а также выявить, является ли опухоль агрессивной. «Это позволит избежать назначения пациентам из группы низкого риска ненужной биопсии», – считает один из учёных-разработчиков нового теста Эрик Кляйн.

В клинических испытаниях теста пока приняли участие 132 пациента. Оценивалась способность IsoPSA определить, к какой группе риска принадлежит пациент, а также понять, является опухоль низкодифференцированной или высокодифференцированной. По сравнению с традиционным анализом тест был более информативным, и учёные считают, что он действительно может использоваться для диагностики злокачественных новообразований предстательной железы.

Борис БЕРКУТ.

По информации medicalxpress.com

Эксперименты

Противостоя раку

Исследовательская группа из Франции под руководством Саллаха-Эддина Аль-Батрана протестировала иммунотерапию на пациентах с распространённым раком желудка.

Всего в эксперименте принял участие 161 пациент. Больные из экспериментальной группы, проходившие не только химиотерапию, но и получавшие инъекции антител IMAB362, в среднем жили на 5 месяцев дольше (13 месяцев), чем те, кто проходил лишь химиотерапевтическое лечение (8,4 месяца).

Врачи пояснили, что при метастатическом раке желудка прогноз, как правило, неблагоприятный, несмотря на назначение химиотерапии, пациенты редко живут долго. Именно поэтому требуется эффективное лечение, способное продлить жизнь больных.

Антитела IMAB362 связываются с белком клаудином 18.2, расположенным на поверхности опухолевых

клеток. Результаты эксперимента показали, что дольше всего (17 месяцев) жили пациенты, концентрация белка у которых в раковых клетках была максимальной.

Учёные предполагают, что иммунотерапия с использованием этих антител подойдёт почти для половины пациентов, больных раком желудка, так как практически у 50% больных опухолевые клетки несут на своей поверхности клаудин 18.2. Важно и то, что этот белок присутствует только в опухолевых клетках, значит, терапия не будет влиять на здоровые ткани.

Белок определяется не только при раке желудка, но и в клетках рака яичника, лёгкого и некоторых других. В ближайшее время авторы планируют приступить к тестированию эффективности препарата на больных раком поджелудочной железы.

Ян РИЦКИЙ.

По информации upi.com

Ну и ну!

Орган из свиньи



Чтобы решить проблему дефицита донорских органов, учёные из Университета Калифорнии ввели человеческие стволовые клетки в организм эмбрионов свиньи. Когда зародыши созрели (через 28 дней), их удаляли для проведения анализа. Таким образом были созданы химерные эмбрионы свиньи.

По словам исследователей, химерные животные должны выглядеть как нормальные свиньи эмбрионы, за исключением поджелудочной железы. Она полностью состоит из человеческих клеток.

Учёные надеются, что такие органы будут совместимы с тканями пациентов при трансплантации.

Однако у подобных экспериментов есть и противники. Проблема в том, что присутствие клеток человека в организме животного способно оказывать влияние на мозг и поведение, поэтому есть опасения, что это приблизит животных к людям. Другим негативным последствием может стать появление ферм внутренних органов.

Подготовил

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Zee News.

А как у них?

В Германии решили переодеть весь медицинский персонал – от медсестры до главного врача. Жертвой этой идеи пал белый халат, без права на реанимацию.

Врачей, медсестёр и санитаров немецких больниц скоро будет трудно узнать. Вместо традиционных халатов с длинными рукавами им предстоит носить рубашки-туники с рукавами до локтя. Идея «переодеть» медицинский персонал принадлежит медицинскому концерну Asklepios с крупной сетью клиник в Германии. Первыми в новую униформу облачатся медработники гамбургских больниц. Как оказалось, причина метаморфозы – отнюдь не очередной каприз моды. Цель введения новых моделей медицинской одежды – защита пациентов от микробов.

По данным опроса, почти две трети немцев боятся попасть в больницу, где они смогут заразиться бактериями-мутантами, которые не уничтожаются даже

С немецких врачей снимают халаты

антибиотиками. По данным Института им. Роберта Коха, ежегодно в Германии регистрируется до 600 тыс. случаев заражений в больницах. От 15 до 40 тыс. человек ежегодно умирают, заражаясь мультирезистентными бактериями.

Причём эксперты предсказывают, что уже через несколько лет число жертв внутрибольничных инфекций может в значительной степени возрасти. Злоупотребление антибиотиками – одна из причин в распространении таких бактерий. Многие бактерии просто успели привыкнуть к антибиотикам, так как их используют уже несколько десятилетий.

Согласно итогам специально проведённых исследований, в числе переносчиков мультирезистентных бактерий в больницах нередко оказываются сами врачи и медсестры. Во время обычного

ежедневного обхода врач переходит от одного больного к другому, присаживается на его постель, осматривает горло, проверяет пульс, слушает сердцебиение. После контакта с пациентом доктору положено обрабатывать руки дезинфицирующим средством, но он при этом не переодевается в свежий халат. А ведь как раз его длинные рукава являются одним из основных рассадников микробов. Именно поэтому и принято решение их «укоротить». Об этом говорят исследования ведущих организаций.

Кстати, многие врачи уже успели выразить свою критику и нежелание расставаться с халатом. Казалось бы, уж кто-кто, а врачи на такие меры должны реагировать адекватно. В действительности же пришлось столкнуться с сопротивлением: основной аргумент – даже появление врача в традиционном

халате оказывает на больного положительный эффект. С такими медицинскими сотрудниками пришлось провести разъяснительную работу. Это были в основном медики старшего поколения, поначалу категорически отказывающиеся расставаться с традиционным «статусным» халатом.

Модели одежды, вводимой в больничной сети, разнятся в зависимости от того, каким видом деятельности занимается тот или иной работник. Белоснежные брюки и рубашка с воротничком-стойкой и застёжкой впереди – такие костюмы предстоит носить врачам.

Дипломированную медсестру или санитаря можно будет узнать по белой униформе, состоящей из брюк и лёгкой куртки с треугольным вырезом, с одной стороны декорированной серой вставкой, а с другой – косой зелёной по-

лоской. Практикантов облачат в белые рубашки и серые брюки, а вспомогательный персонал оденут во всё серое.

В университетской клинике Гамбург-Эппендорф, одном из крупнейших такого рода медицинских учреждений на севере Германии, рубашки с короткими рукавами введены уже давно. Их носят все сотрудники, имеющие контакт с больными. Правда, и традиционные белые халаты с длинными рукавами не отменены. Но отправляться в такой одежде к пациентам запрещено.

В общей сложности в рубашки-туники с короткими рукавами планируется облачить свыше 30 тыс. сотрудников. Модели больничной одежды нового образца разработаны и для 1700 пациентов.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Deutsche Welle.

Нас учили, что прообразом Чацкого в комедии «Горе от ума» были П. Чаадаев и В. Кюхельбекер. Но знаменитая и печальная история с Чаадаевым случилась гораздо позже выхода в свет комедии Грибоедова и уже после трагической смерти её автора.

Факты биографии

Пётр Чаадаев родился в Москве 27 мая 1794 г. Род Чаадаевых происходил от служившего в Москве выходца из Литвы по прозвищу Чаадай. Дед Чаадаева князь Пётр Васильевич Чаадаев жил в Москве. У него было 9 детей: 7 сыновей и 2 дочери. Его сын Яков Петрович Чаадаев (будущий отец братьев Чаадаевых) стал гвардейским офицером, участвовал в Шведской кампании 1788–1790 гг. и за проявленную отвагу был награждён Георгиевским крестом. В чине подполковника армии и поручика лейб-гвардии вышел в отставку и служил советником Нижегородской уголовной палаты. Женился на княжне Наталье Щербатовой, дочери знаменитого князя Михаила Михайловича Щербатова. Князь Щербатов – президент камер-коллегии, тайный советник, сенатор, историк и публицист, экономист и политик, философ, моралист, естествоиспытатель и энциклопедист своего времени, имевший библиотеку в 15 тыс. томов. Он написал 15-томную «Историю России» (с охватом до 1610 г.), которая позднее была использована выдающимся историком Н. Карамзиным в работе над трудом «История Государства Российского».

В период активной литературной деятельности Якова Петровича Чаадаева у него родились два сына: 24 октября 1792 г. – Михаил, а через полтора года (27 мая 1794 г.) – Пётр. После смерти родителей (отец скончался 23 октября 1795 г., мать – 8 марта 1797 г.) малолетние братья Чаадаевы были переданы на воспитание старшей сестре матери княжне Анне Михайловне Щербатовой, а опекунов было возложено на их дядю – князя Дмитрия Михайловича Щербатова, пышного вельможу екатерининской школы.

Странности за странностями

Но не всё было хорошо и благополучно. По не очень достоверным данным, Яков Петрович покончил с собой, брат Михаил всю жизнь страдал меланхолией, один из племянников по отцовской линии – каким-то психическим заболеванием.

В 1809 г. братья Чаадаевы, показав прекрасные знания, поступили в университет. Это был блестящий период Московского университета. Многие отрасли знания, в том числе и философия, были поставлены там на уровень европейской науки. Именно в университете братья Чаадаевы подружились с А. Грибоедовым, Н. Тургеневым. Чаадаев едва ли не с детских лет начал собирать библиотеку, переписывался со знаменитым Дени Дидро, а в 16 лет был одним из блестящих молодых людей московского большого света и одним из лучших танцоров. Аристократизм, гордая самостоятельность, дисциплинированный и строгий, почти не русский ум, необыкновенная начитанность – всё это характеристики Чаадаева с самой молодости!

По окончании университета, по дворянскому обычаю, молодых Чаадаевых ждала военная служба, и 12 мая 1812 г., в период войны с Наполеоном, они вступили подпорщиками лейб-гвардии в Семёновский полк. До взятия Парижа братья проходили службу

неразлучно. В августе 1812 г. оба участвовали в сражениях под Бородином. В сентябре 1813 г. Пётр Чаадаев перевёлся в Ахтырский гусарский полк и с этим полком участвовал в сражениях при Тарутине, Малом Ярославце, Люцене, Бауцене, Пирне, под Кульмом и Лейпцигом. За храбрость на полях сражений П. Чаадаев был награждён орденом Святой Анны IV степени, а 18 марта 1814 г. с русской армией вошёл в Париж.

Болезни великих

Ему грозили помешательство и маразм... Исполнилось 222 года со дня рождения П. Чаадаева



Прозвище философа в это время – «красавец Чаадаев». Ему прочили место флигель-адъютанта Александра I.

В 1818–1820 гг. Чаадаев был очень близок к Пушкину и Карамзину, а среди его друзей большинство составляли будущие декабристы. Любопытно, что в 1816 г. он был уже масоном пятой степени. В одной ложе с ним состояли Грибоедов, Пестель, Муравьев-Апостол и др., но в 1818 г. Чаадаев из членов ложи вышел. Близость к декабристам вовсе не означала, что Чаадаев был активным их деятелем: он был человек кабинетный, с созерцательным умом.

Надо ли говорить, как всех удивила неожиданная отставка Чаадаева. Этим, кстати говоря, был очень недоволен Александр I. Два года Чаадаев прожил в Москве, а потом уехал за границу и вернулся оттуда другим человеком.

«Либо смех, либо слёзы...»

Стоит сказать, что в те времена люди как-то не особо стеснялись, говоря о своих болезнях. Едва ли не вся Москва знала, что Чаадаева мучают сильные запоры и геморрой. Принято считать, что Чаадаев от природы страдал крайней нервной раздражительностью, а под влиянием досадной болезни, которую «ни самому посмотреть, ни другим показать», отставки и других, чисто духовных причин в нём «развилась такая мнительность и такая неустойчивость настроений, которые делали его настоящим мучеником». Сам Чаадаев говорил об этом так: «Моё нервическое расположение... всякую мысль превращает в ощущение, до такой степени, что вместо слов у меня каждый раз вырывается либо смех, либо слёзы, либо жест...» Брат Чаадаева называл его состояние

«гипохондрией» или «меланхолией». Сам Чаадаев также говорил о припадках «печали и отчаяния». Но вот парадокс: если человека в печали и отчаянии смерть порой не пугает совсем, то у Чаадаева был не только страх смерти, а ужас загробного возмездия. И в это время он только и думал о том, как спастись!

Перед заграничным путешествием Чаадаев обращался к известному петербургскому врачу,

ста. Запад, по сути, был един. История Запада – это как бы история одной семьи. В течение 15 веков они признавали над собой одну духовную власть, молились на одном языке. Их объединяла, несмотря на войны и реформы, одна христианская идея. Все западные народы – это как бы один человек, переходящий из возраста в возраст. Цельный и последовательный исторический процесс во всё

«Бедное сердце, утомлённое пустотой»

Чаадаев обращался то к одной, то к другой московской знаменитости: то к доктору Моквицу, то к специалисту по «магнетизированию» ординатору Преображенской психиатрической больницы Константину Игнатьевичу Солокогорскому. А постоянным лечащим врачом философа был доктор медицины и хирургии,

лейб-медику Карлу Яковлевичу Миллеру, который ему сказал, что в нём всё нервическое, даже слабость желудка, и рекомендовал лечиться морскими купаниями. Но пребывание на английском курорте Брайтон облегчения ему не принесло, и только какой-то английский доктор из Уоррингтона его «воскресил». Чаадаев побывал в Лондоне, на острове Уайт. Следом перебрался в Париж, потом побывал в Берне, Женеве, Милане, Риме, Флоренции, Мюнхене. В Карлсбаде лечился три месяца, затем переехал для «долечивания» в Дрезден, где застрел на полгода. Известно, что Чаадаев был пациентом немецкого врача и фармацевта, учившегося в Галле, Лейпциге и Вене, Фридриха Штруве, который первым организовал питьевой бювет и занимался изготовлением искусственных минеральных вод (современная немецкая фармакопия запретила их выпуск в 1969 г.). Налицо очевидный факт: Чаадаев всё время лечится, и всё время без успеха. В отчаянии он обратился к знаменитому френологу Францу Йозефу Галлю, которого за его лжеучение о возможности диагностики по форме черепа изгнали из Вены, не признал Наполеон, но который тем не менее имел широкую практику в Париже. Чаадаеву необычный подход Галля понравился, и он разом исцелился от своей ипохондрии, но ненадолго.

В Россию Чаадаев вернулся «более и горше прежнего». В Москве он «поддался мрачному настроению духа, сделался одиноким, угрюмым нелюдимом, ему грозили помешательство и маразм». Чаадаев позднее признавался, что в то время он «посягал на собственную свою жизнь»...

Знаменитое письмо

А теперь про знаменитое письмо Чаадаева. Адресовано оно частному лицу – Екатерине Дмитриевне Пановой, с которой он познакомился в 1827 г. в имении тётки в Дмитровском уезде. В итоге письмо он не отослал, а знакомство их постепенно прекратилось. Но письмо-то осталось.

Вкратце суть того, за что так жестоко досталось Чаадаеву, состояла в следующем. Он задаёт вопрос: почему Россия, тысячу лет относившаяся к христианскому миру, осталась этому миру чужда? Чаадаев считал, что смертный грех нашей истории состоял в том, что мы с самого начала отвергли принцип един-

ства. Запад, по сути, был един. История Запада – это как бы история одной семьи. В течение 15 веков они признавали над собой одну духовную власть, молились на одном языке. Их объединяла, несмотря на войны и реформы, одна христианская идея. Все западные народы – это как бы один человек, переходящий из возраста в возраст. Цельный и последовательный исторический процесс во всё

внёс порядок, всё дисциплинировал. А вот Россию Чаадаев назвал отщепенцем христианской семьи народов, «грустным историческим недоразумением». Мало того, он высказал мысль, которую тогда расценили как кощунство: «...или наша вера слаба, или наши догматы ошибочны». И ещё была одна декларация: «Западноевропейское общество идёт во главе человечества».

На стороне Чаадаева были немногие (А. Герцен, например). В общем, негодование понятно: получается, что Чаадаев отрицал ту Россию, о которой писал Карамзин и которая зиждилась на трёх китах: Православие, Самодержавие и Народность. Был вырван из контекста один пункт, который и ставили в упрек философу: «Россия, как она есть, равна нулю».

Примечательно, что муж Пановой, которой злосчастное письмо было предназначено, заставил и её подвергнуться «экспертизе на вменяемость». Её судьба была плачевна... Панова так же, как и Чаадаев, была признана официально властями сумасшедшей и помещена в «Частное заведение для пользования ума лишённых» доктора Василия Фёдоровича Саблера на Краснотельской улице – неподалёку от Новобасманной, где жил Чаадаев.

Кажется, не подлежит сомнению, что жизнь Петра Яковлевича Чаадаева сопровождалась тяжёлыми и длительными периодами сниженного настроения. В молодые годы он демонстрировал подъём духа, способность радоваться жизни и к чему-то стремиться. Но потом всё резко обрывалось. Прекрасное образование и блестящий ум безжалостно уничтожались длительными гипотимическими периодами. Уже к 1821 г. на смену приподнятому настроению пришли «тягостные думы, изматывающие нравственные и душевные силы...»

Чаадаева гнала за границу «тяжкая ипохондрия». Он пытался лечиться от неё морскими купаниями, диетой, прогулками, молочной сывороткой. Ничто из этого не помогало. Он лечился, как одержимый: пил по 10 кружек минеральной воды в день, беспрерывно гулял. Но тоска и непонятные припадки не проходили. Три года почти беспрерывного лечения – результат нулевой. Вернувшись в Россию, Чаадаев ощущает, что ему особенно тяжело пробуждаться ото сна и начинать новый день, его тяготят любые мелочи, кажется немилым весь белый свет. И всё это тянется 4 года.

заслуженный профессор, ректор и декан Московского университета тайный советник Аркадий Алексеевич Альфонский. Двое последних были участниками знаменитого консилиума у постели больного Гоголя.

Скорее всего, доктора не понимали жалоб Чаадаева. И не мудрено. Попробуй-ка свести воедино такие жалобы: головокружение, желудочные колики, «колотье в сердце и геморрой», снижение аппетита, да ещё объяснить ими сниженное настроение, бессонницу и тяжесть на душе! Сам пациент говорил об этом так: «Бедное сердце, утомлённое пустотой», и упоминал мысли о самоубийстве.

Чаадаев скептически относился к врачам, но и они не считали его истинным больным, полагали, что он болен «воображением». Но чем же врачи могли помочь? Насколько реальна была помощь психотерапевта депрессивному больному, когда он прекрасно отдаёт себе отчёт в неизбежности страданий и смерти?

Какой же диагноз стоит поставить Петру Яковлевичу Чаадаеву? Всё складывается так: биполярное расстройство, причём в течение всей жизни. Были у него эпизоды идей преследования, слезки и немотивированного страха. Конечно, никаким сумасшедшим он не был: мишень шизофрении – «мыслящая часть» мозга, а биполярного расстройства – гипоталамус.

А вот история болезни П. Чаадаева – очередное доказательство того, что ничто не мешает на «нервной почве» расти и органическим «цветам». За неделю до смерти он жаловался знакомому на боль и жжение в груди, а потом умер внезапно во время разговора. Замолчал – и всё...

Примечательно, как умело историю Чаадаева использовали большевики, объявляя больными «вялотекущей шизофренией» диссидентов вроде Вольпина-Есенина, Ж. Медведева, П. Григоренко и многих других. Потому весь мир до сих пор говорит: «вялотекущая шизофрения» – болезнь, которая встречается только на пространстве от Бреста до Южно-Сахалинска. Но всё-таки любопытно: а много ли отрядных перемен увидел бы Чаадаев сегодня, что написал бы он по этому поводу и насколько усомнились бы в его умственном здоровье наши современники?

Кирилл ОРЛОВ.

Москва.

А ещё был случай

Подлый кролик

...кролик юркнул
в большую нору
под шиповником...

(«Алиса в стране чудес»,
Льюис Кэррол).

Причём здесь Льюис Кэррол? Да в моём рассказе юркий кролик тоже главное действующее лицо, точнее блудо из него. Испугались?

Внимание: всех слабонервных и впечатлительных прошу дочитать до конца во избежание всяких комических или трагических ситуаций в вашей жизни. Во избежание...

А вот мы тридцать лет назад – «не избежали».

Получили мы эту посылку с кроликом в банке в собственном соку как раз накануне экзамена по детской хирургии в Смоленском медицинском институте. Завкафедрой профессор Иван Николаевич Ломаченков требовал от студентов крепких знаний по своей дисциплине, и мы учили «денно и ночью» с короткими перерывами на еду.

Но этот перерыв стал продолжительным и шумным – в честь «кролика» – упоминательного деликатеса для советского студента! Одни соседи нажарили картошечки, другие вытащили из «закромов Родины» солёные огурчики, и мы устроили пир. Банка с деликатесом в собственном соку оказалась слегка «бомбажной» на вид. Нас это смутило и разволновало – мы же уже сдали экзамен по инфекции. И всё же её водрузили на стол с саркастическим замечанием: «Если что – вскрытие покажет...» «Приветственный» хлопок



крышки нас очень насторожил, но не испугал окончательно. Решили проверить органолептические свойства «хитрого кролика». Нам, голодным студентам, они показались вполне удовлетворительными, и в течение двадцати минут содержимое банки исчезло. «Шустрый кролик» юркнул в желудки десяти студентов нашей группы.

Первой жертвой нашей беспечности стала я. По истечении часа после непродолжительной икоты кролик робко «попросился наружу» и донимал меня до утра. Если мои сокурсники посвятили эту ночь детской хирургии, то я – всеобщему бдению у унитаза. Если они пока опрометчиво считали, что виной всему мой хронический гастрит, то утро

развеело эти наивные предположения... В общежитский туалет выстроилась очередь. Да, 6-8 часов – «классика жанра» пищевых отравлений!

До института из общежития добирались короткими перебежками с санитарными остановками по наикратчайшему пути – через кладбище и пустырь, и тут же «забаррикадировали» кафедральный туалет. «Подлый кролик» уже не просился, он рвался наружу! После посещения туалета он давал фору минут на 15-20, а потом снова неистово стучался в стенки кишечника измученных студентов.

«Вредный кролик» удивил нашего строгого завкафедрой, так-как почти все студенты хватали со стола экзаменационные билеты, пробегали

вопросы глазами и тут же просились отвечать. Те, кто не решался на этот отчаянный шаг из-за недостаточной подготовки, все «завалили» экзамен и с позором ретировались в туалет... ругать и изгонять из себя остатки «предателя-кролика».

Вскрытие (слава богу – банки, всё обошлось без смертельных исходов) показало настоящее качество подготовки и силу «базальных» знаний по детской хирургии. Большинство студентов, преодолевая неимоверные трудности и всякие «кролячи подлости», успешно сдали экзамен. Только маленькая часть так до экзамена и не дошла...

Любовь ДАВЫДЕНКО,
врач.

Москва.

Умные мысли

Виктор МАКЕЕВ

Между законом и жизнью

- В кино дольше всех живут криминальные сюжеты. Рейтинг требует.
- Людоед сытым не бывает. Вокруг много соблазнов.
- Приглашаем няню к ребёнку – с проживанием. И к хозяину – с переживанием.
- Искусство оказалось невостребованным спонсорами.
- Предлагают литературную премию в миллион – с откатом в два миллиона.
- Сочувствую цивилизованным. Как им с нами, дикарями?
- Решил учиться за границей. Там из него выбили эту дурь.
- Кавказская традиция: не выпьешь вино из рога, рогом тебя забадают. Выпьешь – сам себя забадаешь.
- Каждая дама сердца – драма для всего мужского организма.
- Стоит появиться в бардаке благородному дворянину, как все клопы сползаются – полакомиться голубой кровью.
- Будущее – прекрасный замок, у которого нет фундамента.
- Строил тюрьму – проворовался. Его посадили в его тюрьму. Теперь сидит в недостроенной камере.
- Учитесь переплёвывать все трудности.
- Вечный карьерный инструмент – локти.
- Вели следствие, пока оно не развалилось. Что поделаешь – дороги у нас такие.
- Все живут по неписаным законам. Страна оказывается, неграмотная.
- Полотенце – посредник между телом и водой.

г. Талдом,
Московская область.

“Сельская честь”, перс.	Охотн. собака	Амиодарон	Запад				Кузьмина, фильм	СКАНВОРД										Город, Красноярский край						Гор- чичный газ
						Коленчатый	Холм, Дальний Восток	Перья птиц		Лечеб. пластырь (устар.)	Пряность					Жанр вост. поэзии	Португ. поэт		Зол- пидем	Бака- лович				
	“Пуля”, актер		Лопе- рамид							Живёт под землей			Рос. хирург	Деньги, Йемен	Появ- ление на сцене	Франц. мате- матик				Жена Леннона				
			Торж. смотр войск	Ладно (стар.)			Рим. поэт	Сухость тела						Первый блин ...					Глюк, опера					
	Фарфор	Чашка без ручки						Часть лица	“... Бу- лычов и другие”	Смысл					Прори- цатель	Австр. отори- нголог								
					10 в квад- рате		Мьянма, 17 век					Порт на Дону	Верга, роман						Бог южного ветра					
	Быль молод- цу не ...		“Осен- няя ...” Приш- вин					Кисло- род				Брат Ромула												
						Клеймо, живот- ное				Мягкий металл														
Автор Валерий Шаршуков		Спутник Сатурна						Про- тяжный крик				Маяков- ский, стих.												

П	Е	А	Н	Э	В	Б													
Х	Р	О	М	Р	А	С	К	А	Л	Ь	М	А	Н	П	А	В	Е	З	Е
О	О	Ф	И	С	Г	Л	Е	В	О	А	И	Ф	Е	Т	И	Ш	Л	Р	
Э	Л	Е	М	О	Р	А	Р	В	И	Н	И	Л	И	Н	Х	Т	Е	П	
Е	А	М	У	Р	Н	О	Ж	Ы	Ц	Н	И	У	Т	К	О	Н	О	С	
О	Т	И	Т	С	О	К	П	Ц	Б	Е	Р	Д	А	Н	К	А	Н	А	Д
С	С	С	К	А	Л	И	Т	А	А	Т	А	Р							
П	Е	С	Т	И	К	Л	С	А	Т	И	Н	Д							
А	М	А	Ш	Е	Н	Ь	К	А	Я	К	И	М							

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 49 от 06.07.2016.

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

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

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

Дежурный член редколлегии – В.ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-06-00499 Тираж 28 341 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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