

Медицинская

21 июля 2017 г.
пятница
№ 53 (7771)

Газета®

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

Работают мастера

Хирурги рискнули и победили болезнь

Гемофилия не помешала операции на сердце



В Сибирском федеральном биомедицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина впервые в России выполнена операция реконструкции митрального клапана пациенту с гемофилией.

48-летний житель Нижегородской области обратился сюда за помощью после того, как в ряде других российских кардиоцентров ему либо отказывали в оперативном лечении из-за сложностей анестезиологического обеспечения в связи с гемофилией, либо предлагали выполнить протезирование клапана открытым доступом, то есть, с использованием стернотомии. Будучи врачом по профессии, мужчина прекрасно знал все опасности для человека с его генетической патологией, поэтому он продолжил поиск. В центре им. Е.Н.Мешалкина ему предложили малоинвазивную операцию, причём, клапаносохраняющую.

В операционной биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина

– Заболевание было в запущенной стадии: патологическое расширение предсердия вызвало выраженный обратный сброс крови из левого желудочка. Размер левого предсердия достигал почти 7 см при норме 4-4,5 см. На этом фоне у мужчины возникло нарушение ритма сердца, – говорит руководитель центра новых хирургических технологий СФБМИЦ, доктор медицинских наук Александр Богачёв-Прокофьев.

Учитывая, что у пациента была врождённая патология гемостаза, замена митрального клапана механическим протезом отпадала изначально. Вариант оставался только один – попытаться через мини-доступ реконструировать собственный митральный клапан.

Примечательно, что до сих пор в мировой медицинской практике был известен лишь один подобный случай. В 2015 г. такую операцию выполнили в клинике Университета Эмори (США). Новосибирские кардиохирурги оказались вторыми, кто в этой сложной ситуации рискнул. И они выиграли! Одновременно была выполнена процедура криоабляции по поводу фибрилляции предсердий.

На сегодняшний день состояние пациента не вызывает у врачей тревоги, да и, по его собственной оценке, самочувствие хорошее.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Новосибирск.

Татьяна СЕМЁНОВА,
директор Департамента
медицинского образования
и кадровой политики
в здравоохранении
Минздрава России:

Врач – профессия, которой учишься всю свою жизнь.

Стр. 4-5



Анна СЕДОВА,
ведущий научный сотрудник НИИ
гигиены и охраны здоровья детей
и подростков ННПЦЗД,
кандидат медицинских наук:

Почему молодой сертифицированный врач может работать в больнице, в поликлинике, а в оздоровительном лагере нет?

Стр. 7



Олег ЗАЙРАТЬЯНЦ,
заведующий кафедрой
патологической анатомии МГМСУ
им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Клинико-анатомические разборы – лучшая школа для врача.

Стр. 11

Перспективы

Развитие за «цифрой»

Президент РФ Владимир Путин провёл совещание о расходах федерального бюджета на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. в части здравоохранения, образования, культуры и социального обеспечения.

Главной темой обсуждения стало использование информационных технологий для повышения доступности медицинской помощи и лекарственных препаратов.

– Министерством здравоохранения РФ совместно с государственной корпорацией «Ростех» разработан и внедрен в опытную эксплуатацию информационно-аналитическая система мониторинга и контроля в сфере государственных и муниципальных закупок лекарственных препаратов, – отметила в своём выступлении министр Вероника Скворцова. – Для создания новой схемы управления закупками Минздравом разработан структурированный справочник-каталог лекарственных препаратов на основе государственных реестров, зарегистрированных лекарственных средств и предельных отпускных цен. Совместно с заинтересованными федеральными органами – казначейством, Министерством финансов, Федеральной антимонопольной службой проведена интеграция созданной информационно-аналитической системы с единой информационной системой в сфере закупок. По сути дела, каталог лекарств встроен теперь в систему закупок и даёт возможность вносить туда структурированную информацию, которая автома-

тизировано обрабатывается и передаётся уже в системе мониторинга закупок.

С 1 марта система работает в тестовом режиме, она наполняется данными, и в то же время отрабатываются некоторые технологические нюансы работы. На данный момент в системе зарегистрировано 29,4 тыс. заключённых контрактов по 22,2 тыс. торговых наименований лекарств на сумму 20,6 млрд руб.

С 1 января будущего года запланирован переход работы в промышленную эксплуатацию, то есть в полном объёме. Для того чтобы это было возможно, в текущем году Государственной Думе необходимо принять закон, вводящий понятие и закрепляющий на всей территории страны.

– Во втором полугодии 2018 г. будет разработан и нормативно закреплён новый оптимальный подход к определению начальной максимальной цены контракта, основанной уже не на регистрации предельных отпускных цен, а фактически на референтной цене, – подчеркнула В.Скворцова. – Это позволит, по мнению экспертов, сократить отклонения от средневзвешенной цены не менее чем на 60%.

Новая схема управления закупками носит ярко выраженный профилактический характер. Она будет «обкатываться» в пилотном проекте по обеспечению онкологическими препаратами двух регионов – Санкт-Петербурга и Свердловской области.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
корр. «МГ».

Москва.

Перемены

В больницу – по воздуху

За первую неделю работы в Омской области нового вертолёта МИ-8, оборудованного медицинским модулем, 22 пациента были доставлены в медучреждения по воздуху.

Транспортировка пациентов на дальние расстояния для оказания экстренной медицинской помощи начала осуществляться новой винтокрылой машиной, которая приобретена в рамках соглашения между Министерством здравоохранения РФ и региональным правительством. На эти цели из средств

федерального и областного бюджетов выделено 139,6 млн руб.

Борт, оснащённый специальным медицинским модулем, за первую неделю эксплуатации совершил 17 вылетов. Чаще по воздуху приходится госпитализировать пациентов с инфарктами и инсультами, тяжёлыми травмами, беременными и новорождёнными, помощь которым можно оказать только в условиях специализированного медицинского учреждения. Кроме того, бортом санавиации в районные больницы доставляют

узких специалистов для проведения оперативных вмешательств пациентам с тяжёлыми травмами и заболеваниями на базе ЦРБ.

– Планируем, что вертолёт у нас будет использоваться максимально эффективно, – сказал министр здравоохранения Омской области Андрей Стороженко.

Сейчас на территории области оборудованы две вертолётные площадки. Планируется, что до конца года специальные площадки появятся ещё в двух северных районах – Усть-Ишиме и Тевризе.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
МИА Сити!

Омск.

Новости

Тюменские хирурги
провели сложную операцию

Врачи онкологического отделения № 2 (опухоль головы и шеи) многопрофильного медицинского центра «Медицинский город» Тюмени провели уникальную операцию 42-летней женщине, у которой была обнаружена хондросаркома нижней челюсти. В апреле этого года у пациентки заболела и опухла десна, она обратилась к стоматологу по месту жительства. Обследование, к сожалению, выявило признаки онкологического заболевания, и женщину направили в «Медицинский город».

«Она обратилась к нам весной. Опухоль росла очень быстро, на момент операции её размер достигал 7 см. У пациентки наблюдалась и выраженная деформация лица. Из-за этого она не могла ни есть, ни толком разговаривать, – объяснила заведующая онкологическим отделением № 2 Юлия Шубина. – Саркома, как известно, лечится только хирургическим путём. Мы с коллегами посоветовались и решили сделать операцию».

Специалисты «Медицинского города» действительно решились на редкую операцию – в России её делают всего в нескольких клиниках. Пациентке удалили всю левую половину нижней челюсти вместе с подбородочным отделом и частью дна полости рта. Для замещения дефекта врачи использовали титановый протез, который изгибается по контуру челюсти. Так же был разработан 3D-макет и маска, повторяющие контуры лица. Титановую пластину к лицевой части черепа прикрепили с помощью специальных болтов, а дно полости рта заменили кожно-мышечным лоскутом, взятым с шеи. Операция длилась 9 часов. По счастью, тюменским врачам всё удалось, сейчас пациентка чувствует себя хорошо.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.

Тюмень.

Папы стали чаще «рожать»

Вопрос о совместных родах – очень непростой. Некоторые отцы настаивают на присутствии при моменте появления на свет их ребёнка, другие – категорически отказываются от участия в столь значимом событии. Также некоторые женщины считают, что муж на родах не нужен совершенно. Однако, многие женщины, решившиеся на этот шаг, потом говорят, что именно присутствие мужа давало дополнительные силы. Голос врача, голос акушерки – всё может «уйти» в минуты схваток. А вот голос мужа женщина слышит. По словам врачей, папы, присутствовавшие на родах, часто говорят потом: «Мы рожали!». Или ещё интереснее: «Я родил!».

Партнёрские роды в Перинатальном центре областной больницы № 4 давно проводятся врачами дежурной бригады в индивидуальных родовых залах. Обязательные условия для партнёрских родов: желание и согласие будущих мамы и папы, а также наличие у будущего отца документа о прохождении флюорографии органов грудной клетки за последний год.

Только за этот год в городе Ишим совместные роды были приняты у 26 пар и с каждым годом их становится больше.

«Раньше считалось, что рождение ребёнка – это таинство, при котором присутствие мужа исключено. У нас присутствие мужа на родах приветствуется. В нашем центре созданы все необходимые условия для семейных родов. И замечено, что папы, которые «родили» своих малышей, с какой-то особой нежностью относятся к ним, более крепкими невидимыми узами связаны со своими детьми», – прокомментировала заведующая центром Лариса Васильева.

Жанна СТРИЖАК.

Ишим.

Что продлевает жизнь?

Исследовательская компания MAR CONSULT составила рейтинг факторов, влияющих на продолжительность жизни. По мнению российских врачей, это: образ жизни (90%), качество медицинской помощи (84%), уровень стресса (53%), экология (45%), генетика (28%).

Таким образом, качество медицинской помощи заняло второе место в рейтинге, с незначительным отрывом от лидера – образа жизни.

Большинство врачей (84%) абсолютно уверены, что качество медицинской помощи влияет на продолжительность жизни, 16% – скорее, уверены. Среди опрошенных не было врачей, которые считают, что влияния нет.

«Для сравнения, средняя продолжительность жизни в благополучных странах с высоким уровнем медицинского обслуживания (Япония, Франция, Польша и пр.) составляет более 70-80 лет, в неразвитых странах (Ангола, Замбия) – не превышает 40. Более частный пример: показатель смертности женщин во время родов – в XIX веке смертность составляла около 10%, сейчас – 0,01%, – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT. – Многие болезни и состояния уже не представляются нам опасными только благодаря уровню медицинского обслуживания. Срочная или плановая операция, своевременная постановка верного диагноза, назначение лечения, профессиональное наблюдение за состоянием заболевшего человека – это переломные моменты, которые могут кардинальным образом повлиять на здоровье и жизнь человека».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

Профилактика

«Скандинавские» прогулки в Заполярье

На Ямале обучают идти бодрым шагом к здоровому долголетию

Ещё одно приобретение для реализации проекта «Пусть осень жизни будет золотой» опробовали специалисты ямальского центра медицинской профилактики. Закупленные на средства окружного гранта палки для скандинавской ходьбы испытывали недавно на мастер-классе в городском парке.

На первое занятие по обучению скандинавской ходьбе пригласили всех желающих, поскольку этот вид двигательной активности полезен в любом возрасте, особенно в преклонном. С течением лет людям становится всё сложнее выполнять большинство привычных физических упражнений, поэтому именно ходьба может стать настоящим лекарством от старости. Тем более групповые занятия скандинавской ходьбой.

Разминку, инструктаж и экскурс в историю появления скандинавской



ходьбы для участников мастер-класса провела терапевт ЦМП Елена Свайкина. После небольшой тренировки вся группа совершила несколько кругов вокруг детской площадки, пройдя, в итоге, около

500 м. Чтобы получать от такого вида нагрузки оптимальную пользу для здоровья, пожилым людям нужно проходить 5-10 тыс. м в день. Специалисты обещают, что групповые «скандинавские» прогулки станут отныне традиционными.

Напомним, что проект для пожилых «Пусть осень жизни будет золотой» реализуют специалисты ямальского центра медицинской профилактики совместно с членами региональной общественной организации специалистов профилактической медицины. Окружной грант на его реализацию общественники выиграли в этом году. За счёт предоставленных средств приобретены столы-планшеты для рисования песком и скандинавские палки, в ближайших планах – укомплектовать специальным оборудованием будущую арт-студию центра.

Александр МЕЩЕРСКИЙ,
МИА Cito!Ямало-Ненецкий
автономный округ.

Перемены

Лечиться с комфортом
Столичное здравоохранение ориентировано на пациента

Более 30 предложений по повышению комфортности пребывания в больнице высказали в ходе проведённого в конце минувшего года опроса пациенты и сотрудники городской клинической больницы им. О.М.Филатова Департамента здравоохранения Москвы (бывшая ГКБ № 15). Большинство из этих предложений, условно разделённых на категории «Комфортная палата», «Внимание к пациенту» и «Организация процесса лечения», в настоящее время внедрены в практику.

Как рассказал главный врач столичной ГКБ им. О.М.Филатова Валерий Вечорко, главной задачей проекта стало не только создание пациенториентированной структуры, но и формирование принципиально новой системы взаимоотношений между персоналом стационара, больными и их родственниками.

«Будут разработаны стандарты, позволяющие помочь врачу и пациенту найти общий подход к процессу лечения. Предстоит проанализировать типичные конфликтные ситуации и определить, как их предотвратить или быстро решить. Но самое главное – это

выстроить весь процесс оказания медицинской помощи с максимальным приближением к тому, что ожидает пациент, – отметил В.Вечорко. – Даже если мы на 100% уверены в своей правоте, а пациент в этом сомневается, мы должны научиться смотреть на проблемы его глазами, помочь ему понять нас, исходя из его страхов и тревог. Ведь в процессе оказания медицинской помощи важно всё: результат лечения, условия пребывания и внимание персонала», – подчеркнул он.

Так, одна из наиболее интересных инициатив касалась возможности родственникам связываться с пациентами, которые находятся в отделении реанимации и интенсивной терапии. Теперь появилась возможность общения посредством скайпа, если, конечно, для этого нет медицинских противопоказаний. Устроить «сеанс связи» можно с помощью специально закупленных планшетных компьютеров.

Участники опроса, что характерно, позаботились и о пациентах, экстренно госпитализированных в реанимацию и поэтому не имеющих при себе минимума необходимых вещей. При переводе в палату теперь предусмотрены «индивидуальные наборы», вклю-

чающие одноразовые сорочки и предметы личной гигиены.

Удобнее стало и время посещения, которое по многочисленным просьбам продлили до 8 часов вечера. Такой шаг сделан, в том числе, с учётом московской специфики: далеко не всегда родственники и близкие больного могут добраться до него вовремя после окончания рабочего дня.

Примечательно, что изменения коснулись и внутреннего дизайна помещений больницы, где теперь появились комфортные зоны отдыха. Сотрудники организовали акцию «Принеси интересную книгу и игру», начал работать кинозал, планируется организация детского уголка для посетителей с детьми.

Поскольку больные и их родственники хотят больше знать о правильности реабилитации после перенесённого заболевания, в больнице начато проведение «Школ пациента» по различным темам, разработаны памятки с рекомендациями о соблюдении диеты, подготовке к операции, образу жизни в послеоперационном периоде и прочим аспектам лечения того или иного заболевания.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Ориентиры

Как снизить смертность?

Заседание Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере провела заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец. Главной темой обсуждения стал вопрос о развитии системы медицинской помощи онкологическим больным, которых в России насчитывается более 3,5 млн.

«Борьба с раковыми заболеваниями – один из самых приоритетных для нас вопросов», – заявила она.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в своём докладе сообщила о ряде достигнутых успехов. По её словам, возобновление в 2013 г. мероприятий по проведению широкомасштабных профилактических осмотров, диспансеризации и скринингов здоровья позволило увеличить к 2016 г. число случаев выявления рака на ранних стадиях до 54,7%

и сократить обнаружение запущенных стадий до 20,5%.

Выросла доступность высокотехнологичной медицинской помощи. За последние 5 лет численность получивших её пациентов увеличилась более чем в 2 раза – до 148 тыс. в 2016 г. «Многие виды ВМП уже включены в программу обязательного медицинского страхования», – подчеркнула О.Голодец.

Вице-премьер также отметила, что в настоящий момент уровень смертности от онкологических заболеваний в России несколько выше, чем в других развитых странах мира (124,4 на 100 тыс. населения в России и 108,1 в странах Западной Европы). Сейчас, по словам О.Голодец, первоочередной задачей является закрепление предельных сроков постановки диагноза и начала специализированного лечения. В свою очередь, руководитель секции «Медицина и фармацевтика»

совета Пётр Родионов заявил, что предельный срок постановки верифицированного диагноза с момента возникновения первичного подозрения на онкологическое заболевание при правильной организации процесса может составлять 10-15 рабочих дней.

О.Голодец также считает, что большое значение имеет информационная работа среди населения. «Мы должны преодолеть некоторую предвзятость в отношении онкологических заболеваний у населения. Онкологические заболевания лечатся, мы видим статистику», – отметила вице-премьер. Кроме того, по словам О.Голодец должна быть обеспечена повышенная настороженность у врачей первичного звена, когда речь идёт о диагностике онкологических заболеваний.

Алексей ПИМШИН,
МИА Сити!

Москва.

Начало

Более двух человек на место

В Министерстве здравоохранения Калининградской области конкурсный отбор «целевиков» – будущих ординаторов впервые прошел в формате собеседования.

Такое мероприятие специально созданная комиссия областного Минздрава проводит с 2013 г. Отбор кандидатов на заключение договоров о целевом обучении по программам ординатуры для нужд региона проходит в рамках квоты, выделенной региональному ведомству в государственных образовательных учреждениях высшего профессионального образования России. Ранее конкурс проводился на основании сведений об успеваемости соискателей в медицинском вузе. В этом году впервые претенденты общались с конкурсной комиссией под председательством временно исполняющего обязанности министра здравоохранения области Александра Кравченко. Те, кто не мог присутствовать на встрече, выходили на связь через сеть Интернет – по скайпу.

На 2017 г. целевые места для областного Минздрава выделили 5 вузов: Первый Санкт-

Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова, Смоленский государственный медицинский университет, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Медицинский институт Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта, а также Российский НИИ травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена. Всего на 40 выделенных целевых мест претендовали 92 кандидата. Особенно востребованными оказались такие врачебные специальности, как кардиология, офтальмология, неврология, акушерство и гинекология, оториноларингология.

В ходе общения с претендентами представителей Минздрава, советника губернатора Татьяну Груничеву, директора мединститута БФУ им. И.Канта Сергея Коренева, председателя врачебной палаты Ольгу Краснову наряду с успеваемостью также интересовали мотивация на целевое обучение в ординатуре и планы дальнейшего трудоустройства по его окончании.

А.Кравченко сообщил, что в ходе собеседования несколько

соискателей отказались от обучения в ординатуре, выразив желание прийти работать в медицинские организации региона участковыми терапевтами, так как недавние изменения в федеральном законодательстве позволяют выпускникам работать в первичном звене сразу по окончании медвуза.

Подводя итоги проведения отбора «целевиков» на обучение в клинической ординатуре, А.Кравченко высоко оценил его новый формат: «Это очень полезное и перспективное мероприятие с точки зрения подбора именно тех кадров, которые нужны в регионе. Мы понимаем их потенциал и можем планировать дальнейшую трудовую деятельность на территории области. Проведенное собеседование показало, что мы сможем не только уже в этом году привлечь врачей в первичное звено, но и получить после ординатуры врачей-специалистов, соответствующих всем требованиям, которые сформированы при планировании целевых мест».

Инна СЕРГЕЕВА,
МИА Сити!

Калининградская область.

Медицина катастроф

Последствия «пожара» устранены

В Туапсе под руководством Регионального центра медицины катастроф Министерства здравоохранения Краснодарского края было проведено тактико-специальное учение на тему «Ликвидация медико-санитарных последствий пожара на автовокзале Туапсе».

Главная цель учений – отработка алгоритмов взаимодействия медицинских организаций, экстренных оперативных служб между собой и с заинтересованными ведомствами.

В результате совместной и слаженной работы всех служб была оказана первая медицинская и психологическая помощь 18 условно пострадавшим от пожара, 2 пострадавших в тяжелом состоянии были «госпитализированы» в стационар.

Было отработано оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе, проведение эвакуационных мероприятий и взаимодействие служб, ведомств и органов исполнительной власти при поступлении сигнала о ЧС. В ходе учения продемонстрированы

последовательность и слаженность действий службы скорой медицинской помощи, психолого-психиатрической бригады, пожарной службы, службы «112» и полиции.

Уточнены схемы взаимодействия оперативных служб и медорганизаций как в повседневной деятельности, так и в режиме ЧС. Отмечено эффективное взаимодействие между ведомствами и медицинскими службами.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодарский край.

Назначения

Министром здравоохранения, семьи и социального благополучия Ульяновской области назначен Рашид Абдуллов, окончивший Куйбышевский медицинский институт им. Д.И.Ульянова по специальности «Педиатрия» в 1991 г. В 2008 г. получил высшее образование по специальности «Менеджмент организации» в Ульяновском государственном университете. В 2016 г. прошёл профессиональную подготовку в Российском экономическом университете им. Г.В.Плеханова по программе «Менеджмент в сфере здравоохранения».

Р.Абдуллов имеет общий стаж работы в отрасли здравоохранения Ульяновской области более 25 лет. Начал трудовой путь в должности педиатра, а впоследствии – хирурга детской городской больницы № 3, в 2005 г. возглавил родную больницу, а в 2014 г. стал главным врачом объединённой детской городской клинической больницы Ульяновска, которая стала самой крупной сетью детских лечебных учреждений в городе. Именно

Рашид Абдуллов начал внедрять новый стандарт работы детских лечебных учреждений, который был утверждён в 2016 г. губернатором Сергеем Морозовым.

В 2016 г. появилась два инновационных филиала ДГКБ Ульяновска, началось масштабное обновление лечебной сети в соответствии с новым стандартом работы и использованием бережливых технологий. В 2017 г. на базе одного из филиалов больницы, а именно, круглосуточной стационара № 1, началась реализация уникального для регионов России проекта – «Открытая реанимация». Опыт Ульяновской области по свободному доступу родителей в детскую реанимацию высоко оценили весной этого года заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева и генеральный директор АНО «Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов» Светлана Чупшева.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновская область.

Официально

Дополнительные ограничительные меры

По сообщению Минздрава России, на данный момент экспертным сообществом в рамках подготовки стратегии обсуждаются различные инициативы, направленные на ограничение злоупотребления алкоголем, в том числе, дополнительные меры по ограничению мест и времени продажи алкогольных напитков. Каких-либо решений по данному вопросу министерством не принималось.

Напомним, что в настоящее время у регионов уже имеются полномочия по установлению до-

полнительных ограничений времени, условий и мест розничной продажи алкогольной продукции, в том числе, полного запрета на розничную продажу алкогольной продукции (абзац 2 пункта 9 статьи 16 Федерального закона № 171-ФЗ от 22.11.1995 «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта, алкогольной и спиртосодержащей продукции и об ограничении потребления (распития) алкогольной продукции»), в рамках которых подобные ограничения уже могут быть введены.

Соб. инф.

Ну и ну!

Бизнес на покойниках



Сотрудники управления ФСБ по Саратовской области совместно с прокуратурой выявили фельдшера, сотрудничающего с похоронным бюро.

В отношении медицинского работника возбуждено уголовное дело о получении взятки должностным лицом за незаконные действия (статья 290 УК РФ). По данным прокуратуры, фельдшер скорой, возглавляющая бригаду Саратовской городской станции скорой помощи, передавала сотрудникам ритуального агентства

информацию о пациентах с октября 2015 по сентябрь 2016 г. «За передачу указанных сведений фельдшером получено 63 тыс. руб.», – отметили в правоохранительном ведомстве.

В региональном Минздраве заявили, что уголовное дело является «результатом совместных целенаправленных усилий всех заинтересованных структур по пресечению противоправных действий».

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Саратов.

– Татьяна Владимировна, в чём особенности и почему внедряется новая бальная система приёма в ординатуру, которая столь критикуема?

– Критика приказа звучит, поскольку в этом году новый порядок применяется первый раз. Издание приказа Минздрава России № 212-н от 11.05.2017 нельзя рассматривать как какое-то неожиданное изменение правил приёма.

Все перемены в подходах к подготовке специалистов взаимосвязаны и обсуждались давно, с тех пор как в 2012 г. был принят закон «Об охране здоровья граждан». В нём было предусмотрено положение об отмене интернатуры и введение процедуры аккредитации для допуска к профессиональной деятельности.

Немаловажным является и повышение беспристрастности, справедливости и качества в медицинском образовании. Когда все выпускники оказываются в рамках единых требований, а не каждый вуз устанавливает их самостоятельно.

Реализуются новые механизмы уже с прошлого года, когда был дан старт аккредитации специалистов и переход к системе непрерывного медицинского образования. Минздрав России совместно с профессиональным сообществом разработал понятные и чёткие этапные уровни проверки компетенций специалистов, позволяющие (в случае их прохождения) допустить врача к профессиональной деятельности. Выпускник медицинского вуза после окончания университета, пройдя первичную аккредитацию, может трудиться в первичном звене здравоохранения. А продолжить своё образование в ординатуре смогут наиболее подготовленные и ориентированные выпускники. Таким образом, в новом приказе чётко видна взаимосвязь между качеством подготовки специалиста и его возможностью поступить на обучение по узкой специальности в ординатуре.

– Что изменило это на практике для медицинских вузов и кандидатов?

– Сегодня многие образовательные организации в соответствии с лицензией на образовательную деятельность имеют право заниматься подготовкой специалистов по программам ординатуры. Но действующий ранее порядок, позволял устанавливать вузу собственные правила и вступительные испытания, по которым осуществлялся отбор поступающих на обучение на эти программы. Это вызывало достаточно большое количество нареканий, жалоб от выпускников на непрозрачность процедуры поступления. Казалось бы, можно было ввести какое-то испытание, чтобы проверить профильную ориентацию бывшего студента по предметам специальности, которую он выбрал. Но по большому счёту не совсем правильно эквивалентовать выпускника после окончания специалитета по узкой специальности, которую он планирует освоить в ординатуре.

Фактически, новый порядок приёма создал единую прозрачную систему для всех организаций, осуществляющих приём на программы ординатуры. Эти правила действуют вне зависимости, из каких источников будет оплачиваться обучение. В приказе № 212н говорится, что зачисление осуществляется по единой тестовой системе. В 2017 г. в качестве такого испытания признаются результаты сдачи первого этапа аккредитации специалистов.

Напомню, что для сдачи его даётся три попытки. Кроме того, приказом определены критерии учёта индивидуальных достижений выпускника, поступающего в ординатуру, а уже индивиду-

Главная тема

Выстраивание профессиональной траектории

В этом году изменились правила поступления в ординатуру

Нагрузки на студентов медицинских высших учебных заведений возрастают. Молодые врачи должны за 6 лет обучения прослушать и пройти занятия, которые в сумме составят 12 тыс. часов. При этом учиться на врача, действительно, тяжело. Можно с уверенностью сказать, что гораздо проще получить сегодня какое-то высшее гуманитарное или даже техническое образование. Более того, 6 лет назад отечественное медицинское образование перешло на практикоориентированные федеральные государственные стандарты третьего поколения. В результате практическим навыкам при подготовке будущих врачей стало уделяться столько же внимания, сколько и теоретическим знаниям.

Между тем, профессия врача стала более популярной среди школьников и их родителей, о чём свидетельствуют проведённые этой весной социологические опросы. Слова известной песни старших курсников, которые утверждают,

альные достижения могут быть детализированы самой образовательной организацией.

– Больше всего студентов старших курсов напугало положение о личных достижениях. Как они будут учитываться и можно ли быть уверенным, что это будет делаться абсолютно объективно?

– Новый порядок не предусматривает каких-либо отклонений, возможности интерпретации приёмной комиссией представленных документов. В приказе чётко обозначены критерии учёта индивидуальных достижений: стипендии Президента РФ, правительства РФ, именные стипендии, дипломы с отличием. Следующая группа критериев – стаж работы в должностях медицинских или фармацевтических работников в период с момента поступления на обучение в вуз. При этом большое значение приобретает, сколько лет специалист отработал в отрасли (менее 3 лет, 3 года и более). Отдельные баллы прибавят и тем, кто работал в лечебных учреждениях, расположенных в сельской местности или в рабочих посёлках. Есть возможность и образовательной организации разработать положение о дополнительных индивидуальных достижениях и установить определённые преимущества при поступлении на конкретные специальности. Например, если ординатура будет проводиться в специализированном научно-исследовательском институте, то это может быть участие в научной работе. Тем самым будет подтверждена заинтересованность кандидата в предмете его даль-

нейшей деятельности. Однако, если вступительное испытание имеет максимальную оценку в 100 баллов, индивидуальные достижения, определённые приказом, (стипендии, стаж) имеют фиксированное количество баллов, то индивидуальные достижения, определяемые организацией, суммарно не могут превышать 50. Мы считаем большим шагом вперёд, что на всей территории нашей страны, вне зависимости от организации, которая осуществляет приём в ординатуру, с 2017 г. все поступающие в ординатуру ранжируются по одинаковым критериям. И это крайне важно, что прописаны понятные для всех шансы на поступление. Настоящий приказ проходил широкое обсуждение и зарегистрирован Министерством юстиции РФ и является обязательным для всех организаций обучающих ординаторов.

– В эти дни выпускники лечебного и педиатрического факультетов впервые сдают аккредитационный экзамен. После его сдачи они смогут сразу устроиться на работу в первичное звено здравоохранения. И поскольку учились бывшие студенты по образовательным стандартам третьего поколения, то им сразу доверят лечение пациентов. Возникает вопрос, насколько отработана система подготовки? Обладают ли новые доктора реальными знаниями и умениями, чтобы самостоятельно лечить пациентов?

– Система медицинского образования постоянно совершенствуется, поскольку перед отраслью



что «мы такие книги читали, что не очень-то и прочтёшь», уже никого не пугают. Проходной балл в медицинские вузы всё зашкаливает и зашкаливает. Кажется, ещё немного, поступить в Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова или в Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова будет на порядок сложнее, чем в Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова или МГИМО.

В эти дни выпускники медицинских вузов сдают аккредитационные экзамены. Успешно сдавшим предстоит пойти работать в первичное звено или продолжить обучение в ординатуре. О том, как изменились правила зачисления в ординатуру, беседа обозревателя «Медицинской газеты» Алексея ПАПЫРИНА с директором Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяной СЕМЁНОВОЙ.

встают всё новые и новые задачи. Новые подходы – возможность хорошо подготовленного выпускника сразу получить доступ к профессиональной деятельности, определённая законодательно ещё в 2011 г., потребовала пересмотреть образовательные программы. Специальные образовательные семинары для педагогов всех вузов Минздрава России начали проводиться с 2012 г. Ассоциация ректоров медицинских вузов России осуществляла координацию деятельности по внедрению практикоориентированной модели медицинского образования с широким привлечением профессионального медицинского сообщества, Национальной медицинской палаты. Всё сообщество, и образовательное и медицинское, очень слаженно приняли новый вызов – принципиально поменять качество подготовки врачей.

Аккредитация специалиста – это ещё один этап новой системы проверки готовности молодых врачей к реальной практической деятельности. Долгое время министерство критиковали за то, что оценивают качество подготовки те же, кто и учит, ставя под сомнение её объективность. С принятием Федерального закона «Об охране здоровья граждан» началась подготовка к проведению особого допуска к профессии – аккредитации специалистов. Было решено и закреплено в нормативных документах, что проводить аккредитационные испытания и оценивать их будут представители профессионального сообщества, работодателей, органов управления здравоохранением. То есть

специалисты, знания, навыки и достижения которых признаются профессиональным сообществом. В каждой территории созданы региональные аккредитационные комиссии. Представители образовательной организации также получили право принимать участие в их работе. Но только в том случае, когда не возникает конфликта интересов. То есть когда аккредитационный экзамен сдают не выпускники этого вуза.

Говоря об «отработанности» системы, очевидно, что труднее всего было всё-таки выпускникам фармацевтических и стоматологических факультетов. Они первыми в прошлом году прошли аккредитацию. Всё новое обычно пугает и воспринимается настороженно, особенно в такой чувствительной отрасли, как медицина. Сегодня можно с уверенностью сказать, что процедура в целом отработана. Безусловно, это не исключает каких-то мелких сбоев. Но о том, что значительная часть пути по переходу на новую систему уже пройдена, свидетельствует опыт прошлого года. Серия обсуждений результатов проведения аккредитации в профессиональном сообществе, в образовательной среде доказали это. Думаю, что процедура аккредитации позволила образовательным организациям посмотреть на качество подготовки специалистов под другим углом.

Проделана огромная работа по методологии работы аккредитационных площадок. Создан методический центр по подготовке и проведению аккредитации в Сеченовском университете. Каждый тест проходит экспертную оценку,

чтобы исключить ошибки и какое-то двойное толкование ответов. После экспертной оценки тесты вывешиваются на сайте Минздрава России и методического центра. Более того, отводится определённое количество времени, чтобы каждый желающий мог написать о несоответствии, наличии ошибок в тестах. И только после этого они включаются в единую базу оценочных средств. Напомню, что процедура аккредитации представляет из себя 3 последовательных этапа. Первый уровень – собственно тест. Чтобы студенты знали, с чем им придётся столкнуться, такие тесты доступны на специальном портале в режиме репетиционного тестирования.

– А сколько выпускникам в этом году предстоит пройти первичную аккредитацию?

– В этом году процедуру первичной аккредитации проходят более 35 тыс. выпускников по 8 медицинским специальностям. По каждой из них подготовлено около 3,5 тыс. тестовых заданий. На первоначальном этапе их насчитывалось более 4-4,5 тыс. Экспертная оценка уменьшила их количество, поскольку остались лишь те, которые допускают чёткое толкование. Представляете, какой огромный объём контрольно-измерительных материалов был разработан! Конечно, нельзя полностью исключить, что единичные ошибки или шероховатости полностью «вычищены» из каждого теста. Чтобы студенты могли своевременно ознакомиться с вопросами, по которым будут оцениваться их знания. Я уже говорила, что в прошлом году был создан портал для репетиционного тестирования. Воспользовавшись им, можно в онлайн режиме, в условиях приближённых к экзаменационным, ответить на вопросы тестов. Причём, любой пользователь может воспользоваться такой проверкой неограниченное количество раз. В течение суток на этапе подготовки к экзаменам на нашем портале зарегистрировалось до 30 тыс. уникальных пользователей. Вчера такое тестирование там прошло 14 тыс. пользователей. То есть в свободное время каждый желающий может проверить собственные силы.

Все тестовые задания созданы на основе трудовых функций, которые отражены в профессиональных стандартах. Уточним, что именно эти нормативные документы сегодня определяют требования к уровню квалификации, знаний и умений специалиста. По большому числу трудовых функций программа автоматически формирует вопросы. Понятно, что тестовые системы, какие бы они не были совершенные, развиваются. Мы посчитали, чтобы досконально проверить знания и навыки специалиста, теста недостаточно. Поэтому выпускники сдают на втором этапе общеклинический структурированный экзамен. В симулированных условиях у выпускников по всей стране проверяются одинаковые сформированные практические навыки. Например, одна из «станций» в педиатрии требует продемонстрировать действия при анафилактическом шоке у ребёнка. То есть проверяются одинаковые компетенции, быстрота принятия решения, последовательность действий и их отработка. Специалист обязан правильно среагировать на предлагаемую ситуацию, которая является жизнеугрожающей. В каждом лечебном учреждении есть противошоковые укладки, если у больного возникает анафилактический шок, то врач не имеет права растеряться, свои действия на экзамене будущий врач показывает на манекене в специальном зале.

Ну и на третьем этапе аккредитации оценивается клиническое

мышление молодого врача в режиме собеседования с тремя опытными коллегами на примерах реальных клинических кейсов.

– Во время тестовых испытаний все оказываются в одинаковых условиях, но потом они попадают в разные условия...

– Здесь надо признать, что в медицинских организациях установлено разное оборудование. Но эксперты, исходя из требований к квалификации врача, установленных профессиональными стандартами, выбрали те навыки, которые являются наиболее востребованными или критическими для жизни пациента. Поэтому одной из «станций» в 2016 г. стало проведение сердечно-лёгочной реанимации. Если в прошлом году сдача этого навыка заставила поволноваться стоматологов и провизоров, то в этом году они пришли на экзамен более подготовленными. Это к вопросу, насколько влияет процедура на подготовку и качество образования, изменения в образовательных программах. Бесспорно, на экзамене нельзя проверить весь спектр базовых компетенций.

Профессия врача – коммуникативная. Ни один врач не сможет работать, если он не умеет общаться. Точно также невозможно подготовить квалифицированного врача дистанционно. Врач должен обладать клиническим мышлением, умением понять и проанализировать причинно-следственные связи. Поэтому третий этап аккредитации включает и решение практических клинических задач, к которым прилагаются 5 постановочных вопросов.

Я уже говорила о такой особенности аккредитационного испытания: его принимают 3 профессионала-клинициста, которые никаким образом не афилированы с образовательной организацией. Молодой врач должен объяснить комиссии, как он поступит в конкретной «постановочной» клинической ситуации. Вопросы подобраны достаточно сложные. В этом году мы подготовили к предлагаемым клиническим задачам эталонные ответы. Они – короткие и представляют из себя краткое содержание ответа. Когда их не было, то возникали конфликтные ситуации, правильно ли ответил бывший студент или нет? То есть система совершенствуется. Не случайно эксперты, которые принимают участие в проведении аккредитации во второй раз, утверждают, что уровень подготовки студентов в этом году стал выше.

– Мне довелось побывать при сдаче аккредитационных экзаменов. Выскажу собственное мнение: много сделано для того, чтобы они проводились не по старинке. То есть бывший студент уже не сможет списать, получить незаслуженную оценку. Экзамен записывается на камеры, его можно посмотреть и через 5 лет, чтобы убедиться: всё проходило законно. Но сами вопросы и ответы, манипуляции выглядят крайне формализованными. В реальной жизни все ситуации крайне трудно «уложить» в прокрустово ложе стандартных представлений и умений. Как оценить, могут ли будущие доктора клинически мыслить, не растеряться, принять правильное решение, от которого будет зависеть человеческая жизнь? Ведь медицинское образование должно готовить не роботов, а думающих врачей...

– Врач – профессия, которой учишься всю свою жизнь. Честно говоря, не всегда можно предугадать, как среагирует на экстренную ситуацию даже специалист с большим стажем работы. Система аккредитации и уровневой проверки знаний и умений впервые создана в нашей стране. Она при-

меняется на всей территории, по одинаковым требованиям, а это огромный шаг вперёд. Конечно, мы не смогли изобрести чего-то большего, чем придумано и применяется и в других странах мира. То есть система проверки знаний, умений выстраивается на тех же принципах, как и в США, в Великобритании, Германии. Да, это всё-таки скрининговая проверка, которая подразумевает последовательную подготовку врача. Но давайте будем откровенными, если студент, который учится в медицинском вузе, не захочет стать врачом, заставить его это сделать не под силу никому. В этой связи проверять на аккредитационном экзамене такие вещи, как предсказуемость принятия решений, антистрессовые навыки незначимы. Это задача образования в целом. Мы должны проверить знания и навыки, как будет действовать молодой врач, если ему предстоит провести диагностику и назначить лечение стандартизированному пациенту. В рамках одного из приоритетных проектов Минздрава России, который сейчас разрабатывается, предусматривается доработка, совершенствование процедуры аккредитации. Она будет влиять и на содержание образовательных программ. Потому что анализ результатов каждого этапа аккредитации покажет, каких знаний и умений больше всего не хватает выпускникам.

– Критики приказа о новом порядке зачисления в ординатуру рассуждают о том, что большинство выпускников этого года будут направлены в поликлиники и врачебные амбулатории. Честно говоря, непонятно, почему это плохо...

– Никакого негатива в этом нет для профессионального роста. Опыт, приобретённый в первичном звене, даёт преимущество при зачислении в ординатуру.

Самое важное, что повседневные аккредитационные экзамены дадут возможность молодому специалисту не только поступить в ординатуру, но и сразу пойти на работу по базовым специальностям, и не обязательно в учреждения первичного звена. Работа в практическом здравоохранении сразу после университета позволит не только получить профессиональный опыт, но и сформировать правильный выбор дальнейшей профессиональной судьбы.

Кроме того, наша страна имеет хорошо показавший себя опыт, который использовался в советское время. Многие известные врачи начинали свой путь к высотам профессии в ЦРБ, отработав там молодыми специалистами 3 года, позже возвращались на обучение в ординатуру. Здесь позволю себе упомянуть наших, без преувеличения, «светил» – Леонида Рошаль, Александр Баранов, которые начинали свою профессиональную деятельность именно в практическом здравоохранении, а уже потом устраивались в ведущие клиники страны.

Безусловно, когда будущим врачам предлагается прервать бесконечное обучение и идти поработать в первичное звено, не все оказываются готовы к принятию такого решения, но делать из этого катастрофу, а уж тем более сравнивать аккредитацию с «крепостным правом» – совершенно не уместно!

Сомнения понятны, это новая процедура, в первый раз мы её проводим, но всё когда-нибудь бывает в первый раз.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Профилактика

Удар по инфекции

Прививки доказали свою эффективность



Вакцинации альтернативы нет

Несмотря на значительный рост охвата прививками против гриппа населения России в последние годы, которые массово проводятся в преддверии эпидсезона (в сентябре – ноябре), общее число регистрируемых поствакцинальных осложнений (ПВО) в этот период не увеличивается, а в этом году даже снизилось.

Тем не менее, как сообщили в Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор), достигнутый к сезону гриппа и ОРВИ уровень иммунизации против гриппа (порядка 40%) – максимальный за все годы наблюдения. В 2016 г. было привито более 56,4 млн человек, из них свыше 15 млн детей. Это позволило предупредить широкое распространение инфекции и обеспечить санитарно-эпидемиологическое благополучие населения страны, существенно снизив интенсивность эпидемического процесса гриппа и бремя его социально-экономических последствий.

Иммунизация всемирно признана одной из самых успешных и эффективных мер здравоохранения по сохранению жизни и здоровья людей. Учитывая её эффективность как средства профилактики, Россия в составе Европейского региона с 2002 г. поддерживает статус страны, свободной от полиомиелита, и вместе с мировым сообществом поставила цель в ближайшие годы достичь глобальной ликвидации этого заболевания и получить соответствующий сертификат Всемирной организации здравоохранения.

Благодаря профилактическим прививкам в борьбе с инфекционными заболеваниями достигнуты значительные успехи. Так, в глобальном масштабе ликвидирована натуральная оспа – инфекция, от которой в средние века погибало население городов и целых стран. Заболеваемость корью снизилась до единичной, а в ряде стран мира отсутствует. Резко снизилась по сравнению с допрививочной эрой заболеваемость туберкулёзом. Достигнуты существенные успехи в борьбе со столбняком, дифтерией, гепатитом В и другими управляемыми инфекциями.

Несмотря на осложнение эпидемиологической ситуации по кори и краснухе в странах Европейского региона, в России путём проведения дополнительных мероприятий по иммунизации населения, в том числе детей, в 2015-2016 гг. удалось стабилизировать эпидемиологическую ситуацию по кори и достигнуть самых низких показателей заболеваемости краснухой за все годы наблюдения.

Благодаря массовой иммунизации против гепатита В число детей, заболевших острым гепатитом В, сегодня исчисляется единицами (за 10 месяцев 2016 г. – 15 детей до 17 лет).

На низких уровнях регистрируется заболеваемость дифтерией, столбняком, коклюшем и другими управляемыми инфекциями.

Федеральным законом № 157-ФЗ от 17.09.1998 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» установлены правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики. Гарантируется доступность для граждан профилактических прививок, бесплатное их проведение в организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения, обеспечение современного уровня производства вакцин, господдержка отечественных производителей вакцин.

Все применяемые в Российской Федерации вакцины проходят обязательный контроль качества в установленном порядке. Вместе с тем, при иммунизации, как и при применении большинства других лекарственных средств, нельзя исключить возникновения ПВО и реакций, в связи с чем закон предусматривает социальную защиту граждан при возникновении у них поствакцинальных осложнений.

За последние 10 лет число ПВО снизилось существенно: если в 2006-2012 гг. их было, по данным Роспотребнадзора, около 500-600 ежегодно, то в 2015 г. зарегистрировано 202 случая, а за 10 месяцев 2016 г. – 164 неблагоприятных события в поствакцинальном периоде. Причём в пересчёте на количество сделанных прививок (более 110,6 млн ежегодно) частота возникновения ПВО в 2015 г. составила всего 1 на 550 тыс. прививок.

Игорь САВРАНОВ.

МИА Сити!

«Дорожная карта» мероприятия по совершенствованию системы медико-социальной экспертизы (МСЭ) утверждена Министерством труда и социальной защиты РФ. Положения документа разрабатывались в течение года совместно с Минздравом России и Федеральным бюро медико-социальной экспертизы.

Основанием для подготовки карты стали многочисленные жалобы со стороны инвалидов на коррумпированность системы МСЭ и трудности её прохождения. Намеченные и предварительно обсуждённые с общественными организациями инвалидов и экспертами в документе ключевые направления действий и меры по совершенствованию экспертизы до 2020 г. позволят сделать процедуру прохождения МСЭ более доступной, прозрачной и объективной, рассчитывают в Минтруде.

Основными положениями «дорожной карты», являются разработка и внедрение критериев установления инвалидности для детей, формирование института независимой МСЭ, общественных советов при главных бюро МСЭ и развитие общей электронной системы, аудио- и видеонаблюдения.

Как объяснила сопредседатель координационного совета по делам детей-инвалидов и других лиц с ограничениями жизнедеятельности при Общественной палате РФ Елена Ключко, сейчас в России у детей с инвалидностью нет разделения на группы инвалидности, как у взрослых, все они до 18 лет относятся к общей категории «ребёнок-инвалид». «В «дорожной карте» указывается, что будут разработаны и внедрены критерии ограничения жизнедеятельности для детей в соответствии с Международной классификацией функционирования, – поясняет Е.Ключко. – Это я оцениваю высоко в надежде на то, что внутри группы детей-инвалидов будет возможность дифференцировать разные тяжести ограничений. Ведь у всех действительно разные ограничения, соответственно, и разная должна быть помощь».

Учредитель и директор благо-

творительного фонда «Семья СМА» (спинальная мышечная атрофия) Ольга Германенко отметила, что дополнительные критерии для детей – необходимая вещь. Однако, из «дорожной карты» не понятно, что ляжет в основу этих критериев, не приведёт ли это к лишнему инвалидности и, соответственно, всех льгот для тех, у кого заболевание не ярко выражено, но при этом является не-

излечимым. «Будут ли это группы по инвалидности, как у взрослых, или будет также одна категория? – заявила она. – Если критерием будет только условное ограничение жизнедеятельности, допустим, что будет с компенсированием детей с сахарным диабетом?»

В Минтруде сообщили, что проект отдельных критериев установления инвалидности для детей был разработан ещё в 2016 г. В этом

проекте приняты во внимание клинико-функциональные особенности разных возрастов, а также учтены имеющиеся в настоящее время подходы к таким заболеваниям, как сахарный диабет, фенилкетонурия, муковисцидоз. В 2017 г. эти критерии будут тестировать в двух пилотных регионах – Смоленской и Воронежской областях. В 2018 г. с учётом результатов пилотного проекта, классификации и крите-

МСЭ выносят решение по результатам анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных на основе полученных сведений, указанных медицинской организацией в направлении на МСЭ, без личного осмотра гражданина.

Эксперты положительно оценили инициативу по формированию общественных советов при главных

Перспективы

Экспертиза станет доступней и объективней

К этому будут стремиться общественные советы



Необходим институт независимой МСЭ

рии установления инвалидности детям будут доработаны.

Важным пунктом «дорожной карты» является работа над перечнем заболеваний, при которых инвалидность может быть установлена при заочном освидетельствовании. В Минтруде заявили, что данный перечень планируют детально проработать «в целях более чёткого урегулирования вопроса заочного рассмотрения при установлении инвалидности». Как именно будет изменён перечень, в ведомстве не пояснили.

О.Германенко отмечает, что прежде чем утвердить этот перечень, необходимо представить его на обсуждение общественным организациям: «Я больше всего опасаясь, что в этот перечень не внесут редкие заболевания, потому что о них, как правило, мало знают и часто забывают».

Напомним, заочное освидетельствование возможно и сейчас. В таких случаях специалисты бюро

МСЭ. По их мнению, нововведение позволит сделать процедуру прохождения экспертизы более открытой. В Минтруде заверили, что в работе общественных советов будут активно участвовать уполномоченные по правам человека и ребёнка в регионах, а также представители пациентских и родительских организаций.

Приветствуется также формирование института независимой медико-социальной экспертизы, решение которого позволит оспорить монополизм МСЭ: «Независимая экспертиза – это возможность человека независимо от существующей вертикали МСЭ получить другое квалифицированное заключение, с которым он может обратиться в разного рода инстанции, например, обжаловать решение МСЭ в суде», – пояснили эксперты.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сито!

Письмо в редакцию

По последним данным, патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) занимает второе место среди причин временной нетрудоспособности и третье среди инвалидности и смертности. В РФ ежегодно более 13 млн человек получают различные повреждения. Особенно высок травматизм в некоторых регионах страны, среди которых доминирующее место занимает Республика Дагестан. Это связано со своеобразным географическим ландшафтом, растущим пополнением транспортного парка, плохим состоянием дорог, распространением наркотических средства среди молодёжи и т.д.

Сегодня внешние факторы играют существенную роль в росте травматизма: это неосторожность самого пострадавшего (50-55%); метеорологические условия: снегопад, гололедица, ливневые дожди (20-25%); нарушение общественного порядка: пьянство, хулиганство, употребление наркотиков, отсутствие надзора и контроля за бездомными животными, плохая освещённость улиц, захламлённость дворов. Поэтому вопросы организации травматологической и ортопедической помощи вышли на первый план.

Нынешняя система обеспечения травматологическими койками базируется на данных 2010 г., что составляет на 100 тыс. населения для взрослых – 0,5 койки, для детей – 0,4. По данным НИИТО им. Р.Р.Вредена, потребность на то же количество соответственно – 5 и 4. Как видите, разница большая. В городах с населением от 50 до 80 тыс. жителей, в составе травматологических отделений должны

От самой лучшей...

Система травматологической помощи разрушена, а новой не создано

выделяться узкопрофильные койки и подготовлены специалисты для оказания соответствующей специализированной помощи. С населением более 1,5 млн, в специализированных отделениях их требуется 60 плюс, дополнительно, отделения микрохирургии и эндопротезирования.

Более серьёзного внимания заслуживает амбулаторная помощь пострадавшим. По данным статистики за 1992 г. (новые данные не анонсированы), в РФ функционировали 1700 травматологических пунктов и кабинетов, из которых 400 круглосуточно. Они оказывали неотложную помощь пострадавшим, последующее лечение, проводили экспертизу нетрудоспособности, диспансеризацию, профилактическую и санитарно-просветительную работу. К великому сожалению, за последние годы амбулаторная травматологическая служба стала разрушаться: сокращаются штаты врачей, среднего и младшего медицинского персонала, отменяются дежурства в ночное время, а пострадавших стали «привязывать» к приёмным покойам стационара.

В приказе Минздрава России от 23 ноября 1992 г. «Об оплате труда работников здравоохранения» травматологические пункты не включены в перечень подразделений, имеющих право на повышение должностных окладов в связи с опасными для здоровья и

особо тяжёлыми условиями труда. Между тем, работа амбулаторного травматолога связана с трудностями: дежурства в выходные и праздничные дни, риск заражения ВИЧ-инфекцией, гепатитом, другими инфекционными заболеваниями, агрессией со стороны наркоманов, алкоголиков и психически неуравновешенных пациентов.

На сегодняшний день ни в одном городе республики, включая Махачкалу, нет типового травматологического пункта (ТП), который мог бы нормально оказать адекватную помощь пострадавшим. Согласно положению, в областных, республиканских центрах положено на 100 тыс. населения иметь круглосуточно работающий ТП. В городе Махачкала проживают более 1 млн человек, а функционирует круглосуточно один, и то не типовой, вместо положенных 10. Ещё более проблематичным стал вопрос по оказанию амбулаторной помощи больным с ортопедической патологией. Частота заболеваний костей, суставов, мышц не уступает травматизму, а временная нетрудоспособность на 40% превышает аналогичный показатель при травмах, особенно, при деформирующих артрозах крупных суставов. Однако, в системе бюджетного здравоохранения амбулаторная помощь взрослым с ортопедической патологией не организована, что способствовало появлению большого количества

медицинских частных целителей.

Переход на систему медицинского страхования с января 1993 г. ничуть не улучшил оказание медицинской помощи населению, а наоборот, создал массу дополнительных проблем, которые не удаётся радикально разрешить в интересах больного. Поспешное введение платных услуг в системе здравоохранения, в конечном итоге, подведут к экономической «удавке» не только граждан, но и государство в целом. Ибо с большим населением поднимать экономику, промышленность, сельское хозяйство невозможно.

Выпущенные методические рекомендации Министерством здравоохранения РФ в 1992 г., которыми руководствуются по организации работы травматолого-ортопедической службы в новых условиях хозяйствования, не выдерживают никакой критики. Например, в разделе «Стационарная помощь» можно читать следующее: «В больницах разной категории (клиниках медвузов и НИИ, областных, городских, центральных, районных) стандарты лечения и стоимости разные». Напрашивается вопрос, почему и на основании чего они должны отличаться? Выходит, если пострадавший получил травму, перелом лучевой кости в типичном месте, то лечение и стоимость в условиях районного лечебного учреждения одни, а в городах другие? Далее – требуется введение поправочных

коэффициентов, в каком объёме, кто это должен сделать, остаётся не понятным.

В раздел оценки качества лечения введена трёхступенчатая система: 1-ю ступень проводит заведующий отделением, 2-ю – экспертная комиссия стационара и 3-ю – территориальные медицинские объединения. Комиссия имеет право предъявлять стационарам штрафные санкции, размер которых заранее определён в договоре между территориальными медицинскими объединениями и стационарами. Остаётся не ясным, с какой целью надо заключить договор между ними. И как можно заранее определить размер штрафных санкций? На самом деле, из этих ступеней, кроме штрафных санкций, ни одна не функционирует.

Государственная система организации здравоохранения была узаконена декретом Совнаркома РСФСР от 18 февраля 1919 г. и была признана лучшей в мире, что признавалось даже самими агрессивными по отношению к СССР капиталистическими странами. Этот декрет регламентировал передачу народному комиссару всех полномочий, тем самым ликвидировал промежуточные ненужные организации в медицине. Для разрушения такой системы не было никаких оснований. Внедрение дополнительных промежуточных звеньев в медицине привело к нарастающей коррупции, знахарству и мошенничеству.

Эмир МИРЗОЕВ,
доцент кафедры травматологии
и ортопедии Дагестанского
государственного
медицинского университета.
Мирза УДАЕВ,
заведующий травматологическим
пунктом РОТЦ.

Предполагается, что летняя оздоровительная кампания затронет 5,35 млн детей, которых примут около 40 тыс. лагерей. Без медицинского сопровождения в них, конечно, не обойтись.

Заманчивое предложение

На календаре июль. Детские лагеря (теперь они называются организациями оздоровления и отдыха) наперебой приглашают ребятшек отдохнуть весело и с пользой. Тут тебе смены и с изучением английского языка, и с программами личностного роста, и с курсами для благородных девиц (юные леди от 6 до 9 лет научатся шить, готовить и даже наносить макияж – обещают организаторы), и с экстримом (мальчишкам, например, сулят паркур, скейтбординг, street workout и массу всего увлекательного). Как не клюнуть на предложение поехать в «идеальный лагерь для маленькой принцессы» или в языковой лагерь на берегу моря, где вожатые – носители языка, все мастерские проводятся на иностранном?

Родители, конечно же, выбирают программу поинтереснее для ребёнка. А дети, в первую очередь, спрашивают: есть ли Wi-Fi в лагере, чтобы можно было зависать в интернете. Такова современная реальность. Вожатые рассказывают, как трудно бывает оторвать ребёнка от компьютера или смартфона, как у некоторых ребятшек в отсутствие гаджетов и интернета начинается буквально ломка, похожая на ту, что испытывают наркоманы. В подобной ситуации помощь врача педагогическому коллективу и самому ребёнку была бы весьма кстати. Да что там зависимости! Пока они, к счастью, встречаются не часто. А вот инфекционные заболевания, соматическая хроническая патология – не редкость.

«У детей в лагере можно встретить практически всё, с чем сталкивается педиатр на участке», – утверждают доктора, отважившиеся поработать в ДОЛ (ДОЛ – детский оздоровительный лагерь). Почему отважившиеся? Потому что оказание помощи – лишь маленькая часть забот. У врача в лагере широкий круг обязанностей. И если относиться к ним строго, 24 часов в сутки не хватит. При этом на доктора ложится высокая ответственность за здоровье отдыхающих. Вероятно, поэтому до сих пор в некоторые лагеря требуются врачи, хотя, казалось бы, разгар сезона, за спиной уже явно не первая смена, и весь персонал должен быть укомплектован. Ан нет, поиск докторов продолжается. Вот на глаза попало объявление: «Приглашается педиатр, зарплата 60 тыс. руб., можно взять с собой собственного ребёнка, опыт работы в лагере не обязателен». Вроде бы, предложение неплохое, а желающие не находятся. Как выяснилось, причин тут несколько.

Дело в том, что на сегодняшний день работать в лагере может только врач, имеющий квалификацию по специальности «педиатрия», «организация здравоохранения» или «лечебное дело» и трудовой стаж не менее 5 лет. Раньше кадровый дефицит устраивался за счёт студентов старших курсов медицинских вузов, которые отправлялись работать в лагерь, но нынешнее законодательство это запрещает.

По мнению ведущего научного сотрудника НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков Национального научно-практического центра здоровья детей Минздрава России кандидата медицинских наук Анны Седовой, изучавшей данную проблему, основное препятствие тому, чтобы найти врачей в лагерь, это – требование стажа работы по специальности не менее 5 лет. Возникает законный вопрос:

почему молодой сертифицированный врач может работать в больнице, в поликлинике, а в лагере нет? Много ли докторов захочет поехать в ДОЛ, имея уже 5-летний стаж работы? Найти столько желающих педиатров не реально. Как правило, интерес к работе в оздоровительной организации проявляет молодёжь после окончания вуза, ординатуры, поскольку это что-то новое для неё. А для стажированных докторов мотивацией, в основном, служит путёвка для ребёнка (хотя в лагере не очень любят, когда доктор приезжает со своим чадом, ведь он, в первую очередь,

может начать функционировать, пока не получит лицензию на медицинскую деятельность. Но получить её очень сложно. Даже в школах лицензирование идёт очень медленно, а уж в лагерях тем более. Да и как, например, в палаточном лагере лицензировать медицинский пункт? Ведь для этого, как минимум, должен быть определённый кабинет, который в таких условиях организовать по всем правилам невозможно. Поэтому большинство ДОЛ лицензию не имеют, из положения выходят, заключая договоры о медобслуживании с близлежащей медицинской организацией. Но

даются. Да и зачем тогда врач в лагере, если он лечить никого не может.

Вывод напрашивается сам собой. Должна быть специальная подготовка медицинских кадров.

«Липовые» справки

Общаясь как-то с главным врачом «Артека» Олегом Парфёновым, я поинтересовалась, какая проблема его больше всего волнует. «Липовые справки», – ответил он, не задумываясь.

С ней регулярно сталкиваются и в обычных загородных лагерях. То, что написано в форме 079/у,

ответственность за то, какой ребёнок попал в лагерь, прежде всего должны нести родители. Поэтому некоторые лагеря на сегодняшний день просят их заполнить анкету, где сообщается о проблемах детей. Если ребёнок идёт в поход, пусть лучше лагерь будет знать, что у ребёнка бронхиальная астма, чем оставаться в неведении из-за того, что родители скрыли диагноз.

Как обеспечить реальное оздоровление?

Кстати, доля стационарных загородных лагерей в стране со-

Тенденции

Лето – это маленькая жизнь?

Пусть детский отдых будет полноценным



В лагере интересно

будет следить за тем, чтобы у его ребёнка всё было в порядке).

Поэтому, к сожалению, мало в каких лагерях есть доктора, решившие поработать всё лето (не редкость, когда каждую смену в ДОЛ трудится новый медицинский персонал). Врачи берут отпуск (или больничный лист) по месту основной работы и едут трудиться в лагерь, как правило, ради собственного ребёнка. Но на 3 месяца никто не сможет ни больничный взять, ни уйти в отпуск (если только не планирует уволиться).

Условия необходимые и надуманные

По современному законодательству до начала функционирования лагеря все его сотрудники, в том числе медицинские работники, должны пройти обследование, включающее огромный перечень позиций, чтобы не представлять опасности для детей. Если в отношении других членов коллектива это понятно, то зачем доктору, который и без того дважды в год обследуется, отдельно проходить осмотр ещё и для лагеря (включая маммографию, ЭКГ и пр.)?

Кроме того, все сотрудники должны быть привиты, согласно Национальному календарю прививок, а также по эпидпоказаниям. Что касается последнего, то в районах, эндемичных по клещевому энцефалиту, прививку от этой инфекции необходимо начинать делать в марте, чтобы успеть к эпидсезону, а врача порой удаётся найти лишь в мае. Естественно, он не успевает вакцинироваться, значит, его нельзя брать на работу. Бывает, в лагере закрывают глаза на отсутствие обследования и зачисляются в свои ряды, но это грозит штрафом учреждению.

Ещё одна проблема. Лагерь не

медицинские организации тоже не очень любят брать на себя дополнительную ношу, поскольку нужно отвечать за лагерь, выделять для работы в нём сотрудников, у которых и без того собственных забот хватает.

Если же лагерь нашёл своего врача, то медицинская организация, с которой заключается договор, обязана заключить с этим доктором временное трудовое соглашение. А какая поликлиника станет брать на себя ответственность за квалификацию того врача, что нашёл лагерь?

Словом, и тут загвоздка. Видимо, надо что-то менять, прежде всего с отбором кадров.

Рекомендуемые штатные единицы, как считают эксперты, тоже недостаточны для того, чтобы выполнять весь объём работы, который состоит из 2 этапов. Первый – до открытия лагеря, включающий комплектование медицинского пункта, участие в комиссии по определению готовности учреждения, проверку документов, сопровождение детей в лагерь. Второй этап – непосредственно во время проведения оздоровительной кампании.

В лагере у врача очень много функций, которые он должен выполнять, но зачастую не умеет. Потому что то, чему его когда-то учили (на 2-3-м курсе), позабылось. В ряде регионов, пытаются исправить положение дел, организуют для докторов 2-3-дневные семинары перед лагерной сменой.

– Идея хорошая. Но как она воплощается? Обычно докторов запугивают, говорят, что в лагере они не имеют права ничего делать, – считает А.Седова. – Если что-то случилось, даже ОРВИ, должны вызывать скорую помощь. Естественно, скорая помощь не довольна, когда такие звонки раз-

далеко не всегда соответствует действительности. А сокрытие патологии у ребёнка приводит к грустным последствиям.

Ребёнок, приезжая отдыхать в лагерь, должен иметь 2 документа: форму 079/у о состоянии здоровья и справку об отсутствии контактов с инфекционными больными. Если родители в апреле – мае не предполагали, что они в августе отправят своё чадо в лагерь, то могут столкнуться с трудностями в получении справки о состоянии здоровья, поскольку без сведений о проведённых прививках участковый педиатр её не даст, а все сведения закрыты в школе, начиная с мая. К сожалению, как ни странно, пока данные из школы до поликлиники идут очень долго. Специалисты надеются, что с реализацией проекта «Школьная медицина» и совершенствованием системы наблюдения за учащимися это ускорится.

Всякий ли ребёнок может отдыхать в лагере? Ответ на вопрос зависит от типа лагеря. Несколько лет назад Научно-исследовательским институтом гигиены и охраны здоровья детей и подростков были разработаны федеральные рекомендации по медицинскому допуску несовершеннолетних к пребыванию в организации отдыха с учётом специфики.

Невозможно создать одинаковые правила допуска в лагерь дневного пребывания, палаточные и стационарные. Например, в лагерях дневного пребывания отдыхают, как правило, ученики той же школы, на базе которой лагерь организован. Про этих детей школа и так всё знает, они сегодня закончили учебный год, а завтра у них начинается смена в лагере, где обычно работает тот же медицинский сотрудник, что и в образовательной организации.

На сегодняшний день существует абсолютный перечень заболеваний, при которых нельзя попасть в лагерь (если это лагерь не санаторного типа) и относительных медицинских противопоказаний. ДОЛ может внести в свой устав дополнения, расширить перечень противопоказаний, и ребёнок, имеющий какие-то нарушения здоровья, должен получить отдельный допуск, свидетельствующий о том, что он может находиться в данных условиях.

Родители понимают, что с заболеванием ребёнка могут не взять в выбранный ими лагерь. Поэтому нередко скрывают диагноз. Например, в палаточный лагерь приезжают дети и с эпилепсией, и с бронхиальной астмой, и с другой серьёзной патологией. Бывали случаи, когда из походов ребятшек приходилось снимать вертолёт. Пока с ребёнком не случилась неприятность, организаторы похода не знали, что он под кустом вкалывает себе инсулин.

ставляет всего 5% и, к сожалению, уменьшается, а количество лагерей дневного пребывания с каждым годом увеличивается. Хотя последние являются малоэффективной формой отдыха. По мнению директора НИИ гигиены и охраны здоровья детей и подростков члена-корреспондента РАН Владислава Кучмы, это скорее – лагерь присмотра за детьми, ведь ребёнок продолжает находиться в городе, где экологическая обстановка оставляет желать лучшего, отсутствует ряд других рекреационных факторов. Вот подтверждение. Лагерь на базе ближайшей к моему дому школы предлагает «развивающие занятия в классах, спортзале, игровых помещениях; ежедневные прогулки на территории школы, где есть спортплощадка, футбольное поле, газон; экскурсии в музеи 2 раза в неделю». Комментарии, как говорится, излишни.

Медицинское обеспечение лагерей регламентирует ряд документов. Помимо федерального закона об основных гарантиях прав ребёнка, санитарных норм и правил, существует приказ Минздрава № 363н «Порядок оказания медицинской помощи несовершеннолетним в период оздоровления и организованного отдыха». Но в реальности его выполнение сопряжено с массой трудностей. С 1 января нынешнего года вступил в силу так называемый закон о детском отдыхе № 465-ФЗ. И сейчас много говорят об обеспечении безопасности детей в лагерях, сосредоточившись, в основном, на предотвращении несчастных случаев (трагедия на Сямозере в Карелии многому научила), необходимости информировать службу МЧС о предстоящих походах. Это чрезвычайно важно. Но нельзя забывать и о расширении возможностей оздоровления детей в лагерях, оздоровления реального, а не придуманного. А для этого требуется, как считают гигиенисты, увеличение числа загородных стационарных лагерей, укрепление взаимодействия между всеми структурами, отвечающими за детский отдых, совершенствование медицинского обеспечения. Принятый закон № 465-ФЗ многое определил, вводит единые требования ко всем компаниям, занимающимися организацией летнего отдыха, устанавливаются профессиональные стандарты и квалификационные требования. Но нерешённых проблем ещё много, в том числе в сфере медицинского сопровождения летнего отдыха. Хочется надеяться, что на них будет обращено внимание при подготовке программы «Десятилетия детства».

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 50 (2080)

(Окончание. Начало в № 52 от 19.07.2017.)

При исчезновении этиологического фактора заболевание достаточно быстро разрешается. При развитии поливалентной сенсибилизации устранение этиологического фактора не предупреждает развитие рецидивов. Профессиональная экзема часто сопровождается респираторными изменениями, бронхоспазмом, аллергическим ринитом, аллергическим конъюнктивитом. Заболевание может являться продолжением профессионального аллергического дерматита, токсикодермии. Больным профессиональной экземой проводится экспертиза трудоспособности и определяется степень инвалидности по профессиональному заболеванию.

Диагностика

Диагностика основывается на данных анамнеза и клинической картины заболевания. По показаниям и с целью проведения дифференциальной диагностики назначаются следующие лабораторные исследования:

- клинический анализ крови;
- клинический анализ мочи;
- биохимический анализ крови (АлАТ, АсАТ, триглицериды, общий белок, азот мочевины, креатинин, общий билирубин, глюкоза и др.);
- определение уровня общего IgE в сыворотке крови иммуноферментным методом;
- аллергологическое исследование сыворотки крови – определение специфических IgE/IgG антител к пищевым, бытовым антигенам, антигенам растительного, животного и химического происхождения
- при вторичном инфицировании – культуральное исследование с целью идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибактериальным препаратам;
- определение антител к антигенам лямблий, аскарид, описторхий, токсокар и других в сыворотке крови.

Гистологическое исследование биоптатов кожи проводится по показаниям с целью дифференциальной диагностики. При остром процессе наблюдается спонгиоз, большое количество мелких пузырьков в эпидермисе; внутриклеточный отёк в клетках шиповатого слоя; в дерме – расширение сосудов поверхностной сосудистой сети, отёк сосочков и лимфоидно-клеточная инфильтрация вокруг сосудов. При хроническом процессе в дерме наблюдается периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов, эозинофилов; в эпидермисе – акантоз, гиперкератоз, паракератоз, незначительный отёк.

Диагноз профессиональной экземы подтверждается кожными пробами с предполагаемыми профессиональными раздражителями, аллергологическими, иммунологическими тестами, методами функциональной диагностики.

По показаниям назначаются консультации других специалистов: гастроэнтеролога, психоневролога, аллерголога, терапевта, эндокринолога.

Дифференциальная диагностика

При истинной экземе клиническая картина заболевания типична; в редких случаях истинную экзему необходимо дифференцировать от атопического дерматита, токсидермий, пиодермий, аллергического контактного дерматита.

Дисгидротическую экзему следует дифференцировать от ладонно-подошвенного псориаза, пустулезного бактерида (синдром Эндрюса), дерматомикозов (эпидермофитии стоп), дисгидроза, эпидермофитии стоп, пустулезного псориаза ладоней и подошв, пустулезного бактерида Эндрюса, хронического акродерматита Аллопо, в исключительных случаях – от буллезного пемфигоида.

Дифференциальный диагноз пруригинозной экземы проводят с чесоткой, детской почесухой, стойкой папулезной крапивницей, герпетическим дерматитом Дюринга.

Дифференциальный диагноз роговой экземы проводят с псориазом ладоней и подошв, рубромикозом, эпидермофитией стоп, кератодермией.

Дифференциальный диагноз монетовидной экземы проводят с бляшечным парапсориазом, розовым лишаем, себорейной экземой.

Дифференциальный диагноз паратравматической (околораневой) экземы проводят с контактным дерматитом, псориазом, гипертрофической формой красного плоского лишая, болезнью Шамберга.

Дифференциальный диагноз сикозиформной экземы проводят с вульгарным и паразитарным сикозом.

Себорейную экзему следует дифференцировать от фолликулярного дискератоза

Ведение больных экземой

Клинические рекомендации

Дарье, болезни Девержи, себорейной пузырчатки Сенира-Ашера, псориаза и парапсориаза.

При микробной экземе может потребоваться дифференциальная диагностика со стрептодермией и контактным аллергическим дерматитом, субкорнеальным пустулезом, дерматитом Дюринга, лейшманиозом.

Лечение

Цели лечения:

- прекращение прогрессирования заболевания;
- уменьшение зуда;
- разрешение высыпаний;
- профилактика рецидивов.

Общие замечания по терапии

Лечение экземы начинают с ограничения контактов с выявленными и потенциальными аллергенами и ирритантами. При всех формах экземы назначают общую гипосенсибилизирующую терапию, включающую антигистаминные препараты.

При локализации высыпаний на нижних конечностях и выраженной отёчности по согласованию с терапевтом возможно назначение мочегонных препаратов, при нарушении периферического кровообращения: антиагрегантов и венотоников, при эндотоксемии с целью удаления из кишечника аллергенов, нерасщеплённых компонентов пищи и патологических метаболитов, образующихся при дисбиозе – энтеросорбенты.

Схемы лечения

Медикаментозное лечение

Системная терапия

1. Антигистаминные препараты.

В острой стадии экземы применяют антигистаминные препараты I поколения:

- акривастин (С) 8,0 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней

- или
- клемастин (С) 1,0 мг 2 раза в сутки перорально или 2,0 мг 2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10-20 дней

- или
- мебгидролин (С) 100 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней

- или
- хлоропирамин (В) 25 мг 3-4 раза в сутки перорально или 20-40 мг 1-2 раза в сутки внутривенно или внутримышечно в течение 10-20 дней

- или
- хифенадин (А) 25 мг 2 раза в сутки перорально в течение 10-20 дней
- или
- диметинден (С) 4 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней

В дальнейшем используются препараты II и III поколений:

- лоратадин (А) 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней или
- цетиризин (А) 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней или
- левоцетиризин (А) 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней или
- дезлоратадин (А) 5 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней

- или
- фексофенадин (А) внутрь 120-180 мг 1 раз в сутки перорально в течение 10-20 дней.

2. Глюкокортикостероидные препараты применяют при наличии выраженного воспаления:

- бетаметазон динатрия фосфат+бетаметазона дипропионат (В) 2,0 мг/5,0 мг (1,0 мл) внутримышечно однократно (при необходимости, повторяют через 10 суток, но не более 2 инъекций)

- или
- преднизолон (В) 25-30 мг в сутки перорально в течение 5-25 дней; при назначении более 7 дней с дальнейшим снижением дозы на 5,0 мг каждые 5 дней до полной отмены препарата

- или
- дексаметазон (В) 0,004-0,008 мг (1,0-2,0 мл) в сутки в течение 3-7 дней

3. При выраженном кожном зуде назначают транквилизатор с антигистаминным действием:

- гидроксизин (В) 25 мг 2-4 раза в сутки перорально в течение 3-4 недель

4. При наличии выраженной экссудации назначают детоксикационную терапию:

- оксиклозол, аэрозоль (В) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- бетаметазона валериат, крем, мазь 0,1% (А) 1 раз в сутки наружно в течение 7-20 дней

- или
- бетаметазон дипропионат, крем, мазь 0,025%, 0,05% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- гидрокортизона 17-бутират, крем, мазь 0,1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 2-4 недель

- или
- клобетазола пропионат, крем, мазь 0,05% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- метилпреднизолона ацепонат, крем, мазь 0,1% (А) 1 раз в сутки наружно в течение в течение 2-4 недель

- или
- мометазона фураат, крем, мазь 0,1% (А)

- 1 раз в сутки наружно в течение 2-4 недель

- или
- алклометазона дипропионат, крем, мазь 0,05% (А) 2-3 раза в сутки наружно в течение 10-20 дней

4. По мере стихания острых воспалительных явлений используют пасты, содержащие 2-3% ихтимол, берёзовый дёготь, нафталанскую нефть, 0,5-1% серу, 2-5% борно-цинко-нафталановую пасту, 2-5% дегтярно-нафталановую пасту (D). Пасты назначают как самостоятельно, так и в сочетании с глюкокортикостероидами наружного применения.

5. Комбинированные лекарственные средства.

- гентамицин+бетаметазон+клотримазол (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- бетаметазон+гентамицин (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- неомицин+натамицин+гидрокортизон (А) 2-4 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- окситетрациклин+гидрокортизон (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- флуометазон+клиохинол (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- флуоцинола ацетонид+неомицин (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- бетаметазон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

- или
- гидрокортизон+фузидовая кислота (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-14 дней

6. При микробной экземе эффективны мази, содержащие только антибактериальные препараты:

- гентамицин, мазь 0,1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- клиндамицин, гель 1% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- фузидин натрия, гель 2% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- мупироцин 2% (А) 3 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- неомицин, аэрозоль (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- тетрациклин, мазь 3% (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

- или
- эритромицин, мазь 10000ЕД/г (А) 2 раза в сутки наружно в течение 7-10 дней

Немедикаментозное лечение
Физиотерапевтическое лечение
Узкополосная средневолновая ультрафиолетовая терапия с длиной волны 311 нм, 4-5 раз в неделю, на курс от 25 до 30 процедур (С) [12].

В качестве лечебного фактора также используется низкоинтенсивное лазерное излучение красного спектра с длиной волны 0,632 мкм и инфракрасного с длиной волны 0,8-1,2 мкм, на курс 15-20 процедур при

ограниченных формах (С).

ПУВА-терапия (С) 4 раза в неделю на курс 15-20 сеансов (в тяжёлых случаях при распространённых высыпаниях).

Режим охранительный: исключение контактов с возможными аллергенами и гистаминолибераторами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, сон не менее 8 часов.

Диета: из рациона больных экземой исключаются яйца, цитрусовые, мясо птицы, жирные сорта рыбы, мясные бульоны, цельное молоко, орехи, газированные напитки, красные вина, морепродукты, бобовые, грибы, томаты, шпинат, шоколад, какао, кофе, приправы, майонез, острые блюда.

Критерии эффективности лечения
При своевременном начале и адекватной терапии через 5-7 суток уменьшается вы-

раженность воспаления, прекращается зуд и экссудация, прекращают появляться новые элементы, а старые начинают регрессировать. Клиническое выздоровление наступает на 20-25 сутки с момента начала лечения.

Экзема относится к хроническим дерматозам, с частыми рецидивами, поэтому целью поддерживающей терапии служит продление состояния клинической ремиссии и уменьшение частоты развития рецидивов. При достаточной эффективности лечения и профилактики ремиссия может продлиться в течение нескольких лет, а в ряд случаев – пожизненно.

Показания к госпитализации
При наличии островоспалительных явлений, приводящих к утрате трудоспособности, больных госпитализируют.

Тактика при отсутствии эффекта от лечения

Консультации других специалистов, выявление и лечение соматической патологии.

Профилактика

Режим больного экземой является охранительным: исключение контактов с возможными аллергенами, ограничение стрессовых ситуаций, водных процедур, соблюдение диеты, профилактическое использование смягчающих кремов, эмолиентов, корнеопротекторов, нейтральных моющих средств. Одежда не должна вызывать перегрева, не содержать шерстяных и синтетических компонентов, воздух в помещении должен быть увлажнён. В профилактике экземы важными задачами

являются правильный уход за кожей, а также сведение к минимуму причин, приводящих к рецидивам. Больные с экземой должны находиться на диспансерном учёте у дерматолога.

Виталий ОХЛОПКОВ,
заведующий кафедрой,
профессор,
доктор медицинских наук.

Ольга ПРАВДИНА,
доцент,
кандидат медицинских наук.

Елена ЗУБАРЕВА,
доцент,
кандидат медицинских наук.

**Кафедра дерматовенерологии
и косметологии Омской
государственной медицинской академии.**

Код по МКБ-10	Нозологические формы
F00-F09	Органические, включая симптоматические, психические расстройства
F10-F19	Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ
F20-F29	Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства
F30-F39	Расстройства настроения (Аффективные расстройства)
F40-F48	Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства
F50-F55	Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами
F60-F69	Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте
F70-F79	Умственная отсталость

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (класс V) (МКБ-10), под психическим расстройством подразумевается клинически определённая группа симптомов или поведенческих признаков, которые, в большинстве случаев, причиняют страдание и препятствуют личностному функционированию. Изолированные социальные отклонения или конфликты без личностной дисфункции не включаются в группу психических расстройств.

Психические расстройства подразделяются на психотические и непсихотические. Психотические расстройства характеризуются радикальным искажением реальности в сознании пациента, обусловленным глубокой депрессией, бредом, галлюцинациями и другими выраженными нарушениями психической деятельности. В структуре психотического расстройства могут наблюдаться тяжёлые нарушения поведения, связанные с неспособностью пациента считаться с требованиями реальности и здоровыми тенденциями собственной личности. Существенным признаком психоза является непонимание пациентом факта собственного психического расстройства, иными словами, отсутствие критического отношения к заболеванию (анозогнозия).

Для непсихотических психических расстройств характерно сохранение пациентом способности к реалистическому отображению действительности. Искажения общей картины мира и отдельных сторон жизни возможны и здесь, но они до известной степени доступны коррекции прошлым и настоящим опытом.

К психическим расстройствам, требующим оказания скорой медицинской помощи, относятся все расстройства, независимо от их нозологической принадлежности, сопровождающиеся выраженными нарушениями психических функций. При этом, уровень нарушений может быть психотическим или непсихотическим, а в клинической картине могут присутствовать угрожающие жизни физические симптомы (состояния с нарушением витальных функций). Скорая медицинская помощь может потребоваться при осложнениях (нежелательных явлениях) плановой психофармакотерапии (злокачественный нейролептический синдром, серотониновый синдром).

Независимо от нозологической принадлежности психических расстройств, выделяют следующие состояния, требующие оказания скорой медицинской помощи.

Агрессия – склонность к разрушительным действиям и нападению на окружающих.

Аутоагрессия – нанесение повреждений себе. Суицидальное поведение – разновидность аутоагрессии, включающая любую активность, направленную на лишение себя жизни (мысли, высказывания, угрозы, попытки, покушения и пр.).

Оказание скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Клинические рекомендации

Психомоторное возбуждение – двигательное беспокойство разной степени выраженности от суетливости до разрушительных действий (агрессия и аутоагрессия), часто сопровождающееся речевым возбуждением (многоговоривость, выкрики фраз, слов, отдельных звуков). Наряду с этим характерны выраженные аффективные расстройства: тревога, растерянность, гнев, веселье и т. д. Выделяют психомоторное возбуждение без дополнительных симптомов и с дополнительными (преимущественно психотическими: бредовыми, галлюцинаторными, депрессивными и смешанными) симптомами.

Ступор – (от лат. stupor «оцепенение, оглушённость») – двигательное расстройство, в виде полной обездвиженности с отсутствием речевой продукции (мутизм) и ослабленными реакциями на раздражители, в том числе болевые.

Непсихотические реакции без нарушений витальных функций – состояния, проявляющиеся острыми переживаниями (реакциями). Характерными проявлениями являются тревога, сниженное настроение, возбуждение или заторможенность, нарушения продуктивности мышления. Возникают в психотравмирующих ситуациях (реакция на стресс) и в своём развитии не достигают уровня психоза. На фоне личностных расстройств, органических заболеваний головного мозга, а также при депрессии эти реакции могут быть очень выраженными, неадекватными ситуации, могут спровоцировать агрессию, аутоагрессию, суицидальное поведение.

Непсихотические реакции с нарушениями витальных функций – острые реакции на стресс или патологические личностные реакции, наблюдающиеся на фоне острой соматической патологии. В одних случаях эти реакции возникают одновременно с острой соматической патологией, например, при получении травмы в чрезвычайной ситуации, в других – могут провоцировать развитие опасных для жизни состояний (коронарный синдром, нарушение мозгового кровообращения и т.п.) и ухудшать их течение. Нарушения пищевого поведения, проявляющиеся резким ограничением приёма пищи, злоупотреблением диуретическими и слабительными средствами могут приводить к развитию опасных для жизни состояний (метаболические расстройства, тяжёлая кахексия).

Психотические состояния без нарушений витальных функций – состояния, проявляющиеся грубыми нарушениями психической деятельности, вызванными неадекватными ситуациями переживаниями, имеющими в своей основе аффективные, бредовые и галлюцинаторные синдромы, синдромы помрачения сознания, деменцию, а также их сочетания. Наиболее часто встречаются следующие состояния:

а) делирий – синдром помрачения сознания, характеризующийся выраженными зрительными истинными галлюцинациями, иллюзиями, сопровождающимися образным бредом и психомоторным возбуждением, нарушениями ориентировки в месте и времени. Галлюцинации преимущественно носят характер сценородных, подвижных, множественных, часто угрожающего содержания.

б) галлюциноз – состояние, обусловленное наплывом галлюцинаций преимущественно какого-либо одного вида. Протекает при ясном сознании и сопровождается аффектом тревоги и страха.

в) острый бред – характеризуется образностью, отрывочностью, непоследовательностью. Сопровождается аффектом страха, тревоги, предчувствием беды, катастрофы. Больной считает, что всё вокруг изменилось, в том числе окружающие люди: незнакомые люди кажутся знакомыми, знакомых больной не узнаёт, считает их подставными, замаскированными под близких ему людей. Больному кажется, что ведётся «непонятная игра». Отмечается бред инсценировки, особого значения, преследования. На фоне экспансивного аффекта развивается бред величия, мессиянства.

г) диссоциативные и конверсионные расстройства – состояния, возникающие у истерических, астенических и нарциссических личностей, связанные с травматическими событиями, внутриличностными конфликтами или нарушенными взаимоотношениями. Конверсия означает замещение тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают неврологическое заболевание (например, психогенные припадки). Диссоциация означает происхождение симптомов от недостаточного взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется симптомами психических нарушений (например, диссоциативный ступор).

Психотические состояния наряду с симптомами помрачения сознания, бредом и галлюцинациями могут проявляться агрессией, аутоагрессией, суицидальным поведением, психомоторным возбуждением, ступором.

Психотические состояния с нарушениями витальных функций – психотические состояния, наблюдаемые у больного одновременно с тяжёлой соматической патологией. В одних случаях эти состояния могут быть реакцией психики на острую соматическую патологию, например, делирий или аменция при черепно-мозговой травме или интоксикации. В других случаях острая соматическая патология может манифестировать на фоне имеющихся острых или хронических психических расстройств. Наиболее часто встречаются следующие состояния:

а) мусситирующий делирий – синдром помрачения сознания, при котором наблюдается дезориентировка в месте и времени, галлюциноз, двигательное беспокойство в форме простых, стереотипно повторяемых движений в пределах постели (потирание руками, стирание мнимых предметов с одежды или постели, натягивание одеяла и т.п.). Речь тихая, невнятная, часто состоит из повторяющихся отдельных звуков, слогов, междометий (бормотание). Отсутствует реакция на внешние раздражители. Признаком утяжеления состояния, и, соответственно, ухудшения прогноза, служит развитие аменции, сопора и комы. При выздоровлении, как правило, отмечается выпадение памяти на события и переживания, имевшие место незадолго до начала расстройства и в период острых и подострых его проявлений (ретро- и антероградная амнезия).

б) аментивное состояние – синдром помрачения сознания, состояние острой спутанности, в основе которого лежит дезинтеграция и выпадение функций сознания. Основные признаки: полная дезориентировка в месте, времени и собственной личности, бессвязность (инкогерентность) мышления, проявляющаяся в неспособности к анализу, синтезу, обобщению, абстракции, осмыслению ситуации в целом, астеническая речевая спутанность, амнезия периода нарушения сознания.

К дополнительным симптомам отно-

сят: расстройства восприятия (нестойкие иллюзии, галлюцинации, сенестопатии, психосенсорные расстройства), расстройства мышления (фрагментарные бредовые интерпретации, параноидные включения), аффективные расстройства (растерянность, страх, тревога, эмоциональная лабильность). При некоторых заболеваниях может быть повышенное (эйфорическое) настроение. Развивается чаще всего вследствие тяжёлых и длительных, истощающих организм соматических заболеваний.

Синдром отмены (абстинентный синдром) – комплекс психических и соматовегетативных симптомов (например, мышечные боли, недомогание, тошнота, рвота, тремор, потливость и т.д.) различного сочетания и различной тяжести, возникающих при прекращении или уменьшении употребления психоактивного вещества, которое принималось многократно, обычно в течение длительного времени и/или в больших дозах. Синдром отмены является одним из обязательных проявлений синдрома зависимости. Может осложняться делирием и другими психотическими состояниями.

Перечисленные выше состояния являются симптомами или синдромами, характерными для многих психических расстройств, при этом, их наличие в клинической картине, как правило, носит необязательный (факультативный) характер. Они, хотя и имеют различное происхождение, структуру, клиническое и прогностическое значение, тесно взаимосвязаны. Так, делирий при алкоголизме развивается по мере утяжеления синдрома отмены и, в частных случаях, наряду с другими симптомами может проявляться агрессией, аутоагрессией, суицидальным поведением, психомоторным возбуждением и т.д. Эти состояния являются факультативными симптомами делирия, так как не всегда встречаются в клинической картине. При этом из-за тяжести других проявлений делирия показания для скорой медицинской помощи сохраняются.

Утяжеление психического или физического состояния может сопровождаться появлением новых симптомов, например, в случае непсихотических реакций (см. выше). Важной особенностью психических расстройств является то, что они опасны не только для жизни больного, но и для окружающих. Психически больные могут дезорганизовать работу различных, в том числе медицинских, учреждений, затруднив оказание медицинской помощи другим пациентам, особенно, при массовом поступлении пострадавших в чрезвычайных ситуациях.

(Продолжение следует.)

Александр СОФРОНОВ,
руководитель отдела неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Владимир ПАШКОВСКИЙ,
ведущий научный сотрудник отдела
неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Алла ДОБРОВОЛЬСКАЯ,
научный сотрудник
отдела неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Елена ТЯВОКИНА,
заведующая соматопсихиатрическим
отделением отдела неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

**Санкт-Петербургский НИИ
скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.**

Одной из важнейших проблем современной медицины является борьба со злокачественными опухолями, а значит, согласно подписанной в Кейптауне в 2013 г. Всемирной декларации, раннее выявление и излечение заболеваний, а также повышение качества жизни пациентов. К наиболее тяжёлым осложнениям опухолевого процесса относятся метастазы в кости, которые имеют до 1,5 млн человек в мире, а погибают ежегодно до 500 тыс. Эти цифры сопоставимы с числом людей, страдающих и погибающих от таких социально значимых заболеваний, как рак лёгкого и рак молочной железы (РМЖ). Наиболее часто метастазируют в кости РМЖ и рак предстательной железы (РПЖ) – до 75%, немелкоклеточный рак лёгкого – 40%, а также рак щитовидной железы, мочевого пузыря, почки, неходжкинские лимфомы и множественная миелома.

У больных с метастазами в кости могут возникать различные костные осложнения или так называемые события, связанные со скелетом (skeletal related event – SRE). К ним относятся: 1) появление или усиление болевого синдрома; 2) патологические переломы, в том числе позвоночника с компрессией позвонков; 3) компрессия спинного мозга; 4) необходимость проведения паллиативных оперативных вмешательств или лучевой терапии; 5) гиперкальциемия. Эти осложнения утяжеляют течение болезни, создают угрозу жизни, ухудшают её качество и увеличивают стоимость лечения. Продолжительность жизни больных с костными метастазами определяется также наличием метастазов в других органах и чувствительностью опухоли к специфическому противоопухолевому лечению. Кроме того, на фоне противоопухолевой лекарственной терапии может возникнуть остеопороз. В этом случае используется термин СТИБЛ (cancer treatment induced bone loss – снижение костной массы, обусловленное противоопухолевым лечением).

В норме костеобразование или ремоделирование костей происходит на протяжении всей жизни человека: остеокласты резорбируют старую, а остеобласты формируют новую костную ткань. Три белка, относящиеся к семейству TNF (фактор некроза опухоли): RANK, RANKL (RANK-лиганд) и OPG (остеопротегерин), образуют сигнальный путь и отвечают за остеокластогенез, костную резорбцию и нормальное ремоделирование костей. Рецептор RANK (рецептор активатор ядерного фактора Каппа-В) экспрессируется остеокластами костного матрикса; RANKL и OPG – остеобластами. RANKL соединяется с рецептором RANK и активирует его, после чего через систему сигнальных путей

рецепторы RANK активируют ряд ядерных факторов, в первую очередь, ядерный транскрипционный фактор Каппа-В (NFκB), отвечающий за созревание, функционирование и выживание остеокластов. В результате, запускается процесс костной резорбции. В норме OPG связывает часть RANK – лигандов, играя роль «ловушки» для них. Тем самым снижается активность остеокластов и костная резорбция, происходит повышение плотности костей или репарация. Патологический механизм костного метастазирования одинаков при

которая содержит 2 атома азота. Многочисленные зарубежные исследования установили способность ЗК достоверно снижать риск костных осложнений при РМЖ, РПЖ, раке лёгкого и других солидных опухолях.

Вопрос длительности применения БФ пока не ясен. В большинстве случаев БФ назначаются сразу после подтверждения метастазов в костях. По мнению большинства онкологов, раннее начало лечения реально снижает риск скелетных осложнений и улучшает качество жизни пациентов. Существует

злокачественных опухолей была установлена быстрая абсорбция всех доз деносуаба, период полувыведения которого составил 30–46 дней. Серьёзных побочных реакций и гипокальциемии не наблюдалось. В рандомизированном клиническом исследовании II фазы у больных с костными метастазами РМЖ деносуаб сравнивался с золедроновой кислотой. Установлен оптимальный режим введения деносуаба по 120 мг подкожно 1 раз в 4 недели. Подкожное введение изучаемого препарата выгодно отличает его от ЗК, тре-

анализа, общая выживаемость в группах деносуаба и ЗК не различалась. Особый интерес представляет более поздний детальный анализ результатов лечения больных с костными и висцеральными метастазами рака лёгкого, который показал достоверное увеличение общей выживаемости в группе деносуаба по сравнению с ЗК при плоскоклеточной форме заболевания на 2,2 месяца и снижение риска смерти на 32%. При аденокарциноме лёгкого эти различия также присутствовали, но не достигли статистической значимости. Таким

В клиниках и лабораториях

Прерывая «порочный круг»

Новые возможности в системном лекарственном лечении метастазов злокачественных опухолей в кости

всех злокачественных новообразованиях. При метастазах в кости существует теория «порочного круга»: опухолевые клетки, попадая в кость гематогенным путём, закрепляются в ней и начинают создавать благоприятное микроокружение, вырабатывая ряд ростовых факторов и биологически активных веществ. Главный среди них – паратгормоноподобный пептид. Эти вещества, усиливая экспрессию RANK-лиганда, активируют рецепторы RANK и ядерный фактор NFκB, что ведёт к усилению костной резорбции. Одновременно также выделяются биологически активные вещества, ростовые факторы и ионизированный кальций, которые способствуют пролиферации опухолевых клеток и росту метастазов. Таким образом «круг» замыкается. Для лечения костных метастазов используется мультидисциплинарный подход, включающий специфическое противоопухолевое лечение – химио- и/или гормональную терапию, лучевую терапию, различные хирургические пособия, анальгетики и так называемые остеомодифицирующие агенты. Препараты из группы бисфосфонатов (БФ) – первые остеомодифицирующие агенты применяются для лечения костных метастазов около 40 лет. Они являются аналогами натурального пирофосфата костного матрикса и действуют на уровне остеокластов, нарушая образование цитоскелета и препятствуя адгезии опухолевых клеток к костным балкам. Бисфосфонаты подавляют остеолитическую активность остеокластов и стимулируют их естественную гибель – апоптоз, тем самым нарушая течение патологического процесса, предотвращая рост опухоли и дальнейшее разрушение костной ткани. Наиболее активными являются азотосодержащие БФ. Особенно эффективна в указанной группе золедроновая кислота (ЗК),

мнение, что препараты этой группы следует применять практически до конца жизни пациента, но часто используется такой стандарт, как 2 года. Ретроспективный анализ показал, что до 50% больных распространённым РМЖ и имеющих достаточно высокую продолжительность жизни, получают БФ 5 лет и более. Этот вопрос решается индивидуально для каждого пациента. В настоящее время БФ входят в стандарт лечения метастазов в кости любых злокачественных опухолей.

Благодаря развитию современных биотехнологий из клеток яичника китайского хомячка был получен деносуаб – первый остеомодифицирующий препарат с принципиально новым – таргетным механизмом действия, способный прерывать «порочный круг» костного метастазирования. Это полностью человеческое моноклональное антитело обладает высокой аффинностью и специфичностью к человеческому RANK-лиганду. Связываясь с RANKL, аналогично натуральному белку OPG, деносуаб предотвращает его взаимодействие с рецептором RANK на поверхности остеокластов и, как следствие, нарушает активацию транскрипционного фактора NFκB, что подавляет процесс созревания, функционирования и выживания остеокластов. В результате, уменьшается резорбция и деструкция костной ткани. Многочисленные клинические исследования деносуаба проводятся в мире около 20 лет при различной патологии костей: естественной остеопорозе у лиц пожилого возраста, метастазах в кости злокачественных опухолей, а также при остеопорозе на фоне гормонотерапии ингибиторами ароматазы раннего РМЖ у женщин и у мужчин при гормонорезистентном РПЖ на фоне антиандрогенной терапии. При I фазе изучения у больных с костными метастазами

бующей внутривенного капельного введения. Скелетные осложнения в ходе исследования возникли в группе деносуаба у 9% больных, в группе ЗК – у 16%. При анализе нежелательных явлений наружной биохимических показателей (креатинин, печёночные ферменты, электролиты) не наблюдалось, также как остеонекроза нижней челюсти. В целом, по частоте побочных реакций группы не различались. Авторы делают вывод о сходной эффективности деносуаба и ЗК в снижении риска костных осложнений. В другом рандомизированном исследовании II фазы при метастазах в кости отмечено более позднее развитие костных осложнений в группе деносуаба, то есть выявлено преимущество деносуаба по сравнению с ЗК в отсрочке костных осложнений. Как ранние, так и более поздние клинические исследования не выявили образования нейтрализующих антител к деносуабу. Это свойство препарата способствовало внедрению его в медицинскую практику. В 2010 г. на ежегодном конгрессе ESMO (Европейское общество медицинских онкологов) были представлены результаты интегрального анализа 3 рандомизированных клинических исследований III фазы, выполненных по единому дизайну. Больные рандомизировались в группу деносуаба (120 мг п/к 1 раз в 4 недели) или в группу ЗК (4 мг в/в капельно 1 раз в 4 недели), оба препарата вводились длительно. Интегральный анализ подтвердил, что деносуаб не уступает ЗК по задержке времени до первого, а также последующих скелетных осложнений на фоне лечения, достоверно снижая их риск при всех типах опухолей на 18% (p < 0,001). В период лечения деносуабом отмечено более значимое уменьшение болевого синдрома по сравнению с контролем. В целом, по результатам интегрального

образом, эти данные подтверждают результаты ряда экспериментальных исследований, показавших in vitro и in vivo способность ингибиторов RANK-лиганда оказывать прямое противоопухолевое действие на клетки рака лёгкого.

Итак, метастазами в кости осложняется течение многих злокачественных опухолей. Выбор оптимальной лечебной тактики при костных метастазах требует мультидисциплинарного подхода. Важную роль при этом играет системная терапия с использованием остеомодифицирующих препаратов, подавляющих активность остеокластов. До недавнего времени с этой целью использовались только бисфосфонаты. В последние годы в клиническую практику вошёл новый молекулярно-нацеленный (таргетный) препарат деносуаб, который способен прерывать «порочный круг» костного метастазирования, нейтрализуя RANK-лиганд – основной медиатор остеокластогенеза и костной резорбции. В ряде крупных исследований III фазы установлено преимущество деносуаба по сравнению с ЗК в профилактике костных осложнений и улучшении качества жизни пациентов при раке молочной и предстательной железы, а также увеличение общей выживаемости при плоскоклеточном раке лёгкого. Несмотря на расширение арсенала лекарственных средств, проблема лечения костных метастазов остаётся весьма актуальной. На решение её направлены значительные усилия. Множество проводимых экспериментальных и клинических исследований служит этому убедительным подтверждением и вселяет надежду на успех.

Леонид МАНЗЮК,
профессор кафедры онкологии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
доктор медицинских наук.

Идеи

Кол вышибают колом

Кемеровский областной клинический наркологический диспансер внедряет в практику современные подходы к лечению пьянства

«Главная цель нашего учреждения – помочь пациенту отказать от злоупотребления алкоголем. Но идти к ней нужно не любыми средствами, – подчёркивает заместитель главного врача Кемеровского областного клинического наркологического диспансера Ирина Зорохович. – Современный подход к лечению алкогольной зависимости предполагает и так называемое дозированное или «дисциплинированное» употребление спиртных напитков».

С 2016 г. в диспансере применяются терапевтические методы, позволяющие предотвращать затяжное пьянство. Суть их заключается в подборе для пациентов медикамен-

тозных препаратов, блокирующих чувство удовольствия от выпитого. Принимая такое лекарство, человек уже не испытывает эйфории от спиртного. Соответственно, у него не возникает желания «продолжить банкет» и уйти в запой. А впоследствии снижается и влечение к алкоголю. Те, кто находятся на терапии, могут присутствовать на фуршете или корпоративе, выпить бокал вина и ограничиться этим.

Прежде чем расписать схему лечения, пациенту назначают обследование и, при необходимости, проводят детоксикацию организма. И только потом, в зависимости от результатов, индивидуально подбирают препараты. Кроме того, с ним работают психологи и психотерапевты. Они помогают человеку

настроиться на желание жить в трезвой среде.

Учитывая, под каким социальным прессом находятся сегодня люди, как они боятся дискриминации в связи с постановкой на наркологический учёт (увольнения с работы, лишения водительских прав и т.д.), врачи предоставляют им возможность обратиться за помощью анонимно. Ведь никто не выигрывает от того, что систематически выпивающий человек не придёт к специалисту, а будет, например, продолжать садиться за руль нетрезвым.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.



Настроиться на лечение пациенту помогает психиатр-нарколог И. Зорохович

Клиническая реальность сегодняшнего дня такова, что практическая медицина стремительно развивается по пути специализации. Однако высокая коморбидность среди современного населения требует от клиницистов максимально персонализированного и, что особенно актуально на современном этапе, междисциплинарного подхода к ведению больных. Даже высококвалифицированному интернисту, подчас, не удаётся в одиночку справиться с букетом различных заболеваний у одного пациента. В этой связи он прибегает к коллегиальной помощи. Что характерно, не только коллег-клиницистов, но и морфологов, переоценить эффективное взаимодействие с которыми не представляется возможным. Данная тенденция приобретает особую актуальность в наше время, когда в основе отечественной отраслевой модели находится первичное звено,

от профессиональной подготовки специалистов которого зависит львиная доля успехов страны на поприще здравоохранения.

Об этом и многом другом шла речь на очередной образовательной сессии «Амбулаторный приём», ориентированной, главным образом, на поликлинических терапевтов и прошедшей, по традиции, под председательством одного из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующего кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, руководителя Общества амбулаторных врачей, члена президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, профессора, заслуженного деятеля науки РФ Аркадия ВЁРТКИНА.

государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Алексей Мазус. – Раннее выявление ВИЧ-инфекции – наша приоритетная цель. Тест на ВИЧ в самом ближайшем будущем должен стать рутинным исследованием, которое надо предлагать молодым пациентам при прохождении ими диспансеризации. И это – задача терапевта. К сожалению, ВИЧ-инфекция по сей день остаётся неизлечимой патологией, однако раннее её выявление с последующей терапией позволяет нам рассчитывать на длительную ремиссию у пациентов. По мнению А.Мазуса, главным достижением отечественных спе-

Российского кардиологического научно-практического комплекса Минздрава России профессор Фаиль Агеев. – В течение последнего десятилетия проблема приверженности больных к лечению, назначенному докторами, а также отношения пациента и врача, в целом, приобретает всё большую актуальность. Недавно в нашей клинике был проанализирован комплаенс больных на примере приёма статинов. Результаты, мягко говоря, огорчили: лишь 1 пациент из 10 выполнял рекомендации лечащего врача. Возникает резонный вопрос: а имеет ли смысл, собственно говоря, инвестировать

Случай из практики

– Практическую значимость клинико-анатомических конференций переоценить нереально, – открыл мероприятие профессор Вёрткин. – В нашей профессии мёртвые учат живых. К сожалению, доктора поликлиник лишены такого учебного пособия – наиболее информативного и показательного, с моей точки зрения.

Эксперт привёл интересный клинический пример. Так, в один из многопрофильных столичных стационаров поступил пациент 50 с небольшим лет. Больной предъявлял жалобы на боли в области грудной клетки, преимущественно, с левой стороны, а также одышку, не связанную с физической нагрузкой, и общую слабость, появившиеся в течение 2 недель. Ранее за медпомощью не обращался. На ЭКГ, что характерно, явных признаков ишемического поражения сердечной мышцы не отмечалось. Мужчина был госпитализирован по «О3» с диагнозом «Острый инфаркт миокарда» в отделение кардиореанимации, была назначена необходимая терапия. Однако 3 часа спустя больной потерял сознание. Реанимационные мероприятия дежурной бригадой ОРИТ положительного эффекта не возымели. Была констатирована биологическая смерть пациента. Посмертный клинический диагноз звучал таким образом: «Острый инфаркт миокарда на фоне гипертонической болезни, осложнённый ТЭЛА, а также отёками лёгких и головного мозга».

Казалось бы – всё очевидно: острое начало, болевой синдром, удушье, перегрузка правых отделов сердца и внезапная смерть. Вывод клиницистов, учитывая чрезвычайно кратковременное пребывание больного в стационаре, – логичен.

– Всё так, но давайте посмотрим с другого ракурса, – акцентировал внимание многочисленной аудитории Аркадий Львович. – Ушёл из жизни относительно молодой человек – муж, отец, сын. У родственников, что закономерно, появляются вопросы к докторам: а всё ли возможное было сделано? А вдруг больница неудачная? Быть может, не хотели вникать? Тем более, что многими СМИ активно поддерживается негативное отношение общества к докторам. Как результат – абсолютный конфликт. И лишь патологоанатомическое вскрытие может послужить самым беспристрастным судьёй в данном вопросе, – резюмировал эксперт.

Примечательно, что исследование морфологов отнюдь не совпало с заключением клиницистов. Патологоанатомический диагноз: «Рак левого лёгкого 4 ст. с метастазами в регионарные лимфатические узлы, печень. ТЭЛА».

Клинико-морфологический диалог

– Для патологоанатома чрезвычайно важно продуктивное взаимодействие с представителями клинических специальностей (о значимости эффективного тандема морфолога и клинициста см. «МГ» № 5 от 25.01.2017 – Д.В.). Клинико-анатомические разборы – лучшая школа для врача, – сказал, комментируя представленный выше клинический случай, заведующий кафедрой патологической анатомии

Экспертный уровень

Гарант клинического баланса

Квалифицированный терапевт – основа отраслевого благополучия



Выступает профессор А.Вёрткин

МГМСУ, вице-президент Общества патологоанатомов России, председатель Московского городского общества патологоанатомов, профессор Олег Зайратьянц. – Сегодняшний пример очень показателен. Многие заболевания протекают, что называется, «под маской», вводя клиницистов в заблуждение. Тем не менее, и морфологам при вскрытии, вопреки распространённому мнению, далеко не всегда всё ясно. Только коллегиальный разбор летального исхода в состоянии дать докторам полноценный ответ о том, что же было с пациентом на самом деле, – добавил он.

В этой связи необходимо заметить, что более полувек назад выдающийся отечественный морфолог-патолог – академик Ипполит Давыдовский впервые предложил проведение общегородских клинико-анатомических конференций на регулярной основе с последующей регистрацией врачебных ошибок. Интересно, что в столичном сегменте отрасли отголоски этой блестящей идеи нашли своё применение: ежемесячно московские доктора собираются для коллегиального и междисциплинарного обсуждения наиболее загадочных и таинственных летальных исходов. – Клинико-анатомическая конференция – это высшая форма осуществления контроля качества в лечебно-диагностическом процессе на всех этапах оказания медпомощи, – подчеркнул А.Вёрткин. – Основной задачей такого мероприятия является отнюдь не поиск «крайнего», а совместный учебный процесс для морфологов и клиницистов. Всё же разговоры о том, что есть какие-то противопо-

казания для вскрытия тел умерших, носят обывательско-досужий характер, препятствующий развитию медицинской науки.

– Наша попытка добиться полного расхождения клинического и патологоанатомического диагнозов меня очень пугает, – посетовал О.Зайратьянц. – Такое, в принципе, невозможно. Даже в лучших клиниках мира этот показатель составляет минимум 5%. И это при самом современном оборудовании, причём у стационарных, а не амбулаторных больных. Периодически появляющиеся в СМИ призывы к отказу от вскрытий, на мой взгляд, не что иное, как мракобесие. Патологоанатомическое исследование сродни хирургической операции. Без этого невозможно преодоление наших ошибок. Уроки надо извлекать из каждого летального исхода, по возможности, не допуская повторения допущенных просчётов. Только так можно научиться медицине.

ВИЧ – беспощадный бич

– Прежде всего, уважаемые коллеги, хочется поделиться с вами определёнными успехами на не самом «ярком» клиническом поприще: нам по сути удалось прекратить распространение ВИЧ-инфекции среди молодёжи в столичном регионе, – заявил руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом, главный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры инфектологии и вирусологии Первого Московского

специалистов по диагностике и лечению больных с ВИЧ-инфекцией как в целом по стране, так и в столичном регионе является возможность рождения здоровых детей инфицированными матерями. «Риск заражения у таких детей минимален. Он был бы ещё ниже в случае регулярного посещения нашими женщинами профилактических осмотров у гинеколога», – убеждён эксперт, полагая, что ориентация населения в сторону превентивного подхода к своему здоровью должна лежать в сфере профессиональной компетенции амбулаторного терапевта.

С кратким сообщением «Пациент с подозрением на ВИЧ-инфекцию в практике амбулаторного терапевта» выступила доцент кафедры инфектологии и вирусологии Первого МГМУ, научный сотрудник Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Елена Цыганова:

– Обязательному скринингу на ВИЧ-инфекцию подлежат доноры, граждане других стран, приезжающие в РФ сроком более, чем на 3 месяца, медицинские работники – от врачей до младшего персонала, призывники, а также лица, находящиеся в местах лишения свободы. Кроме того, уважаемые коллеги, подобная процедура рекомендована всем без исключения беременным: при постановке на учёт в женскую консультацию, а также в последнем триместре вынашивания плода, пациентам с наличием признаков иммунодефицита, а также больным с инфекциями, передающимися половым путём, и потребителям инъекционных наркотиков.

В заключение своего выступления, Е.Цыганова выразила сожаление, что лишь небольшая часть пациентов готова признать врачу в том, что они находятся в группе риска по ВИЧ. Это, в значительной степени, обусловлено не слишком толерантным отношением к гомосексуалистам, наркоманам и работникам интим-услуг со стороны общества в нашей стране.

По тропе доверия

– На современных терапевтов возложена колоссальная ответственность – ведь они сталкиваются с немалым количеством не только клинических, но и организационных, а также социальных проблем. Именно первичное звено является своего рода вратами отрасли на современном этапе, – приветствовал аудиторию форума руководитель научно-диспансерного отдела Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова

колоссальные суммы денег в разработку медикаментов новых поколений, когда большинство пациентов просто-напросто не выполняют рекомендаций лечащего доктора? Не лучше ли прежде разработать некую концепцию, направленную на стремительный рост комплаентности наших больных? – справедливо заметил он.

Между тем, не так давно Европейское кардиологическое общество провело исследование, основной задачей которого являлось выявление ключевых причин столь невысокой приверженности к назначаемому врачам лечению среди пациентов на примере невысокого контроля цифр артериального давления у больных с гипертонией. Эксперты пришли к выводу, что главную роль в этом играет так называемая врачебная инерция – формальное отношение докторов к ведению пациентов. В особенности, на амбулаторном этапе.

– Для нашей страны данный вывод носит показательный характер: с трибун всевозможных отраслевых мероприятий большинство неудач на поприще оказания медпомощи безапелляционно списываются на пациентов – дескать, они не выполняют наших рекомендаций по диагностике, лечению и профилактике различных патологий, а также не ведут здоровый образ жизни. В то же время, нельзя забывать и о низкой приверженности со стороны врачей к клиническим рекомендациям, разработанным, кстати говоря, в качестве настольного пособия для них. Парадокс состоит в том, что, по неизвестной доселе причине большинство российских врачей предпочитают полагаться на личный опыт (являющийся подчас не чем иным, как системно повторяющейся ошибкой – Д.В.), нежели на статистически достоверные выводы мультицентровых рандомизированных исследований. Иными словами, отнюдь не все наши доктора признают доказательную медицину, – заключил Ф.Агеев.

Проблема доверия больного к доктору, что интересно, существует не первый век. Так, известный врач и знаменитый писатель Викентий Вересаев чуть менее столетия назад сказал: «Врач может обладать громадным талантом, уметь улавливать самые тонкие детали своих назначений, однако всё это остаётся бесплодно, если он не обладает способностью покорять и подчинять себе душу больного». Клисику возразить трудно.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

В рамках 3-го конгресса Европейской академии неврологии (ЕАН) состоялся спутниковый симпозиум компании «EVER Pharma» «Восстановление после инсульта – концепции фармакологического лечения в острой и подострой стадии».

Как известно, современная медицина характеризуется обилием фактов и недостатком концепций. Между тем новые подходы к лечению и реабилитации неврологических больных должны иметь солидный анатомо-физиологический фундамент. Выступление



С. Зейлер

Стивена Зейлера (S. Zeiler, США), открывавшее данный симпозиум, было посвящено экспериментальным исследованиям нейропластичности, которая лежит в основе перестройки мозга после инсульта. Временное окно для восстановления двигательных функций составляет 3 месяца, причём его исход с большой долей вероятности можно предсказать уже в первые 3 суток. Поскольку до известных пределов возможен спонтанный регресс парезов конечностей, возникает вопрос, как мы можем облегчить и ускорить данный процесс путём стимулирования пластичности нервной системы? Одним из способов являются ранние и интенсивные двигательные тренировки, в том числе, с применением роботизированных тренажёров. Во-вторых, создание обогащённой среды (enhanced environment), включая использование видеоигр. В экспериментах было показано, что скорость обучения зависит от обстановки, в которой попадает животное. В третьих, фармакологическая поддержка, включающая назначение антидепрессантов (флуоксетина) и нейропротекторов (церебролизина). Как измерить нейропластичность? По словам, Зейлера, это можно сделать путём оценки физиологических параметров.

Деловые встречи

Перестройка в головах

Новые концептуальные подходы к двигательной реабилитации инсульта

Подробнее о состоянии и перспективах двигательной реабилитации в клинической практике рассказал в своём докладе Андреас Бендер (A. Bender, Германия). В исследовании FLAME, показавшем эффективность флуоксетина для восстановления движений, участвовало 9 инсультных центров Франции. В рандомизированном клиническом испытании (РКИ) DARS на 593 больных изучалась эффективность приёма леводопы (по 2 таблетки в день) во время реабилитации инсульта с двигательными расстройствами. Спустя 8 недель оценивалась способность к самостоятельной ходьбе. Пользы от приёма леводопы не выявлено.

Нефармакологические вмешательства также оценивались с позиций доказательной медицины. Например, искусственное ограничение движений в здоровой руке (constraint-induced movement therapy – CIMT), продемонстри-



А. Бендер

ровало свою эффективность в РКИ с участием 58 испытуемых. Многообещающим подходом для двигательной реабилитации является транскраниальная электростимуляция (transcranial direct current stimulation – tDCS). Получены интересные результаты использования мезенхимальных стволовых клеток, опубликованные в 2016 г. в журнале Stroke. К сожалению, преодолеть разрыв между данными доказательной медицины и реальной клинической практикой пока не удастся.



Д. Мурешану

Так, согласно различным РКИ двигательная реабилитация инсульта в остром периоде должна длиться 5 часов в день. На практике даже в Германии этот период не превышает 2 часов.

«Вызовы и возможности двигательного восстановления» – так озаглавил свой доклад профессор Дафин Мурешану (D. Muresanu, Румыния), во многом напомиравший его выступление на последнем московском конгрессе по нейрореабилитации (см. «МГ» № 48 от 05.07.2017). За последние десятилетия терапевтические подходы к инсульту претерпели значительные изменения. Это связано с организацией инсультных отделений (stroke units), улучшением ухода за больными и более ранней и интенсивной реабилитацией. Прорывом в лечении ишемического инсульта стал тромболитический с помощью внутривенного введения рекомбинантного тканевого активатора плазминогена (rTPA). Недавние РКИ показали более высокую эффективность механической тромбэктомии по сравнению с внутривенным тромболитиком. Однако на сегодняшний день подавляющему большинству инсультных больных проведение даже тромболитика, не говоря уже о тромбэктомии, по разным причинам не представляется возможным. Более половины из них погибают или остаются инвалидами. Реабилитация играет важную роль в организации строк-ологической помощи, поскольку считается, что более чем в половине случаев смерть наступит

от осложнений, связанных с длительной иммобилизацией этих больных. По мнению Мурешану, лекарства с мультимодальным механизмом действия могут играть важную роль в фармакологической поддержке нейрореабилитации после инсульта. Об этом свидетельствуют результаты РКИ CARS, в котором оценивалась эффективность и безопасность церебролизина в сочетании со стандартизированной программой двигательной реабилитации. Первичной конечной точкой являлись данные теста оценки функции руки APAT (action research arm test – ARAT) через 90 дней после ишемического инсульта. Церебролизин вводился в течение 21 дня, начиная со 2-3 суток (48-72 часа) после инсульта. Также церебролизин оказался лучше плацебо по большинству вторичных точек (NIHSS, индекс Бартель, модифицированная шкала Рэнкина). Три месяца спустя в группе получивших церебролизин отмечалась меньшая выраженность симптомов депрессии и более высокие показатели качества жизни. При этом, число побочных реакций было таким же, как в группе плацебо. Продолжением стало РКИ CARS 2, включавшее больных с более выраженными парезами руки (208 человек). Мета-анализ обоих РКИ подтвердил положительное влияние церебролизина на восстановление двигательных функций в ранней реабилитации ишемического инсульта.

Симпозиум завершился вы-



А. Винклер

ступлением Андреаса Винклера (A. Winkler, Австрия), в котором рассматривались новые концепции мультимодальной двигательной реабилитации после инсульта. Нейрофизиологические принципы восстановления утраченных движений до сих пор недостаточно изучены. Как формируются новые нейрональные связи, как приобретаются новые функции, как компенсируются нарушения? Все эти перестроечные процессы связаны с нейропластичностью. В настоящее время имеются две комплементарные теории двигательного восстановления после полушарного инсульта: теория реактивации (reactivation) и теория восстановления баланса (rebalancing). Обе теории служат основой новых реабилитационных стратегий, таких как иммобилизация здоровой руки при парезах верхней конечности (вышеупомянутая CIMT), ментальная практика, виртуальная реальность, зеркальная терапия и т.д. Возможно, комбинация разных стратегий будет иметь синергетический эффект, увеличивая шансы на восстановление. Примером такого мультимодального подхода является сочетание различных физических упражнений с неинвазивной стимуляцией мозга (прямой транскраниальной электростимуляцией (tDCS), транскраниальной магнитной стимуляцией (TMS), нейромышечной электростимуляцией). Вероятно, эти методики смогут активизировать нейропластичность даже в хроническом периоде инсульта. Эффект двигательной реабилитации также может быть усилен при одновременном назначении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), таких как флуоксетин. Как показали недавно завершённые РКИ CARS и CARS 2, введение нейротрофического препарата церебролизин в раннем периоде инсульта улучшает восстановление пареза в руке. Эти исследования значительно повлияли на современные концепции двигательной нейрореабилитации.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ,

Амстердам – Москва.

Проблемы

Проблема транспортировки больных к месту проведения амбулаторного гемодиализа требует незамедлительного решения, считают участники состоявшегося в Комитете Совета Федерации по социальной политике совещания, посвящённого этим вопросам.

Проблема настолько актуальна, злободневна и требует скорейшего решения, что вошла в перечень поручений Президента РФ, подчеркнула, открывая заседание, член комитета Татьяна Кусайко. Надо срочно определить источник финансирования транспортировки граждан, нуждающихся в проведении гемодиализа.

«Медицинская помощь при болезнях мочевого пузыря, включая проведение гемодиализа, осуществляется за счёт средств обязательного медицин-

Доставка на гемодиализ: кому финансировать?

ского страхования, однако проезд пациента до места проведения заместительной почечной терапии и обратно не включён в тариф на оплату медицинской помощи, и поэтому не может осуществляться за счёт средств ОМС», – говорит сенатор. По мнению Т.Кусайко, проезд к месту получения специализированной медицинской помощи методом заместительной почечной терапии – неотъемлемая часть оказываемой специализированной медицинской услуги.

Основная проблема в транспортировке таких больных, как отметили участники совещания, заключается в том, что диализные центры расположены в крупных населённых пунктах, и это

усложняет доставку пациентов из отдалённых поселений. В этой связи Т.Кусайко напомнила, что по закону создание условий для оказания медицинской помощи в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи является полномочием органов местного самоуправления, однако справляются с этим не все регионы.

«Каждый субъект Федерации решает эту проблему по своему: одни регионы изыскивают средства на возмещение транспортных расходов, в других больницам или самим пациентам приходится решать вопрос транспортировки через суд, как это было, например, в Ульянов-

ской и Мурманской областях», – сказала законодатель.

Во исполнение поручений Президента РФ по итогам прямой линии Минздраву России, Министерству труда и социальной защиты, Министерству финансов, ФОМС и Фонду социального страхования России совместно с главами регионов было поручено рассмотреть вопрос об источниках финансового обеспечения предоставления этой услуги транспортировки.

Участники совещания пришли к выводу, что пробелов в федеральном законодательстве, касающихся оказания медицинской услуги гемодиализа нет, однако, по их мнению, в Порядке оказания нефрологической

помощи взрослому населению необходимо внести Положение о транспортировке пациентов.

Эксперты также выработали ряд рекомендаций Министерству здравоохранения РФ, в том числе о необходимости использования права государственно-частного партнёрства для решения этого вопроса на региональном и муниципальном уровнях.

В совещании приняли участие первый заместитель председателя профильного Комитета СФ Людмила Кононова, главный специалист нефролог Минздрава России Евгений Шилов, представители профессионального сообщества.

Константин ШЕГЛОВ,
МИА Сити

Открытия, находки

Не качеством — так количеством

В Университете штата Нью-Йорк в Буффало (США) учёные нашли новый способ борьбы с супербактериями, победив их не качеством, а количеством. Комбинация из трёх антибактериальных препаратов, каждый из которых по отдельности не мог справиться с резистентными к антибиотикам микроорганизмами, эффективно уничтожила 2 патогена из 6, входящих в список особо опасных бактерий ESKAPE.

ESKAPE – это такие бактерии, как *Enterococcus faecium*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Enterobacter*. Все эти патогены смертельно опасны, ежегодно они заражают свыше 2 млн человек, 23 тыс. из которых умирают. Существенное количество внутрибольничных инфекций также вызывают именно эти микроорганизмы.

Брайан Цужи, автор посвящённых борьбе с патогенами *Klebsiella pneumoniae* и *Acinetobacter baumannii* исследований, пояснил, что бактерии из списка ESKAPE представляют собой крайне серьёзную проблему, так как они выработали устойчивость почти ко всем из-

вестным антибиотикам. Для того чтобы справиться с ними, по словам доктора Цужи, необходимо изменить способ мышления. Оба исследования были опубликованы весной нынешнего года. Б.Цужи и его коллеги доказали, что тройное действие комбинации антибиотиков может стать новым оружием в войне с супербактериями.

Подобные комбинации часто используются в случае с резистентными к антибиотикам бактериями, однако вопросы точной дозировки и состава комбинаций достаточно сложны. Команда из Университета штата Нью-Йорк в Буффало проверила действие полимиксина В, меропенема и ампициллина с сульбактамом на *Acinetobacter baumannii*, а на *Klebsiella pneumoniae* – полимиксина В, меропенема и рифампина. Каждый антибиотик из этих комбинаций был выбран таким образом, чтобы дополнять своих «коллег». Как известно, антибактериальные препараты действуют на бактерии по-разному, и атака сразу с нескольких сторон может «перехитрить» микроорганизмы.

Эффект антибиотиков проверяли комплексно – по одному, по два в разных комбинациях и по три сразу. Учёные измеряли, во-первых, время, которое

требовалось антибиотикам на то, чтобы уничтожить патогены, а во-вторых, срок, в который бактерии восстанавливали свою популяцию. Тесты с *Acinetobacter baumannii* показали, что ни один антибиотик из трёх не был способен справиться с вредоносным микроорганизмом самостоятельно.

Из пар эффект имела комбинация полимиксина В и меропенема, но через 3 дня популяция бактерий достигла тех же размеров, которые она имела до воздействия антибиотиков. В тройной комбинации добавление ампициллина с сульбактамом препятствовало росту бактерий, и за 96 часов количество патогенов не увеличилось. Против *Klebsiella pneumoniae* одиночные антибиотики также не сработали, а после воздействия одновременно полимиксина В и рифампином колония разрослась обратно уже через 30 часов. Меропенем в этом случае снизил устойчивость бактерий к полимиксину В и рифампину, и *Klebsiella pneumoniae* восстановили свою популяцию только через 72 часа.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации MedicalXpress.

Выводы

В защиту сердца и сосудов

Заместительная гормональная терапия, которая применяется для облегчения течения менопаузы женщины, снижает риск коронарного атеросклероза и на 30% уменьшает вероятность смерти от сердечно-сосудистых катастроф. Об этом сообщили специалисты медицинского центра Седарс-Синай (США).

По словам исследователей, у женщин, проходивших заместительную гормональную терапию, на 20% чаще отмечался так называемый нулевой индекс коронарного кальция, то есть полное отсутствие холестериновых бляшек в кровеносных сосудах. Кроме того, как показали обследования, риск максимально возможного индекса кальция у женщин, принимающих

замещающие гормоны, снижался на 36%.

Соответственно, снижалась вероятность тяжёлого атеросклероза и сердечного приступа. Причём, отмечают специалисты, гормональная терапия приводила к снижению атеросклероза во всех возрастных группах и при любом уровне коронарного кальция.

Заместительная гормональная терапия, пояснил автор исследований доктор Иов Арсон, предполагает использование дополнительного эстрогена, совмещённого с прогестероном или аналогичными гормонами, который снижает уровень холестерина, увеличивает эластичность кровеносных сосудов и артерий.

Известно: после менопаузы уровень эстрогена в организме

женщин резко падает, и, как следствие, количество сердечно-сосудистых заболеваний значительно увеличивается.

«Замещение естественного эстрогена во время менопаузы является основным способом восстановления нормальной работы сердечно-сосудистой системы пожилых женщин, – отметил И.Арсон. – Однако женщинам, пережившим сердечный приступ, а также имеющим хронические заболевания сердечно-сосудистой системы, заместительная терапия не рекомендуется. Изменения состояния сосудов могут привести в этом случае к негативным результатам», – подчеркнул он.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Stat News.

Исследования

Мал, да удал

В Великобритании было проведено исследование, которое позволило установить прямую взаимосвязь между раком простаты и ростом мужчины. Исследовательской работой занимались учёные из Оксфордского университета. В результате они выяснили, что высокие мужчины гораздо чаще остальных страдают от рака предстательной железы. В частности, выяснилось, что данное онкологическое заболевание способен вызвать высокий уровень гормона роста.

В рамках исследования был проведён эксперимент, согласно которому при росте мужчины 182 см рак простаты встречается гораздо чаще. По статистике, он на 21% случается чаще, нежели у тех представителей сильного пола, чей рост не достигает и 172 см. Также в числе факторов, спо-

собных спровоцировать развитие рака простаты, оказался и лишний вес. Особенно угрожает такой вид онкологии тем, у кого жиры скапливаются на животе. Отмечается, что участниками испытаний стали более чем 140 тыс. пациентов, у которых уже был диагностирован рак простаты. Риск возникновения заболевания увеличен на 17% с 10 см роста или окружности талии. Учёные подчёркивают, что онкология у мужчин связана, в первую очередь, с маленьким уровнем гормона тестостерона. Данное открытие позволяет установить предрасположенность к раку ещё в период роста мужчины. Это позволит эффективнее бороться с заболеванием.

Примечательно также, что, согласно последним данным, поступившим из Университета Лома Линда (США), оказалось, что мужчины, соблюдающие ве-

ганскую диету, менее подвержены риску развития рака простаты. Такие выводы учёные сделали после пятилетнего наблюдения за 26 тыс. мужчин в возрасте 30 лет и старше. В ходе исследования добровольцам предлагалось заполнить анкету о своей диете. Из данной группы рак простаты был выявлен у 1079 человек.

Оказалось, что это заболевание было выявлено в одинаковом соотношении как у людей находившихся на обычной диете, так и у людей на облегчённой вегетарианской диете, допускающей употребление яиц и молочных продуктов. А вот у веганов (наиболее радикальная форма вегетарианства) процент мужчин с раком простаты был на 35% ниже. Учёные полагают, что главным фактором такого явления надо считать не только отсутствие мяса в рационе, но и поступающие в большом количестве витамины и минералы из овощей и фруктов.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По материалам Reuters.

Почему бы и нет?

Генетические вариации

Эпигенетические изменения, как известно, представляют собой химические модификации, которые изменяют наши гены. Исследование, которое провели учёные Уппсальского университета (Швеция), показывает, что употребление чая женщинами приводит к эпигенетическим изменениям в генах, которые влияют на раковые клетки и метаболизм эстрогена. Результаты работы уже опубликованы.

Известно, что наша окружающая среда и образ жизни, такие как выбор пищи, курение, воздействие химических веществ, могут привести к эпигенетическим изменениям. В этом исследовании учёные университета изучали, к каким эпигенетическим изменениям приводит употребление чая и кофе.

Ряд предыдущих работ, что характерно, показал, что эти напитки играют важную роль при подавлении прогрессирования опухолей, уменьшении воспаления, влияния на метаболизм эстрогенов. Это может быть связано именно с эпигенетическими изменениями. Результаты же данного исследова-

ния продемонстрировали, что чай вызывает эпигенетические изменения у женщин, но не у мужчин. И в основном они обнаружены в генах, которые связаны с раком и метаболизмом эстрогенов. Исследование не показало каких-либо эпигенетических изменений у людей, пьющих кофе. Предварительные выводы специалистов таковы: фармакологически активные компоненты в чае могут затрагивать раковые клетки и метаболизм эстрогенов и эти последствия для здоровья могут привести к эпигенетическим изменениям из-за употребления чая.

Примечательно, однако, что это исследование отнюдь не говорит о том, как именно эти эпигенетические изменения влияют на здоровье человека: ведь ранее уже было известно, что катехины чая в лабораторных условиях приводят к эпигенетическим изменениям в культивируемых раковых клетках.

Алина КРАУЗЕ.

По материалам Human Molecular Genetics.

Гипотезы

Материковое восприятие

Команда исследователей из Университета Киото (Япония) опубликовала в журнале Cognitive Science статью, в которой рассказала, что способность воспринимать разницу между двумя похожими изображениями зависит от культурных предпосылок смотрящего. В течение долгого времени учёные признавали, что представители восточной и западной культур рассуждают по-разному, и психические процессы, которые за этим стоят, также разнятся. На Западе люди анализируют изображение как набор элементов, а на Востоке – как цельную картину.

Ведущий автор нового исследования Йошиюки Уэда пояснил, что приведённое выше описание является упрощённым, хотя разница в обработке данных может влиять на визуальное восприятие. Учёный добавил, что до сих пор сообщения о культурных различиях при визуальном восприятии объектов были противоречивыми, но и сами

объекты были слишком «шумными», комплексными, состоящими из многих элементов. В данной научной работе специалисты решили использовать максимально простые геометрические объекты.

Добровольцев из Канады, США и Японии попросили посмотреть на группы объектов – прямых линий, у которых варьировалась длина и угол наклона. Когда участникам необходимо было в ходе эксперимента выбрать отличающуюся от других линию, представители западной культуры испытывали затруднения, если отличие было в длине, особенно, если нужная линия была короче, а восточной – если следовало найти вертикальную или горизонтальную линию среди наклонных. Причины таких расхождений пока не ясны, возможно, в какой-то мере роль может играть письменность: в иероглифах часто важна длина штриха, а в буквах латиницы – наклон.

Ян РИЦКИЙ.

По информации Medical Xpress.

Перспективы

С целью точного прогноза

Американские учёные разработали новый метод сканирования мозга у 6-месячных младенцев, который показывает, какие области мозга соединены и синхронизированы. Это помогает установить у каких малышей есть определённые отклонения в связях мозга, которые увеличивают риск развития аутизма у детей до 2 лет.

Исследователи Университета Северной Каролины (США) использовали магнитно-резонансную томографию для определения различий в анатомии мозга и смогли предсказать развитие аутизма с точностью 96%. Во время исследования дети в спящем состоянии были помещены в аппарат МРТ, где их мозг сканировался примерно 15 минут. За это время была проанализирована нейронная активность в 230 различных областях головного мозга, в частности, в областях, касающихся основных особенностей аутизма – языковых

навыков, повторяющегося поведения и социального поведения.

В процессе была создана компьютерная программа для сортировки различий в синхронизации между этими ключевыми областями мозга. Из более чем 26 тыс. возможных пар соединений в областях мозга, учёным удалось определить 974, которые могут быть использованы для прогнозирования диагноза на 24 месяца вперёд, и вложили эти данные в компьютер.

Эксперты отмечают, что проведение ранней терапии, направленной на содействие в разработке важных коммуникаций и социальных навыков, поможет решить такие проблемы. Это наиболее точный прогноз развития аутизма на сегодняшний день, так как ребёнок начинает проявлять более сложные социальные модели поведения к 2 годам.

Герман АКОДИС.

По информации Daily Mail.

Есть в Тель-Авиве больница «Ихилов» – вторая по величине, расположенная в самом центре города и названная в честь важного чиновника, внёсшего вклад в её строительство. И, хотя с 1959 г. решением городских властей больница переименована в «Сураски» (имя миллионера из Мексики, также вложившего в неё много средств), в Израиле прочно сохраняется первоначальное имя – «Ихилов». Это огромный комбинат здоровья, полностью познакомиться с которым я так и не смог за десятилетия работы в нём. За это время больница продолжала строиться, расширяться и модернизироваться, причём, не столько за счёт государственных средств, сколько на денежные вложения многочисленных жертвователей из разных стран. Об этом свидетельствуют многие памятные доски, украшающие стены отдельных зданий, входы в клиники и даже отдельные функциональные кабинеты.

В ортопедическом отделении этой больницы, которым руководил профессор Самуил Декель, я проработал врачом 15 лет (к слову, здесь не дифференцируются понятия «травматология» и «ортопедия»; всё это – ортопедия). И прошёл все этапы, возможные для меня, приехавшего из другой страны, не владеющего никакими языками, кроме русского, и имеющим за плечами хорошо пенсионный возраст. Сначала был полугодовым периодом так называемого истаклута (что означает «наблюдение» – я наблюдаю, за мной наблюдают!), потом был дежурным приёмным отделением, немного времени вёл больных в стационаре. Мою дальнейшую судьбу решил случай. Почти голливудская история! Как-то поутру профессор Самуил Декель бежал с озабоченным лицом и искал в операционном отделении свободного врача из своего отделения: ему срочно был нужен ассистент, так как ему предложили свободную операционную. Упускать такую возможность было нельзя, чтобы в какой-то мере разгрузить большую очередь на плановые операции (длинные очереди на операцию, на консультацию и пр. – это серьёзная и далеко нерешённая проблема израильского здравоохранения). «Ты свободен?» – схватил он меня (у нас тут все на «ты»). – «Пойдём, поможем мне». Обычно на операциях пересадки коленного и тазобедренного суставов участвуют три врача, а нас было двое. Уж как я старался, – только что зубами инструменты не держал и не хватал! После операции профессор, видимо оценив мою сноровку, подготовленность и реактивность, предложил: «Я тебя оставляю у нас, будешь работать со мной и моими помощниками в качестве ассистента на крупных операциях». Вот так я задержался в его отделении на целых 15 лет... Мы уходили из

ставшего близким мне отделением вдвоём: профессор – на пенсию, в частную клинику в другом городе, и я с ним в эту же клинику, как его тень.

В начальный период моей работы в отделении выполнялся большой диапазон ортопедических вмешательств на всех костях и суставах, причём почти все операции делали сам профессор и

ходило почти столько больных, сколько у меня на 70. Высокая оперативная активность и ранняя эффективная реабилитация не позволяют больным залёживаться.

На моих глазах менялся характер отделения. Если, как я уже упомянул выше, двое ведущих специалистов выполняли все операции на всех сегментах скелета, то с течением времени в отделении

скорее делиться знаниями, со всеми – врачом (молодым и не очень), медсестрой, кастеляншей и т.д. Насколько я понял, здесь ортопеды не стремятся делиться или перенимать опыт коллег. И каждая клиника «варится в собственном соку», каждый специалист ничего не меняет в своей технике. Поэтому многие ортопеды, особенно оперирующие каждодневно, пользуются одними и

поряжение профессора уже никто не имел права отменить или не выполнить. Замечания врачам или сёстрам делались профессором всегда в корректной форме и, как правило, без посторонних.

В первые годы у нас часто организовывались загородные поездки всего отделения. Делались эти вылазки всегда интересно, с выдумкой и разнообразием. Конечно,

А как у них?

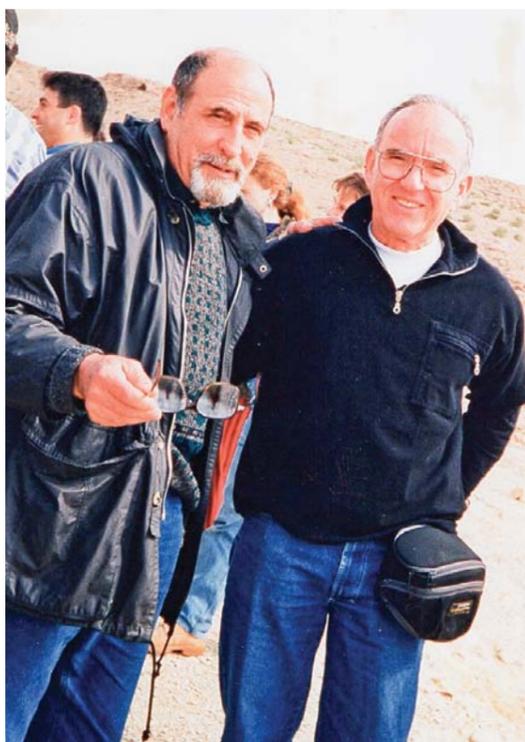
Уроки профессора Декеля

Заметки профессионала об израильской ортопедии

его ближайший помощник доктор Менахем – от вмешательств на стопах до операций на шее и позвоночнике. В отделении хватало врачей, проходящих трёхлетнюю стажировку на звание «специалиста», больничных ординаторов, стажёров. Рутинные операции обычно на дежурствах выполняли молодые врачи; первое время под контролем «старшего по званию», а потом и самостоятельно.

Учат здесь хорошо. Через 4 года врачей выпускают достаточно подготовленными для самостоятельной работы. Большая часть их идёт в поликлиники, в армейские структуры, наиболее продвинутом «светит» работать в стационарах. Насколько мне известно, большая часть врачей, прошедших школу профессора Декеля, устроены в поликлиники и успешно работают, неплохо зарабатывают, но громких имён пока не снискали. Наверное, было бессмысленно мне искать среди них энтузиастов, стремящихся найти свой путь в науке или отдать всего себя служению людей. Нет, тут у молодых докторов другие задачи, другие ориентиры и стремления, и я выгляжу смешным и нелепым со своими взглядами и понятиями 40-50-х годов прошлого века.

Декель говорил мне, что если бы я раньше «поднялся», то был бы руководителем этого отделения. На что я ему возражал: «Профессор, у меня в Москве было куда большее отделение, на 70-75 коек. На что мне твоё маленькое». Но дело в том, что лечат тут по-другому, то есть намного активней. Пациентов, которых мы месяцами лечим вытяжением, здесь оперируют. И у Декеля на его 35-40 койках про-



А.Аренберг и С.Декель

стали появляться ортопеды «направленного действия» – ортопед по стопе, кисти, по плечевому суставу, позвоночнику. Учились эти новоявленные узкие специалисты по полгода-году в клиниках США, Англии, Канады. Отделение стало многопрофильным, современному оснащённым и с возросшим потенциалом. Вот это и есть вклад в развитие медицинской науки и здравоохранения. Профессор Самуил Декель – яркая и достойная личность. Всегда подтянутый, безупречно одетый, гладко выбритый, спокойный и выдержанный. Человек большой эрудиции, глубоко разбирающийся во всех нюансах нашей специальности и в других областях знаний. Это был Учитель! Он не уставал учить – нет,

теми же приёмами, одной и той же техникой: «шаг влево, шаг вправо считается побегом». А ведь могли бы поделиться друг с другом деталями техники операций и прочими полезными для дела вещами. Ну, не хотят и всё тут! Я предложил несколько инструментов для операций при эндопротезировании коленного сустава. Профессор Декель присмотрелся, попробовал и одобрил. Изготовленные на заводе инструменты вошли в стандартные операционные наборы в обеих клиниках, где мы работали с профессором, и дальше не пошли. (Замечу в скобках, что имена этим инструментам дали произвольно врачи отделения: «жираф», «защитник», «держатель», но только не имя автора. Не в обиду я: была бы от моего предложения польза – для дела и для пациентов!).

Молодые врачи работают много, тяжело и напряжённо. Они выполняют по 7-8 дежурств в месяц, после дежурств остаются на полный рабочий день в отделении и снова возвращаются в операционную. И никто не скалит и не жалуется, ибо знают молодые доктора, что им надо много и многому научиться, чтобы обеспечить себе своё будущее. На моих глазах бывшие ученики Декеля превращались в специалистов, готовых к самостоятельной практической работе. Мне импонировали отношения между профессором и врачами отделения. Эти отношения всегда были равными, доброжелательными, без тени угодничества и подхалимажа. На всех совещаниях или утренних конференциях каждый из присутствующих имел право высказать своё мнение, к которому прислушивались старшие врачи и профессор, однако, когда принималось решение, то рас-

с вкусным угощением и почти без вина. В последние годы мы стали жить скромнее. Надо заметить, что в каждом отделении больницы круглосуточно открыт буфет, где каждый сотрудник может выпить кофе, чай, молоко и прилично закусить.

Когда я прощался с отделением, сёстры накрыли безалкогольный стол, говорили разные приятные слова и подарили мне памятные подарки; среди них искусно выполненный муляж колена с вмонтированным в него эндопротезом. Нет, мне грех жаловаться на отношение ко мне коллег отделения. Когда скончалась моя мама (которая дважды успешно оперировалась в отделении по поводу сенильных переломов), профессор и врачи пришли к нам в дом для выражения соболезнования. Это было трогательно. Меня самого оперировал профессор по поводу поясничного остеохондроза – и тоже с успехом. Я был ещё раз тронут, когда накануне операции ко мне в палату в конце рабочего дня зашёл профессор Декель, сел около меня, и мы немного тепло поговорили. Ну, правда, как кадр из советского фильма о врачах 40-х годов прошлого века! Не раз профессор приглашал меня с семьёй погостить у него на даче у самого Тивериадского озера. Период работы и общения с профессором Декелем и врачами его отделения оставил у меня самые тёплые воспоминания и эта память на остаток дней моих.

Ариэль АРЕНБЕРГ,
кандидат медицинских наук.

Тель-Авив.

Об авторе. А.Аренберг заведовал отделением травматологии и ортопедии Остроумовской больницы в Сокольниках, автор многих изобретений и публикаций. Последние четверть века живёт в Израиле.

Взгляд

Безвредно — и ладно

Шведские психологи показали, что транскраниальная стимуляция мозга (ТЭС-терапия) постоянным током, несмотря на свою популярность, не оказывает значимого эффекта на когнитивные способности здорового человека. Результаты исследования уже опубликованы.

Учёные проверили, может ли ТЭС-терапия во время выполнения задач, направленных на тренировку рабочей памяти, улучшить результаты. Для этого они провели эксперимент с участием 123 здоровых людей в возрасте 65-75 лет. В течение 4 недель добровольцы тренировали рабочую

память, при этом им проводили настоящую или ложную транскраниальную стимуляцию. Эффект от ТЭС-терапии оценивался по изменениям в результатах решения задач в начале проекта и в конце.

Испытуемые, попавшие в экспериментальную группу, обучались быстро переключаться между различными задачами, а также концентрировать своё внимание. Участники в контрольной группе тренировали скорость восприятия. Транскраниальную стимуляцию проводили в течение 25 минут или, в случае фиктивной ТЭС-терапии, 30 секунд. Ток воздействовал на левую дорсолатеральную префронтальную кору – область мозга, играющую

центральную роль в формировании рабочей памяти.

Люди, прошедшие обучение, лучше выполняли когнитивные задачи, в том числе те, с которыми ранее не сталкивались. Однако ТЭС-терапия не влияла на результат. Эти выводы соответствуют данным аналогичных исследований.

Несмотря на то, что электрическая стимуляция бесполезна для здоровых людей, другие учёные показали, что она может смягчить симптомы болезни Альцгеймера, деменции и других нейродегенеративных расстройств.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Psychological Science.

Исследования

Препараты химиотерапии уничтожают не только затронутые раком больные клетки организма человека, но и атакуют здоровые нервные клетки мозга, что приводит к очень частым неврологическим и психиатрическим симптомам.

Артиллерия бьёт по своим

Это установили учёные из Университета Эрлангена – Нюрнберга (Германия). Они исследовали влияние препаратов химиотерапии новой группы – мультикиназные ингибиторы, xCT-ингибиторы на нервные клетки головного мозга с помощью технологии SOFA – синтетического оптогенетического флуоресцентного анализа.

Выяснилось, что препараты нарушают тонкую настройку синаптических везикул нервных клеток, что прекращает передачу сигнала между ними и их взаимодействие. «Даже небольшая доза этих пре-

паратов серьёзно повреждает нейроны, что и приводит к тяжёлым побочным эффектам химиотерапии», – утверждают учёные.

Мультикиназные ингибиторы обычно используются при лечении печени, почек и щитовидной железы, повреждают нервные клетки в мозгу. Специалисты предлагают новую технологию для предварительного тестирования новых лекарств и установления степени их воздействия на нервные клетки.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению ВВС.

Самарский государственный медицинский университет и Самарский академический театр оперы и балета работают над проектом «Музыкальное историческое путешествие». В авторском проекте созданы музыкальные клипы и хореографические постановки отражают изменение музыки и технологий во времени.

Индустрия впечатлений

Над проектом работают музыканты и звукорежиссёры Самары, музыкальные профессиональные студии и специалисты Института инновационного развития СамГМУ.

Проект построен по принципу зонг-оперы, когда сквозную тему развивают отдельные музыкальные номера, объединённые одним сюжетом. Первый трек проекта перенесёт нас на 100 млн лет назад, когда динозавры, как доминирующий вид, были гармонично интегрированы в окружающую среду. По информации учёных, только 5% ДНК занято генами, которые синтезируют белки, поэтому можно предположить, что остальная часть ДНК может хранить историю эволюции. Эту тему раскрывает второй трек проекта «Танец огня», который переносит нас на 50 тыс. лет назад. Музыкальный ряд начинается с барабанных ритмов и звучания флейт, потому что именно тогда музыкальной основой был, прежде всего, ритм, а первыми рукодельными инструментами считаются флейты, вырезанные из кости более 60 тыс. лет назад. Хореограф-постановщик – заслуженная артистка России, педагог-репетитор театра Валентина Пономаренко, а исполнили танец ведущая солистка театра Анастасия Тетченко и учащиеся Детской центральной хореографической школы.

Невесомость – экспериментальная среда

Символизируя появление новых технологий, которые изменяют наш мир, постепенно в музыку проекта включаются другие инструменты симфонического оркестра, а также гитара и орган. Один из клипов проекта посвящён космической тематике. На сегодняшний день завершены съёмки и монтаж клипа «Небесная механика», который даст возможность детально познакомиться с событием, произошедшим 19 апреля 2013 г. Стартовал с космодрома Байконур, капсула с живыми системами была выведена на орбиту при помощи спутника «Бион-М № 1». В течение 30 суток объекты исследований: грызуны, земноводные, рептилии, ракообразные, моллюски, рыбы, насекомые, бактерии, культуры животных и растительных



Г. Котельников

российским предприятием, одним из лидеров мировой космической отрасли по разработке, производству и эксплуатации ракет-носителей, и Самарским научно-исследовательским университетом им. С.П.Королева.

Дополненная реальность

Главная особенность проекта – создание новых культурных сред и концепций, преодоление стиливых барьеров. Самара является не только космической столицей, пионером по разработ-



Н. Глухова

участников Поволжского специализированного форума «Медицина. Фармация» и отчётной стратегической сессии инновационного территориального кластера медицинских и фармацевтических технологий Самарской области в Самарском академическом театре оперы и балета. Следующий концерт запланировано провести 12 октября 2017 г. для участников международной конференции «Нейрокомпьютерный интерфейс: наука и практика. Самара 2017». Ежегодно на эту конференцию приезжают специалисты со всего мира, чтобы обменяться опытом

Ракурс

Космос, музыка и нейронет

Искусство становится драйвером продвижения инновационных отраслей



Магия врачевания: борьба добра и зла, невротная схватка тёмных и светлых сил за душу человека

та. В нём борьба добра и зла за душу человека, синергия музыки и действия. К осени специалисты СамГМУ планируют снять на эту постановку клип, который будет включать не только танец, но и ход операции с применением технологии дополненной реальности, которая разработана учёными Центра прорывных исследований «IT – в медицине». Принимают участие в проекте и студенты Самарского медицинского колледжа им. Н.Ляпиной. Работает со студентами колледжа хореограф Елена Лопатина.

СамГМУ в последние несколько лет активно занимается инновационными проектами, которые имеют не только российскую, но и мировую новизну. «Любой продукт, особенно экспортно-ориентированный, очень важно креативно и нестандартно продвигать, – говорит директор Института инновационного развития СамГМУ А.В.Колсанов. – Этот

и рассказать о своих фундаментальных и прикладных исследованиях в области нейротехнологий. Сотрудничество театра и медицинского университета направлено на создание совместных творческих проектов – инновационных и креативных. В 2019 г. СамГМУ исполнит 100 лет, а в 2021-м – 90 лет Самарскому академическому театру оперы и балета. И эти знаковые даты, несомненно, будут отмечены новыми постановками, музыкой, фильмами и концертами, продвигающими позиции региона как инновационного и культурного центра России.

Новые научно-художественные практики

– В современном обществе техника и искусство взаимодействуют многогранно и динамично, – сказал ректор СамГМУ академик РАН Геннадий Котельников.

– Появляются новые научно-художественные практики, дающие возможность более системно понять и интерпретировать быстро меняющийся мир. Мы идём в ногу со временем, создаём инновационные проекты и наращиваем своё присутствие в информационном пространстве, используя креативные культурные технологии. Поэтому постоянно расширяем взаимодействие с Самарским академическим театром оперы и балета, разрабатываем новые современные формы работы. В результате этого процесса появляются креативные творческие стратегии, создаются новые музыкальные произведения и оригинальные хореографические постановки.

– Театр – жизненный импульс для тысяч людей, поклонников театрального искусства, которое как бесконечная лестница, по которой можно подниматься, но нельзя достичь верхней ступени, – вступает в разговор Наталья Глухова, генеральный директор ГБУК «САТОБ» заслуженный работник культуры РФ.

– Совместный проект театра с медицинским университетом даёт возможность учёным языком искусства рассказать о своих разработках и перспективных направлениях. Проект объединил различные команды артистов, музыкантов, учёных и инженеров. Мы, как театр третьего тысячелетия, всегда стремимся соответствовать самым передовым эстетическим тенденциям своего времени.

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

Самара.

клеток – были в космосе. Клетки человека и семена растений посылали в космос и СамГМУ. По итогам полёта в его лабораториях проведены комплексные физиологические, морфологические и молекулярно-биологические исследования материалов, подвергшихся воздействию невесомости. Результаты экспериментов по космической биомедицине и биотехнологии используются в интересах совершенствования системы медицинского обеспечения длительных пилотируемых полётов и деятельности человека в экстремальных условиях.

Исследования в области космической медицины, проводимые учёными СамГМУ, стали возможны благодаря сотрудничеству с РКЦ «Прогресс» – ведущим



Студент СамГМУ изучает поведение динозавра, выращенного в кибербиологической лаборатории

кам в области IT-медицины, но и имеет потенциал, чтобы стать одной из точек роста в сфере отечественных нейротехнологий. Мир находится на пороге новой глобальной сети Нейронет, которая полностью размывает границы между реальным и виртуальным. Фрагменты решений в этой сфере собираются в индустрию, которая изменит нашу жизнь даже больше, чем глобальная сеть Интернет. Раскрывает эту тему трек «Он – лидер», созданный специалистами технопарка СамГМУ. Клип символизирует связь микро- и макрокосмоса через появление новых интеллектуальных сетей взаимодействия.

Танец «Магия врачевания» в исполнении студентов СамГМУ (хореограф Дмитрий Бахарев) является главным треком проек-

подход реализуется на стыке технологий и культурных сред, где в одной команде работают артисты театра, студенты и разработчики новых инновационных технологий».

Технологии будущего

Технологии расширения человеческих возможностей ведут к прорыву в медицине в области создания искусственных органов. Эту тему должен раскрыть создаваемый клип-фильм о том, как в 2100-м году в СамГМУ появилась лаборатория по созданию новых кибербиологических видов животных, которые должны восстановить равновесие в нарушенных экосистемах.

Первый концерт с показом созданных хореографических номеров и клипов прошёл для



Сотрудничество театра оперы и балета и медицинского университета направлено на создание совместных творческих проектов – инновационных и креативных

Действительный член Российской академии наук Георгий Франк родился в 1936 г. в Кишинёве. Окончил Кишинёвский медицинский институт, затем аспирантуру. Работал и возглавлял отделение патологической анатомии Московского онкологического института им. П.А.Герцена и руководил патологоанатомической лабораторией гематологического научного центра Российской академии медицинских наук. Заведует кафедрой патологической анатомии Российской медицинской академии последипломного образования. С 2009 г. ведущий патологоанатом Главного медицинского управления Управления Президента РФ. Главный патологоанатом Министерства здравоохранения РФ. А также главный редактор журнала «Архив патологии», член редколлегии журнала «Онкология. Журнал им. П.А.Герцена».

* * *

Одно необходимое вступление. Моего собеседника, Г.Франка, знаю с детства. Мы окончили, с разницей в пару лет, одну и ту же школу № 3 Кишинёва, учились у тех же преподавателей, жили на соседних улицах. С началом блестящей карьеры своего школьного товарища я, как судмедэксперт – человек родственной с патанатомией специальностью, следил за его профессиональным ростом, радовался успехам. И вот, наконец, сквозь ностальгические воспоминания о детстве и юности, Кишинёве, школьных товарищах созрел момент для обстоятельного разговора о его жизненном пути.

– Начнём, пожалуй, с азов. Как, Георгий Авраамович, ты пришёл в патологическую анатомию, столь редкую медицинскую профессию, в которой уже почти 60 лет?

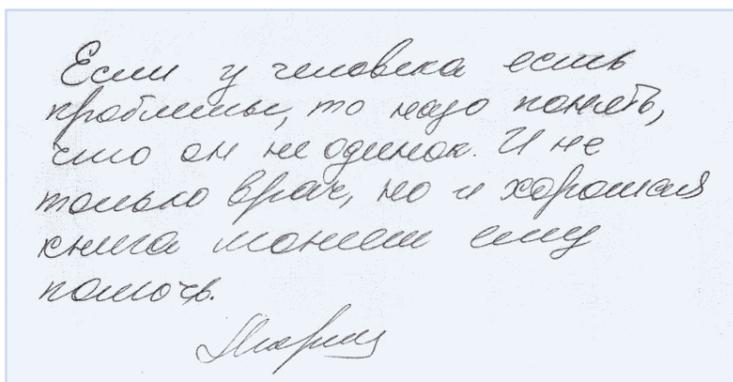
– Цифра хоть и значительная, но точная. Я родился в семье врача. Мой отец, терапевт по специальности, занимался вопросами коронарной недостаточности при различных патологических состояниях. Заведующий кафедрой патанатомии Дмитрий Иванович Головин уже на третьем курсе увлёк меня своими блестящими лекциями, стал моим первым наставником, резонно полагая, что эта наука – философия всей медицины. Ведь именно патологоанатом ставит человеку окончательный диагноз, и не обязательно после смерти. Пройдя через студенческий кружок, после окончания Кишинёвского мединститута я начал работать в онкологическом диспансере в Бельцах. То была хорошая школа, а после аспирантуры у академика Анатолия Владимировича Смольяникова в Центральном институте усовершенствования врачей, защиты кандидатской диссертации я начал работать в Московском онкологическом институте им. П.А.Герцена. Здесь моим учителем стала заведующая патологоанатомическим отделением Зоя Гольберт. Ученица выдающегося создателя научной школы врачей-лаборантов (так называемой харьковской школы Семёна Лазаревича Эрлиха, кстати, тоже родившегося в нашем с тобой Кишинёве), она всю свою жизнь посвятила онкологии. Вот, что написал о ней в своих воспоминаниях крупнейший учёный медик Михаил Барон: «...Патологоанатомическая лаборатория московского онколо-



гического труда, академиком Ипполитом Васильевичем Давыдовским. В своей монографии «Проблемы причинности в медицине» он философски размышляет о ключевой роли патологоанатома в объединении клинического мышления и синтеза всех медицинских специальностей. Сквозь призму времени всё познаётся в сравнении. К примеру, среди моих учеников насчитывается порядка 35 кандидатов и 26 докторов медицинских наук. Все они востребованные медициной люди, подлинно энтузиасты и патриоты нашей штучной профессии.

Академик Георгий ФРАНК:

Патологическая анатомия – это философия всей медицины



гического института была одной из лучших в стране и мире, а ею руководила незабываемая Зоя Гольберт, заключения которой читались, как вскрытая пещера Алладина. Упомянув о ней, я не могу не рассказать историю, приключившуюся с этой неординарной дамой в 1952 г. в связи с пресловутым «делом врачей». Внешне Зоя Васильевна была типичной еврейкой: горбоносая и жгучая брюнетка. А тут ещё фамилия. На самом же деле, фамилия шла от давно обрусевших немцев, а внешний вид – от бабушки-турчанки. Зоя Васильевна пришлось нелегко, пока она доказывала своё «арийское», а не еврейское происхождение».

– Как-то в столичной академии провели анонимный опрос студентов-выпускников о выборе профессии. В анкете было около 35 медицинских специальностей, патологическая анатомия оказалась на 32 месте. Твой комментарий?

– Мне кажется, дело в том, что наша наука и специальность раньше считалась вспомогательной, «параclinical», мы, всё-таки, диагносты, а не лечащие врачи. Отсюда и сугубо практический подход будущего врача к выбору профессии. Студенты считают, что живые люди важнее мёртвого тела. Кардиолог, оперирующий хирург, педиатр, невропатолог, прочие медицинские специальности, имя которым легион, где доктор имеет дело с пациентом, всё-таки, более престижны как в смысле конкретной помощи при лечении, удовлетворённости от своего труда, так и финансовой составляющей, имеющей немаловажное значение. Мне повезло встретиться с выдающимся человеком нашей профессии, Героем Социалистиче-

– Раз уж мы коснулись науки... Известно, что в разные годы доктор Франк получил немало престижных наград. Ты являешься лауреатом Высшего европейского ордена имени Н.И.Пирогова, Европейской академией естественных наук в Ганновере награждён памятной медалью Рудольфа Вирхова, считающегося основоположником современной патологической анатомии, стал дважды лауреатом премии Правительства РФ в области науки и техники. Что стоит за этими наградами?

– Все эти награды адекватны коллективным усилиям как моих коллег-патологоанатомов, так и многих клиницистов. Есть такое замечательное стихотворение С.Маршака, переведённое им из английской народной поэзии – «Дом, который построил Джек». И все эти награды возведены общим российским медицинским домом. Скажем, премия Правительства РФ за 2008 г. присуждена за внедрение в клиническую практику методов диагностики и рациональной лекарственной терапии злокачественных опухолей на основании изучения их молекулярно-биологических маркёров. В списке награждённых 9 человек из различных медицинских учреждений. Нами совместно разработаны методы морфологической диагностики онкозаболеваний на ранних стадиях с оценкой прогноза и предсказанием ответа на действие новых, так называемых таргетных препаратов. Благодаря совершенствованию методов, направленных на выявление опухоли, с помощью особого операционного пистолета врач может взять для морфологического анализа участок ткани очень небольших размеров из любого органа: печени, почки, пред-

стательной железы, кости, мозга. Причём, обычно это проводится под контролем ультразвукового или томографического исследования. Такая совокупность данных способствует верной оценке результатов исследований, точной диагностике и эффективному лечению больных. В этом аспекте наша кафедра и мои ученики поддерживают тесные связи с зарубежными коллегами из Германии, Испании, Швейцарии, Италии, США, Израиля.

Приблизительно такая же картина и в премии Правительства 2016 г. за разработку стратегии в

приезжают врачи и больные как со всей России, так и из-за рубежа.

– Известно, что ты контактируешь с судебно-медицинской службой и как консультант при сложных комиссионных экспертизах, и как преподаватель кафедры судебной медицины последипломного образования. Давай поговорим об этом.

– Часто патологоанатомам приписывают обязанности судмедэкспертов, которые занимаются криминальными телами, то есть погибшими при различных травмах, убийствах, происшествиях. На деле же патанатомы вскрывают трупы умерших только при ненасильственной смерти, разного рода заболеваниях. И хотя общие принципы вскрытия у нас одинаковые, но у судебных медиков есть целый арсенал дополнительных методов для установления причины смерти. А вот гистология – пожалуй, наша общая наука. Можно привести немало случаев, когда предполагалось, что человек скончался от заболевания, тогда как впоследствии оказывалось, что он был убит или же покончил жизнь самоубийством. Впрочем, бывало обратное – смерть, предполагавшаяся как насильственная, в действительности, наступала от болезни.

– Для своих лет, Георгий Авраамович, ты отлично выглядишь. Энергичен, как в молодости, везде успеваешь. Наука, занятия, лекции, консультации часто чередуются с командировками. Раскрой свои академические секреты здоровья при столь насыщенной профессиональной деятельности.

– Ты же знаешь, что в нашей школе спорт был в особом почёте, и многие наши ребята добились немалых успехов, стали разрядниками, мастерами спорта, входили в различные сборные Молдавии. Я занимался баскетболом и лёгкой атлетикой – спринтом с барьерами. А секретов у меня нет никаких!

Обстоятельный разговор с академиком подходит к концу. Замечаю, что Г.Франк как бы непроизвольно поглядывает на микроскоп. Причина ясна: за рабочим кабинетом, в коридоре его консультаций уже ждут врачи с гистологическими препаратами своих пациентов. А закончилась наша беседа стихами.

– Был такой известный чешский поэт, врач по специальности, Константин Библ, – заметил Георгий Авраамович. – В своё время он написал пронзительное стихотворение «Анатомический зал» о самой древней – аутопсийной части нашей специальности. Вот послушай:

В Праге, в здании
медфакультета,
В просторных палатах
Бьются за жизнь,
как на поле сраженья,
Медики в белых халатах.
Мёртвые, мы перед вашим
склоняемся ложем.
Вы вместе с нами, и вместе мы
смерть уничтожим.
Все мы, врачи и студенты,
жизнь на земле бережём.
На вас мы во имя любви
подняли руку с ножом.

Беседу вёл Марк ФУРМАН,
кандидат медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

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, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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 «ЭКСТРА М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-06-00332 Тираж 23 732 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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