

Медицинская

21 февраля 2018 г.
среда
№ 7 (7823)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgz.ru

Тенденции

К полёту готовы!

«Воздушная скорая» осваивает костромские просторы



В последнее время всё чаще стала применяться с санитарной авиацией неотложная медицинская помощь больным в отдалённых районах Костромской области. Так, в прошлом году медики совершили 177 вылетов, в больницы доставлено 205 пациентов.

Активное применение санавиации, отмечалось на совещании в администрации региона, обсудившем итоги работы и перспективы развития службы, привело, в числе других мер, к снижению по сравнению с уровнем 2016 г. смертности почти на 4%.

Костромская область в числе первых субъектов РФ приобрела

Костромские медики спешат на вызов

по федеральной программе развития санитарной авиации новое отечественное воздушное судно. Благодаря скорости около 200 км/ч, вертолёт за 25 минут преодолевает 110 км. Накануне совещания его экипаж и бригада медиков выполнили первое задание – доставили в областную больницу пострадавшего в ДТП из районного центра Галич. «Ансат» заменил один из двух «МИ-2» отслуживший в санавиации области более 30 лет.

Новый вертолёт – настоящая летающая реанимация, оснащённая медицинским модулем со всем необходимым для спасения жизни человека оборудованием. В просторном отсеке воздушного судна, – аппарат для искусственной вентиляции лёгких,

дефибриллятор, кардиомонитор, инфузомат и травматологический набор.

Полёт проходит на высоте около 200 м. Всё это время медики следят за состоянием пациента и поддерживают его жизнь. Оказывать необходимую медицинскую помощь можно даже во время полёта – диагностическое и реанимационное оборудование позволяет это делать. «Транспортировка всегда опасна, – говорит заведующий отделением санавиации областной больницы Сергей Титов. – И врач должен обеспечить жизнедеятельность больного. Особенно это важно для детей».

(Окончание на стр. 2.)



Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель Федерального фонда ОМС:

Если СМО не отстаивает права застрахованных, она должна нести ответственность вплоть до запрета работы в ОМС...

Стр. 4

Александр ДОРОСЕВИЧ,
директор Смоленского областного института патологии, профессор:

Утрированное обсуждение не главного вопроса (эвтаназии) для медицины России отвлекает общественность от более жизненных проблем. Поэтому считаю, что обывательский разговор на эту тему следует прекратить...

Стр. 7



Владимир КОЗЛОВ,
научный руководитель НИИ фундаментальной и клинической иммунологии СО РАН, академик РАН:

Выделяя миллиард рублей на гранты для молодых учёных, государство ставит научных работников в заведомо неравные финансовые условия, формирует основу для сложных отношений и даже конфликтов в коллективах.

Стр. 12

Инициатива

Территория здоровья

Инициатором проекта «Ставрополье – территория здоровья» выступило правительство края и региональный Минздрав, а в его реализацию вовлечены все звенья здравоохранения – от ФАПа до муниципальной власти на местах.

Не секрет, что порой препятствием на пути к собственному здоровью является низкая грамотность наших сограждан в вопросах профилактики заболеваний. Поэтому в числе первых шагов реализации проекта – создание широкой информационно-разъяснительной сети. Ассортимент этого «ликбеза» весьма внушительный: распространение листовок, буклетов, проведение анкетирования населения, создание социальных видеороликов, распространение материалов о здоровом об-

разе жизни населения края с использованием средств массовой информации, через интернет, посредством организации школ здоровья. Также в арсенале медиков хорошо зарекомендовавшие себя мобильные лечебно-профилактические комплексы для организации тестирования граждан выездными диагностическими бригадами специалистов с целью скрининга выявления хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития.

Особенностью реализуемого проекта станет максимально широкий охват профилактическими мероприятиями всего населения края, и возможность использовать полученные результаты для пропаганды здорового образа жизни населения.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Перемены

К успеху шли пять лет

Показатель младенческой смертности в Республике Хакасия за минувший год снизился на 40% и составил 5,1 случая на 1000 родившихся живыми. Столь значительный прогресс в Министерстве здравоохранения Хакасии связывают с открытием Республиканского перинатального центра и всей предшествующей этому событию подготовкой.

Новый перинатальный центр начал принимать пациентов в сентябре 2017 г. Однако в течение 5 лет до этого

события – с того момента, когда в 2012 г. просьба правительства Хакасии выделить деньги на строительство современного корпуса для главного роддома республики была поддержана на уровне Президента России – региональная служба родовспоможения готовилась к работе в новых условиях. Для оснащения центра приобретено более 3 тыс. единиц медицинского оборудования. Несколько десятков специалистов из республики за эти годы прошли обучение в ведущих учреждениях родовспоможения страны и в симуляционно-тренинговых федеральных центрах.

Кроме того, к открытию нового корпуса перинатального центра здесь создали отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых, куда приехали работать специалисты из других регионов с высокой квалификацией и большим опытом выхаживания новорождённых.

Как считают в Минздраве республики, именно совокупность всех этих усилий позволила достичь столь впечатляющего результата по снижению младенческой смертности.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

DIXION | МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ РОССИЙСКОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ВОЗМОЖНОСТЬ АРЕНДЫ | Хирургические аспираторы

- Низкий уровень шума, высокий уровень разряжения
- Широкий модельный ряд отсасывателей для различных нужд
- Безопасность, надежность и долговечность в работе
- Не требует постоянного технического обслуживания

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

Новости

Гериятрам пора в поликлиники

В амбулаторно-поликлиническом звене системы здравоохранения Красноярского края появятся врачи-гериятры. Подготовка первой группы таких специалистов началась в Красноярском государственном медицинском университете. В её составе 24 человек, все они – опытные терапевты, работающие в краевых учреждениях здравоохранения и социальной защиты, освоение новых знаний по специальности «Гериятрия» они проходят в рамках профессиональной переподготовки.

В программе трёхмесячного обучения предусмотрены как общеклинические дисциплины, так и специальные тематики: геронтопсихиатрия; особенности здорового питания у лиц пожилого возраста; занятия физкультурой для людей старшего возраста; вопросы активного и комфортного долголетия; практические навыки врача-гериятра; коммуникативные тренинги по отработке навыков общения с лицами пожилого и старческого возраста.

В КрасГМУ отметили, что следующие наборы слушателей будут формироваться по заявкам лечебных учреждений и самих врачей, заинтересованных в получении дополнительного образования. Учитывая, что основной контингент поликлиник – как раз люди преклонного возраста, можно быть уверенными в том, что без работы гериятры не останутся.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Ещё один центр гемодиализа

В Кузбассе начал работу пятый центр гемодиализа. Он был открыт в рамках государственно-частного партнёрства между администрацией Кемеровской области и частной медицинской организацией.

Новое отделение нефрологии и гемодиализа разместилось на базе одной из клиник в Новокузнецке. Больные с тяжёлой стадией хронической почечной недостаточности будут получать лечение бесплатно – равно как и в четырёх других центрах, открытых в Кузбассе с 2013 г. на базе государственных больниц Новокузнецка, Белово, Кемерова и Прокопьевска.

Центр оснащён 40 современными аппаратами «искусственной почки» и будет работать в три смены. Это позволит проводить высококачественную процедуру гемодиализа 220 пациентам.

До начала реализации ГЧП в Кемеровской области действовало 52 диализных места. Теперь их в общей сложности 144, а число пациентов, охваченных специализированной помощью, увеличилось до 860.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

Мифы и правда об МРТ

В Йошкар-Оле состоялась научно-практическая конференция «Актуальные вопросы МРТ-диагностики, современный взгляд».

Известно, что без МРТ не могут развиваться многие направления медицины – онкология, неврология, кардиология и др. Между тем, сложные специальные исследования остаются дефицитными и востребованными.

В ходе конференции обсуждён широкий круг проблем, затрагивающих работу врачей всех специальностей, направленную на эффективное использование МРТ-диагностики в условиях реформирования здравоохранения.

Особый интерес на конференции вызвали доклады руководителя центра лучевой диагностики Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России, президента Российского общества рентгенологов и радиологов В.Синицына «Мифы об МРТ» и ведущего научного сотрудника Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина В.Панова о стандартах МРТ-исследований с контрастом в онкологии.

Ольга БИРЮЧЁВА.

Республика Марий Эл.

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

Тенденции

К полёту готовы!

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Губернатор области Сергей Ситников поставил на совещании глав муниципальных образований задачу по оборудованию во всех районах вертолётных площадок. Возможность экстренной эвакуации пациентов с помощью санитарной авиации должна быть в каждом райцентре, сказал он. В рамках проекта 7 вертолётных площадок планируется оснастить мобильной системой «Ночной старт». В этом году будут обустроены 4 площадки.

«Обращаюсь к главам муниципальных образований. Наличие вертолётной площадки в районном центре – это не вопросы текущей деятельности, а вопросы, связанные с чрезвычайными ситуациями, в первую очередь, с эвакуацией

людей. Поэтому в течение полугодия необходимо сформировать площадки, поставить надлежащим образом эти площадки на баланс и заниматься их обслуживанием», – заявил С.Ситников.

Санитарная авиация появилась в Костромской области ещё в 1946 г. С её помощью медики «пообщались» с 20 тыс. жителей. Поэтому наращивание объёмов этой экстренной службы – одна из важнейших задач областной программы развития здравоохранения региона.

Так что «воздушная скорая» становится всё более привычной в отдалённых населённых пунктах области.

Константин ШАРЬИН.

Кострома.

Профилактика

«Ладья» спасает при любой стихии

Юные надымчане учатся проявлять свои чувства

На Ямале увеличился световой день. Вот-вот наступит календарная весна. И в одном из кабинетов окружного центра медицинской профилактики появились ромашки... Цветы, конечно, бумажные, а на лепестках подросткам предстояло написать свои индивидуальные качества, достойные любви. Сначала наступила тишина, а затем зазвучали негромкие детские голоса. Один-два, а потом – всё больше, заговорили о том, что не могут выполнить задание...

– Несомненно, родители любят своих детей, – отмечает психолог центра Зарина Прилуцкая. – Тем не менее они не знают, как правильно проявить свои чувства, чтобы подростки осознали, что их любят и понимают. Как результат, дети тоже не умеют выражать свои душевные переживания, не умеют подбирать нужные слова, передающие их чувства и эмоции, не знают, какими поступками выразить сердечную привязанность.

На занятии ребята доверительно делились своими переживаниями и рассказывали про основные причины конфликтов с родителями. Выяснилось, что первоосновой являются дефицит любви, тепла и нежности, так необходимые подросткам, которых уже начинают воспринимать как взрослых, но на



Научный сотрудник Центра изучения Арктики Василий Кобелев (справа внизу) учит ребят

самом деле они всё ещё дети. Им хочется, чтоб их почаще обнимали, говорили ласковые слова, хвалили, а их маленьким успехам радовались, как большим достижениям.

– Уже полгода продолжаются наши встречи, и мы видим определённые результаты в реализации программы «Ладья». Дети стали более открыты и внимательны к окружающим их людям. Оставаясь самими собой в процессе общения, они дарят огромное количе-

ство радости и сердечной открытости, – резюмирует З.Прилуцкая.

Специалисты центра уверены, что этот опыт эмоциональной открытости пригодится участникам клуба и в будущем, когда, создавая свои семьи, они станут источником открытости и тепла и нежности для своих родных и близких.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

«Круглый стол»

Жить в обычной среде

Пациенты сами стремятся к социализации

Лечебно-трудоустройство лиц с психическими расстройствами и профилактика их инвалидизации затруднены несовершенством законодательной базы и целым рядом других проблем, считают эксперты, обсудившие эти вопросы на «круглом столе» в Общественной палате РФ.

В ходе дискуссии участники заседания рассмотрели такие вопросы, как поэтапная система мероприятий по восстановлению трудоспособности инвалидов, возможные организационные и финансово-правовые модели межведомственного взаимодействия медицинских и социальных учреждений с социально ориентированными производственными и бизнес-структурами и др.

«Произошло практически сворачивание одного из важнейших направлений реабилитационной деятельности, что существенным образом влияет на качественные показатели эффективности психиатрической помощи и, прежде всего, социальной интеграции психически больных людей», – заявил член Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Георгий Костюк. В результате, отметил он, во внебольничных условиях идёт накопление нетрудоспособных пациентов, испытывающих большие трудности в обществе и имеющих низкий социальный статус и слабую правовую защищённость. Трудоустройство в соответствии с Трудовым кодексом РФ среди инвалидов вследствие психических заболеваний не превышает 1-2%.

«Государственные услуги содействия занятости инвалидов с психическими расстройствами требуют отдельного рассмотрения. Единообразные технологии здесь неприменимы», – подчеркнул заместитель руководителя Департамента труда и социальной защиты населения Москвы Андрей Бештанько. Он считает, что в повестке дня – проработка аспектов занятости, связанных не только с трудовой функцией инвалидов, но и медицинских, социальных, а также экономических аспектов.

Работодатель должен видеть определённую экономическую выгоду при приёме на работу человека с инвалидностью, «уповать только на существующий институт квотирования не стоит», – убеждён А.Бештанько. Пока же, по мнению экспертов, поля налоговых льгот для социально ориентированных работодателей заметно сужаются.

Главный специалист психиатр Министерства здравоохранения РФ, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России Зураб Кекелидзе обратил внимание участников дискуссии, что прежде всего «нужно стремиться к тому, чтобы пациенты с психическими заболеваниями могли жить в обычной среде, чтобы они сами стремились к социализации».

К 2020 г. психические расстройства войдут, по прогнозам Всемирной организации здравоохранения, в первую пятёрку болезней, ведущих к потере трудоспособности. В России показатели пока

хуже, чем среднемировые. Если в мире около 15% нуждаются в психиатрической помощи, то в нашей стране их число достигает 25%. Выросло число страдающих такими серьёзными психическими заболеваниями, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз и эпилепсия. А невротические расстройства и депрессии приобрели статус массовых и заняли второе место после сердечно-сосудистых заболеваний по распространению. По сравнению с 90-ми годами прошлого века количество клиентов психиатрических клиник увеличилось в России почти в два раза. Ситуация осложняется ростом числа психических или невротических (депрессивных) расстройств, связанных с алкоголизмом, бедностью и стрессами на работе. Они наблюдаются у каждого третьего россиянина.

При этом из-за стигматизации психических расстройств у нас в стране люди обращаются за психиатрической помощью только в самых крайних случаях, и огромное количество больных остаются без обследования и квалифицированного лечения. Негативную роль играет здесь своеобразный менталитет русского человека: больным быть стыдно, а особенно стыдно быть психическим больным.

В США, кстати, за психиатрической помощью обращается примерно каждый четвёртый житель страны, у 9,8 млн взрослых американцев диагностировано психиатрическое заболевание.

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Cito!

Проекты

На принципах бережливого производства

Министерством здравоохранения РФ проведён анализ проектов медицинских организаций первичного звена, построенных и введённых в эксплуатацию в регионах за последние 3 года. Прежде всего фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, поликлиник. Было определено более 60 наиболее успешных и эффективных проектов, которые могут быть использованы для повторного применения. «Внедрение проектов повторного применения – по сути, типовых проектов – позволит значительно снизить расходы на постройку таких значимых объектов социальной инфраструктуры», – заявила заместитель министра здравоохранения РФ Наталия Хорова.

По сообщению Минздрава России, ведомство начало работу по подготовке проектов повторного применения в прошлом году и к настоящему моменту сформировало ряд конструктивных предложений по их внедрению. Соответствующие предложения были направлены в Минстрой России,

во взаимодействии с которым планируется их дальнейшая практическая реализация.

Внедряемые «типовые» проекты будут учитывать принципы бережливого производства – технологии, внедряемой сегодня в отечественное здравоохранение Минздравом России совместно с

Управлением внутренней политики Администрации Президента РФ и Госкорпорацией «Росатом».

Напомним, что внедрение принципов бережливого производства в деятельность медучреждений позволило в разы сократить время ожидания пациентом приёма, а также существенно увеличить длительность непосредственного общения врача и пациента. Так, по результатам реализации проекта «Бережливая поликлиника» сократилось время ожидания очереди в регистратуре в среднем в 5 раз, в очереди на приём к врачу – в 3,2 раза, время нахождения у врача – почти в 2 раза, прохождение диспансеризации – в 2,3 раза.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сити!

Решения

Субсидии на строительство и реконструкцию

Распоряжением Правительства Российской Федерации № 186-р от 08.02.2018 в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» утверждено адресное (пообъектное) распределение субсидий.

Федеральным законом «О федеральном бюджете на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.» предусмотрено распределение субсидий из федерального бюд-

жета бюджетам 22 субъектов Федерации на софинансирование капитальных вложений в объекты государственной собственности субъектов Федерации в рамках государственной программы «Развитие здравоохранения».

Объём распределённых субсидий составляет в 2018 г. – 16 414,3 млн руб., в 2019 г. – 8392,5 млн, в 2020 г. – 3167,5 млн.

Подписанным распоряжением утверждено адресное (пооб-

ъектное) распределение субсидий бюджетам этих субъектов Федерации на софинансирование капитальных вложений в 24 объекта здравоохранения.

Принятое решение позволит обеспечить в 2018-2020 гг. строительство и реконструкцию медицинских организаций в субъектах Федерации.

Соб. инф.

Санитарная зона

Грипп всё ещё на подходе

Удельный вес гриппа в структуре острых респираторных заболеваний (ОРВИ) составляет пока в столице 0,008%, сообщает Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Москве.

В городе продолжается сезонный подъём заболеваемости гриппом и ОРВИ, при этом её показатели, как в отдельных возрастных группах, так и по совокупному населению, остаются ниже расчётных эпидемических пороговых величин. По данным ведомства, по совокупному населению столицы – на 23,9%.

Как свидетельствует вирусологический мониторинг, проводимый

Центром гигиены и эпидемиологии в Москве, заболеваемость ОРВИ определяется в настоящее время циркулирующей аденовирусами, вирусами парагриппа, гриппа А/Н3N2/, а также РС-вирусами и вирусами гриппа В.

В то же время Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека предупреждает россиян о росте заболеваемости гриппом в ряде европейских стран. Высокая интенсивность циркуляции вирусов зарегистрирована в Люксембурге, Болгарии, Исландии, Ирландии, Италии, Швейцарии, Великобритании (Уэльсе) и Косове.

«В Европейском регионе, по данным Flu News Europe, на нали-

чие вирусов гриппа обследовано более 3,9 тыс. проб, из которых положительными на вирусы гриппа составила 51,9%», – говорится в сообщении Роспотребнадзора.

В ведомстве напоминают, что в период подъёма заболеваемости особое внимание необходимо уделять методам профилактики гриппа и ОРВИ, соблюдение которых позволит значительно снизить риск заражения. Основные правила профилактики этих заболеваний размещены на сайтах территориальных управлений Роспотребнадзора.

Иван МЕЖГИРСКИЙ,
МИА Сити!

Сотрудничество

Общение со столичным вузом даёт плоды

В Чеченской Республике с рабочим визитом побывал заведующий кафедрой стоматологии детского возраста и ортодонтии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Адиль Мамедов. При этом, один из ведущих в России детских челюстно-лицевых хирургов пациентов из Чеченской Республики оперирует немного.

По мнению А.Мамедова, это говорит в первую очередь о развитии в целом системы здравоохранения

в Чечне и об авторитете местных врачей. Об этом упоминалось на встрече с министром здравоохранения республики Эльханом Сулеймановым, которая состоялась после общения с сотрудниками отделения челюстно-лицевой хирургии Республиканской детской клинической больницы им. Е.П.Глинки.

Укреплению связей между столичным вузом и республиканской больницей способствует и совместная научная работа: заведующий отделением Саид-Магомед Ахметханов в прошлом году стал аспирантом Адилы Аскеровича в

Сеченовском университете. Совместно они подготовили проект создания на базе РДКБ центра врождённой и приобретённой патологии лицевого области. По замыслу авторов, этот центр с мультимедийным подходом к диагностике и лечению отклонений, в Чеченской Республике должен заработать нынешним летом. Как пояснил Э.Сулейманов, научным консультантом здесь будет А.Мамедов.

Роман МАЙСКИЙ,
Чеченская Республика.

Начало

В Санкт-Петербурге стало больше ещё одним учреждением родовспоможения, в новых стенах которого многим женщинам и хочется обрести счастье материнства. Торжественно открылись родильное отделение и входная группа родильного дома № 10 с завершением капитального ремонта – первого за всю его историю, насчитывающую три десятилетия.

Рожать поедут на юго-запад

В процессе ремонтных работ стоимостью немногим менее 100 млн руб. неузнаваемо преобразились центральная лестница, помещения родильного отделения, куда установили взамен морально устаревших современную медицинскую аппаратуру и медицинскую мебель, было заменено лифтовое оборудование. Теперь рабочие места всех специалистов оснащены компьютерной техникой, в результате чего стала доступной программа электронного документооборота.

Проект родильного отделения разрабатывался группой дизайнеров с участием медицинских технологов. Индивидуальные родильные залы для приёма родов по полису ОМС оформлены отныне в интересном едином стиле. Более 6 тыс. малышей каждый год появляются на свет в родильном доме

№ 10, являющимся единственным на юго-западе Санкт-Петербурга. Руководство «десятки» надеется, что с получением отделением нового современного «лица» возрастёт число желающих в первый или очередной раз стать мамой именно здесь.

Всего же каждый год родильный дом в Красносельском районе выбирают свыше 16 тыс. женщин, причём, не только в качестве места для родов, но и для подготовки к беременности, ведению беременности, в том числе у несовершеннолетних, процедуре ЭКО, родам по программе суррогатного материнства, в целях лечения патологии развития плода.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Угроза

Олимпиаду-2018 атаковал норовирус



В столице XXIII Зимних Олимпийских игр 2018 г. – городе Пхёнчхан (Южная Корея), где с 9 по 25 февраля они проходят, зарегистрирована вспышка норовирусной инфекции. Об этом со ссылкой на южнокорейский Центр по контролю и профилактике заболеваний и Оргкомитет Олимпиады, сообщил Роспотребнадзор.

Заболевание выявлено среди персонала пищеблоков в медиадеревне, что грозит инфицированием пищи и распространением инфекции. Вирусы уже обнаружены в кулерах для питьевой воды, в ваннах и душевых комнатах. Оргкомитет и представители санэпидслужб ищут причины появления вируса и пытаются предотвратить последствия его распространения. Объявления с подробной инструкцией о предосторожности – на дверях каждого здания, у входа на олимпийские объекты. Правительство страны поручило провести лабораторные исследования всех заражённых инфекцией, на её наличие проверяются продукты и вода.

Норовирусная инфекция проявляется, как известно, кишечной симптоматикой (рвота, понос, по-

вышение температуры тела).

Роспотребнадзор обращает внимание российских граждан на эпидемическую ситуацию в Южной Корее и просит учитывать данную информацию при планировании поездок в этот регион. На своём официальном сайте ведомство разместило рекомендации по профилактике норовирусной инфекции.

Несколько десятков охранников Олимпийского комплекса в Пхёнчхане экстренно госпитализировано с сильной головной болью, рвотой и диареей, а 1200 сотрудников секьюрити помещены на карантин – их заменили военные.

Как сообщил директор Центра по контролю и профилактике заболеваний Ким Хюн Жун, несмотря на то что январь-февраль являются «пиковым сезоном» для инфекции, спортсмены пока не заболели. «Чтобы остановить вспышку вируса, мы помещаем пациентов в карантин, начиная от установления диагноза до лечения. Мы собираемся свести эту вспышку к минимуму», – сказал он.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Прошедший на днях «круглый стол» в Госдуме РФ на тему «Страховые медицинские организации «Законодательное регулирование, финансирование и новые парадигмы развития» призван был обсудить сегодняшнее состояние и дальнейшие направления работы страховых организаций в системе обязательного медицинского страхования. **Общий вывод – страховые организации должны стать реальными помощниками и защитниками прав застрахованных граждан при их обращении в лечебные учреждения по полису ОМС.**

Страховые принципы – не пустые слова

Будет усиливаться роль страховых компаний в сопровождении застрахованных лиц при оказании медицинской помощи, соблюдении её необходимых объёмов, обеспечении права выбора медицинской организации и врача, проведения диспансеризации. Для этого введён институт страховых представителей трёх уровней. К первому относятся колл-центры, ко второму – специалисты, работающие со сложными обращениями, требующими помощи гражданину в организации оказания медицинской помощи, обеспечивающие совместно с медицинскими организациями контроль прохождения диспансеризации, проведение опросов населения. С 2018 г. приступают к работе страховые представители третьего уровня – это эксперты по оценке качества оказания медпомощи, которые будут также мотивировать пациентов к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, осуществлять проверку своевременности такого наблюдения, выполнения плановых госпитализаций и диагностических мероприятий. Сейчас в этой системе работает более 8 тыс. страховых представителей, прошедших соответствующую подготовку.

«Прямая обязанность страховых компаний, работающих в системе ОМС, – отстаивать права застрахованных, – отметила председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко. – Если страховая организация этого не делает, она должна нести ответственность вплоть до запрета работы в системе ОМС».

Права застрахованных пациентов защищают 44 страховые медицинские организации, которые имеют 254 филиала во всех регионах страны. Лицензирование таких организаций осуществляет Центробанк России. Но для повышения эффективности их работы необходимо ужесточить требования при получении лицензии и собственном лицензионном контроле, а также увеличить требования к размеру уставного капитала компаний, осуществляющих исключительно медицинское страхование, подчеркнула глава ФФОМС. На ведение дела страховые компании тратят до 1% средств, поступающих из территориальных фондов ОМС.

Летальные исходы и нарушения

В докладе Н.Стадченко приведены и такие данные: в 6% случаев

ОМС: реальность и перспективы

Драйвер, а не искусственное звено!

Эксперты высказали своё мнение о роли страховых медицинских организаций

летального исхода выявлены нарушения при оказании медицинской помощи. Ряд экспертов высказали сомнения в достоверности данной цифры. Звучали предположения, что количество дефектов занижено вдвое, что даже в США «аналогичный» показатель составляет 9,5%.

«Порядок организации и проведения контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС – один из основных нормативных документов, регламентирующих экспертную деятельность страховщиков, предусматривает проведение целевой экспертизы качества по поводу летальных исходов, – комментирует руководитель рабочей группы Совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков профессор Алексей Березников. – Данная норма предполагает, что страховые медицинские организации проводят экспертизы качества медицинской помощи как по случаям летального исхода при оказании помощи в условиях стационара, поликлиники и на дому, так и при оказании скорой неотложной помощи, а также по случаям констатации смерти на дому или по месту прибытия бригады скорой помощи. Этим порядком предусмотрено, что экспертиза качества проводится путём проверки (в том числе с использованием автоматизированной системы) соответствия оказанной застрахованному по ОМС медицинской помощи существующим порядкам и стандартам, клиническим рекомендациям (протоколам лечения) и сложившейся клинической практике. Интересны результаты проводимой экспертами работы. В стационаре количество подобных случаев с дефектами составляет от 20 до 50%, на этапе скорой медицинской помощи от 15 до 30%, на амбулаторно-поликлиническом этапе до 10%. Количество случаев с нарушениями при проведении экспертизы качества по поводу констатации смерти на дому и смерти до приезда или в присутствии бригады скорой помощи близко к нулю. При расчёте единого показателя получаются усреднённые данные и те самые 6%.

Следует отметить, что не всегда нарушения порядков и стандартов медицинской помощи влияют на формирование неблагоприятного исхода. В практике довольно много случаев, когда эксперт усматривает нарушения нормативных документов при оказании медицинской помощи, но при этом нельзя установить связь между нарушениями и наступившим летальным исходом. Это нормальная экспертная практика во всех странах.

При проведении экспертизы качества медицинской помощи страховыми медицинскими организациями целью является не столько оценка связей нарушений с неблагоприятным исходом, сколько оценка качества медицинской по-

мощи. В полной мере причинно-следственные связи оценивает судебно-медицинская экспертиза. Экспертиза страховщиков выполняет ровно ту роль, которую ей отвели и делает это вполне успешно», – отмечает А.Березников.

«Как обычно, к сожалению, никто не стал разбираться в ситуации по существу, – добавляет вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. – Сравнение данных ФФОМС с данными исследования, проведённого специалистами американской Школы медицины Университета Джонса Хопкинса в 2015 г., не корректно. Слишком разные системы здравоохранения сравниваются: если в РФ здравоохранение доступно для всего населения, то в США – доступность медицинской помощи для населения имеет заметные ограничения. Что ещё важно – в американском исследовании не учитываются случаи констатации смерти бригадами скорой помощи и участковыми врачами, да и рассматривался более длительный период медицинской помощи, чем при проведении экспертизы по поводу летального исхода. Вот если сравнивать сопоставимые группы, например, по летальным случаям при оказании помощи в стационаре, то не выявляется и различия в показателях». К слову младенческая смертность за 2016 г. в России на 1000 родившихся живыми – 6,0 человек (по данным Росстата), младенческая смертность за 2016 г. в США на 1000 родившихся живыми – 5,8.

«Калька» с американской модели – бессмысленна

«Крайне важно и то, что в системе ОМС, как и в Российском законодательстве, не используется сам термин «врачебные ошибки», да и смысл экспертизы – не в выявлении сходных по сути с этим термином ситуаций, – отмечает А.Березников. – Выявление дефектов оказания медицинской помощи и методики экспертной работы в США построены в рамках давно сложившейся привычки граждан судиться часто и на любую тему, значимых сумм удовлетворяемых при этом исков и страховании ответственности врачей. Влияет на ситуацию и частный характер медицинского страхования. Все эти факторы и различное для США и России содержание приведённой сомневающимися экспертами статистики, делают сравнение и выводы совершенно некорректными».

По результатам экспертизы качества, наиболее значимые нарушения и дефекты при оказании медицинской помощи, которые имеют негативные последствия для пациентов, допускаются намного раньше, чем возникает летальный исход. По результатам плановой экспертизы качества медицинской

помощи, организуемой страховыми медицинскими организациями, в каждом четвёртом случае оказания медицинской помощи выявляются нарушения порядков и стандартов медицинской помощи, в половине из них данные нарушения создают риск или вызывают прогрессирование заболевания.

«Страховое сообщество постоянно и активно участвует в работе по улучшению качества медицинской помощи, – утверждает Д.Кузнецов. – В рамках Всероссийского союза страховщиков, специалистами страховых компаний проработан очередной эффективный механизм повышения качества медицинской помощи посредством усиления межведомственного взаимодействия. Как показали пилотные результаты, эта простая методика позволяет эффективно в течение полугодия практически в 2 раза сократить количество нарушений, создающих риски утяжеления течения заболевания. Страховщики рассказали о них в Государственной Думе. Полагаю, что довольно скоро мы сможем обсудить наши предложения с руководством ФФОМС и Минздрава России с целью максимально широко внедрения апробированного нами подхода к организации процесса лечения. Не нужно забывать, что система здравоохранения России по историческим меркам реформируется крайне короткий промежуток времени. Сделано очень много, но ещё больше предстоит сделать. А в такой социально значимой отрасли революцией быть не должно. Продолжается экспертная проработка возможного следующего шага реформы. Мы должны сформировать оптимальную для России модель здравоохранения, с учётом современных эффективных инструментов управления и финансирования и с учётом наших национальных и культурных особенностей. «Калька» с американской или любой другой модели – бессмысленна».

«Однако, к сожалению, ряду так называемых экспертов интереснее не замечать положительные результаты чужой работы, а глядя со стороны, исключительно негативно оценивать происходящее», – отмечает А.Березников.

Это мнение подтверждает академик РАН Андрей Решетников: «В последнее время переносится ответственность с медицинских организаций за качество медицинской помощи на страховщиков, которые сами медицинские услуги не оказывают, поэтому не могут влиять на их качество. Вместе с тем, в реальной жизни существуют риски отказа в оказании медицинской помощи, замена бесплатных медуслуг на платные, нанесение ущерба пациенту при их оказании, отказ в бесплатных лекарствах при лечении в стационаре, финансовые

издержки при судебных процессах, навязывание ненужных (в том числе платных) услуг и многое другое. Повседневное решение этих проблем пациента и обосновывает участие страховых медицинских организаций в системе ОМС. Для того, чтобы СМО работали более эффективно необходимо усиливать экономическую основу страхования».

Объёмы, сроки и качество

«В системе обязательного медицинского страхования создан реестр экспертов, в который входят опытейшие специалисты по своему клиническому профилю со стажем работы не менее 10 лет, в том числе имеющие учёные степени, – уточняет начальник Управления организации ОМС Федерального фонда ОМС Светлана Кравчук. – К их квалификации установлены строгие требования. Поэтому экспертизы качества медицинской помощи выявляют нарушения при оказании медицинской помощи, в том числе невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение пациенту диагностических и лечебных мероприятий в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, а также нарушения, приведшие к инвалидизации, несоблюдению сроков оказания медицинской помощи, необоснованное назначение лекарственной терапии, преждевременное прекращение проведения лечебных мероприятий при отсутствии клинического эффекта, нарушение преемственности, неоснованная или непрофильная госпитализация и др.».

На заседании «круглого стола» в Комитете Государственной Думы РФ по охране здоровья был представлен анализ наиболее сложных случаев, связанных с летальным исходом и 6% выявленных нарушений связанных с невыполнением, несвоевременным или ненадлежащим выполнением пациенту диагностических и лечебных мероприятий, которые привели к летальному исходу.

Страховые компании ознакомили участников с их деятельностью по ОМС, в том числе по контролю качества и доступности медицинской помощи. В то же время фондом ОМС совместно со страховым и медицинским сообществом постоянно ведётся работа по совершенствованию нормативного регулирования, в том числе уточнён и пересмотрен перечень и квалификация дефектов.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Тенденции

Семинары по семейно-ориентированному подходу в организации отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) прошли в Казани для специалистов Детской республиканской клинической больницы и других лечебных учреждений Министерства здравоохранения Республики Татарстан.

Совместное пребывание ребёнка с членами семьи (законными представителями) в ОРИТ декларируется международными и отечественными нормами как неотъемлемая часть прав ребёнка, находящегося в кризисной ситуации, на дружелюбную и комфортную среду. Однако в настоящее время круглосуточное нахождение родителей с детьми, в том числе с детьми-инвалидами, в реанимации

Казань — за открытую реанимацию

является исключительным явлением в российской практике.

– Закрытая реанимация не способствует улучшению качества пребывания ребёнка в ОРИТ, можно сказать, даже существенно отягощает это пребывание, – считает Динара Гильфантимова, эксперт благотворительного фонда, председатель Ассоциации профессиональных психологов и психотерапевтов.

В Государственную Думу РФ внесено предложение рассмотреть поправку к Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о необходимости обязательного допуска членов семей пациентов в

отделения реанимации и интенсивной терапии. Однако главное препятствие в доступе родственников к пациентам в ОРИТ – это существующие запретительные традиции и укоренившиеся стереотипы.

Благотворительные фонды совместно с Ассоциацией детских анестезиологов-реаниматологов России помогают медикам преодолевать существующие барьеры на пути к «открытой реанимации». Партнёрство осуществляется в рамках Национального образовательного проекта «Школа главного специалиста по детской анестезиологии и реаниматологии Министерства здравоохранения РФ».

– Наша работа направлена на то, чтобы все детские ОРИТ России поддерживали практику совместного пребывания родителей с детьми, для этого необходимо формирование приверженности медицинских работников, которое не может основываться только на спущенных сверху распоряжениях, – отмечает директор одного из благотворительных фондов Карина Вартанова.

В ходе семинаров-практикумов, в которых участвовали медицинские сестры, врачи, психологи, заведующие отделениями, в детской клинической больнице Минздрава Казани были проанализированы основные препятствия в организации со-

вместного пребывания родителей с детьми, рассмотрены типичные ситуации, требующие разработки чётких правил, а также принципы эффективной коммуникации с пациентами и их семьями.

Семинары проводятся в регионах страны в рамках проекта «Вместе с мамой. Продвижение практики организации совместного пребывания родителей с детьми в отделениях реанимации и интенсивной терапии», который реализуется с использованием средств гранта Президента Российской Федерации.

Валентина СМЕРНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Казань.

Выборы Президента России 18 марта 2018 г. – это судьбоносное событие для всей страны. А потому Профсоюз работников здравоохранения РФ не может остаться в стороне от президентской кампании. Ибо с выборами связаны надежды на улучшение экономического положения, а значит и более высокий уровень жизни россиян. А отраслевой профсоюз всегда выступал за объединение усилий в интересах медиков в изменении ситуации в здравоохранении в лучшую сторону.

Сегодняшние преобразования в отрасли идут не без его участия. Профсоюз работников здравоохранения РФ выступает равноправным партнёром с Минздравом России, ставя перед властью наиболее актуальные проблемы в сфере здравоохранения по защите социально-трудовых и профессиональных интересов медиков. В период избирательной кампании есть возможность вновь напомнить о нерешённых вопросах и твёрдо потребовать от власти выполнения предложений профсоюза.

В Центральном комитете профсоюза поступили многочисленные предложения от профсоюзных организаций субъектов Федерации. Они были обсуждены на президиуме ЦК и легли в основу наказов кандидатам на должность Президента. Предстоящий шестилетний период будет временем реализации социальной политики в бюджетной сфере, где потребуются все слова Профсоюза работников здравоохранения РФ. Но он остаётся приверженцем конструктивного социального диалога

В центре внимания

Как всегда на передовой

Самые насущные вопросы поднимает в наказах отраслевой профсоюз

с властными структурами и будет добиваться эффективного развития социально-экономических процессов в России и существенного повышения социального и профессионального статуса работников здравоохранения.

Наказы кандидатам на должность Президента Российской Федерации

1. Формирование механизмов государственных гарантий финансового обеспечения в полном объёме затрат государственных учреждений здравоохранения на оказание медицинской помощи, на оплату труда работников, из бюджетов всех уровней бюджетной системы Российской Федерации, в том числе обязательного медицинского страхования.

2. Принятие на федеральном уровне Комплексной программы по совершенствованию кадровой политики в здравоохранении, ориентированной на укрепление кадрового потенциала, повышение престижности и привлекательности медицинской профессии, как важнейшего фактора мотивации работников к качественному труду.

3. Разработка на федеральном уровне системы эффективных государственных гарантий в оплате труда работников здравоохранения, связанных:

– с законодательным закреплением исключения из структуры минимального размера оплаты труда вылат компенсационного и стимулирующего характера; с формированием механизмов финансового обеспечения МРОТ в государственных учреждениях;

– с утверждением Правительством РФ базовых окладов по профессиональным квалификационным группам (ПКГ) должностей работников бюджетной сферы в размере не ниже МРОТ по профессии, должностям работников, отнесённым к ПКГ первого уровня, с установлением объективной дифференциации в размерах базовых окладов по ПКГ иных категорий работников;

– с формированием единых отраслевых подходов к структуре и размерам составных частей заработной платы работников здравоохранения, учитывающих специфику деятельности в медицинских организациях;

– с безусловным выполнением требований Трудового кодекса РФ по повышению реального содержания заработной платы работников государственных учреждений с учётом роста потребительских цен на товары и тарифов на услуги;

– с обеспечением необходимой дифференциации в уровнях опла-

ты труда врачебного, среднего и младшего медицинского персонала;

– с разработкой и реализацией механизмов объективной оценки среднемесячной заработной платы работников здравоохранения по занимаемой должности (на ставку) в условиях сложившегося дефицита кадров специалистов;

– с формированием механизмов дальнейшего повышения уровня оплаты труда специалистов сферы здравоохранения.

4. Создание на государственном уровне реальных механизмов обеспечения доступности и качества медицинской помощи на основе гармонизации норм труда (нормативов времени, нагрузки, численности работников) и конкретных мер по привлечению и закреплению специалистов в целях предотвращения дальнейшей интенсификации труда.

5. Признание на законодательном уровне особого статуса медицинских работников в обществе, предоставив им меры социальной поддержки «социальный пакет», направленные на привлечение квалифицированных кадров в систему здравоохранения, эффективное и качественное оказание медицинских услуг, а также повышение социальной значимости и пре-

стижа профессии медицинского работника.

6. Законодательное закрепление обязательности выполнения работодателем представлений (требований) профсоюзных инспекторов труда с передачей им отдельных (дополнительных) полномочий по осуществлению контроля за соблюдением трудового законодательства.

7. Установление в законодательстве о специальной оценке условий труда для объективного её проведения, дополнительных показателей напряжённости трудового процесса, связанных с его интенсификацией, а также повышенной ответственностью за результат деятельности по сохранению здоровья и жизни человека.

8. Предоставление профессиональным союзам права законодательной инициативы и непосредственного обращения в суд с иском о защите прав неопределённого круга лиц.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза
работников здравоохранения РФ,
академик АМТН,
доктор медицинских наук,
заслуженный врач РФ.

Точка зрения

На современном этапе неалкогольная жировая болезнь печени имеет довольно большую распространённость в популяции, достигая более 25%, что справедливо и для нашей страны и в целом занимает значимое место в структуре заболеваний печени. Тесная связь этой патологии печени с метаболическим синдромом, в частности с ожирением, рост которого в последнее время является неоспоримой общемировой тенденцией, с каждым годом делает проблему неалкогольной жировой болезни печени всё более актуальной. При этом прогрессивное течение стеатоза до стеатогепатита, имеющего самостоятельный и довольно высокий риск развития фиброза с последующим циррозом печени, максимально оцениваемый в 7% и доказанный повышенный риск развития гепатоцеллюлярной карциномы, по данным крупных исследований, включая когортные, повышает ценность грамотного и результативного лечебного подхода.

Современный лечебный подход

Однако, несмотря на обилие отдельных клинических исследований в этой области, не всегда корректных в плане выборки групп и критериев, нельзя сказать, что сегодня выработана чёткая и унифицированная терапевтическая тактика, учитывающая воздействие на все патогенетические звенья развития неалкогольной жировой болезни печени и её форм.

Согласно современным российским клиническим рекомендациям, как и рекомендациям ведущих европейской и американской ассоциаций по изучению заболеваний печени, приоритетным в лечебной тактике неалкогольной жировой болезни печени является плавное снижение массы тела не менее чем на 10% от исходной посредством модификации питания и умеренной физической нагрузки, что позволяет положительно

Хотя тактика не выработана...

Актуальные аспекты современной терапии неалкогольной жировой болезни печени

влиять на степень выраженности стеатоза, уровень ферментов и некровоспалительного компонента в печени, но не фиброза. Европейские исследователи, в частности Всемирная гастроэнтерологическая ассоциация, рекомендуют снижение калорийности рациона до 25% от исходной в комбинации с регулярной (3-4 раза в неделю) физической нагрузкой средней интенсивности с диапазоном частоты сердечных сокращений в пределах 60-75% от максимальной возрастной нормы. Официальные отечественные рекомендации не содержат точных указаний относительно степени редукции суточного калоража, но подчёркивают необходимость плавного снижения веса на 10% от первоначального из расчёта не более 0,5-1,0 кг/неделю и важность регулярной аэробной физической нагрузки (минимально по 20 минут 5 дней в неделю).

Важным объединяющим моментом является рекомендация по ограничению легкоусвояемых углеводов, насыщенных жиров, российскими исследователями рекомендовано обогащение рациона полиненасыщенными жирными кислотами, пищевыми волокнами. Единодушно российские, европейские и американские учёные признают первичность модификации образа жизни, и только в случае неэффективности этих мероприятий рассматривается вопрос о назначении медикаментозной терапии. Резкое снижение массы тела все исследователи относят к фактору риска прогрессирования стеатогепатита.

Необходимостью приёма инсулиносенситайзеров неоднозначна. Не доказана самостоятельная эффективность влияния метформина на уровень трансминаз, в случае такой формы жировой болезни

печени как неалкогольный стеатогепатит и гистологическую картину печени, он не рекомендован для специфического лечения этой формы жировой болезни печени ни российскими, ни зарубежными исследователями. Другой класс инсулиносенситайзеров тиазолидиндионов – пиоглитазон, может быть рекомендован для лечения неалкогольного стеатогепатита у взрослых, однако возможность длительного применения не исследована и существует риск сердечно-сосудистых осложнений, при этом пиоглитазон достоверно уменьшает стеатоз и воспаление в печёночной паренхиме, но не оказывает воздействия на фиброз. Российскими рекомендациями запрещён приём другого препарата этой группы – росиглитазона в связи с высоким риском инфаркта миокарда у пациентов с метаболическим синдромом, возможность применения пиоглитазона находится на стадии обсуждения.

Для альфа-токоферола при неалкогольном стеатогепатите показана ограниченная эффективность и воспаления печени, не подтверждённая последующими рандомизированными испытаниями. Учитывая недостаточность данных о безопасности его длительного приёма, альфа-токоферол может быть рекомендован только для пациентов с неалкогольным стеатогепатитом без сахарного диабета в суточной дозе до 800 мг, при переходе в цирроз эта рекомендация не актуальна. Гиполипидемическая терапия статинами применима только в случае диагностированной сопутствующей неалкогольной жировой болезни дислипидемии. Эффективность приёма полиненасыщенных жирных кислот при жировой болезни печени также

остаётся дискуссионной, приём обоснован в случае сочетания неалкогольной жировой болезни печени и гипертриглицеридемии, в чём солидарны и зарубежные, и российские руководства. Стоит учитывать, что сегодня уже доступны результаты метаанализа 9 крупных ретроспективных наблюдений, где продемонстрирован значимый регресс стеатоза печени, что, возможно, будет иметь подтверждение в последующих проспективных наблюдениях и позволит иначе рассмотреть место полиненасыщенных жирных кислот в лечении этой нозологии.

Несмотря на то что рандомизированные исследования демонстрируют положительное влияние высоких доз урсодезоксихолевой кислоты на регрессию уровня цитолиза, инсулинорезистентности, маркёров фиброза, эти препараты пока не рекомендованы для специфического лечения жировой болезни и стеатогепатита ввиду отсутствия доказанного позитивного влияния на гистологическую структуру печени. Отечественные исследователи допускают комбинацию урсодезоксихолевой кислоты со статинами в случае дислипидемии при стеатогепатите.

Согласно европейским и американским гайдлайнам, пентоксифиллин, невзирая на его положительный эффект на уровень печёночных ферментов и гистологическую картину печени, отмеченный в рандомизированном исследовании, как и L-карнитин, так же не рекомендованы для лечения неалкогольной жировой болезни и её форм, в связи с тем, что пока не получили подтверждения в более крупных работах. Эссенциальные фосфолипиды, адеметионин, витамины группы В, препараты растительного происхождения, несмотря на наличие многочисленных

довольно мелких исследований их эффективности, также не включены в официальные рекомендации, ввиду отсутствия достоверных данных о положительном влиянии на течение неалкогольной жировой болезни печени, что не отменяет необходимости их дальнейшей разработки.

Чёткие ориентиры

Таким образом, несмотря на то что на данный момент уже накоплен клинический опыт по применению различных препаратов (метформин, статины, полиненасыщенные жирные кислоты, урсодезоксихолиевая кислота, альфа-токоферол) для лечения неалкогольной жировой болезни печени, разнородность полученных данных, отсутствие стандартизации исследований и широкомасштабных контролируемых испытаний не позволяет сформировать полноценную доказательную базу и включать эти препараты в международные согласительные документы. Приоритетным направлением в лечении пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени, согласно действующим современным клиническим рекомендациям, остаётся диетотерапия и коррекция образа жизни с чётким указанием на необходимость снижения массы тела на 10% от исходного, что позволяет достигать значимого регресса некровоспалительных изменений в печени.

Евгения МАЕВСКАЯ,
ассистент кафедры пропедевтики
внутренних болезней и
гастроэнтерологии,
кандидат медицинских наук,
Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.

В канун Всемирного дня борьбы против рака, который отмечался недавно, Российское общество клинической онкологии подготовило и распространило материал об онкологической заболеваемости в Российской Федерации, о качестве работы по раннему выявлению опухолевых заболеваний, о кадровом состоянии онкослужбы и доступности качественной онкопомощи жителям разных регионов страны.

Составителями и редакторами брошюры выступили известные российские онкологи – заместитель директора по научной работе НИИ клинической онкологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, доктор медицинских наук, профессор Сергей Тюляндин и руководитель отдела оптимизации лечения подростков и молодежи с онкологическими заболеваниями НИИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, доктор медицинских наук, профессор Николай Жуков.

По словам С.Тюляндина, научное сообщество онкологов обеспокоено отсутствием должного внимания со стороны властных структур, общественности и СМИ к тому, что происходит в отечественной онкологии. Речь идёт в равной мере как о негативных явлениях в этой области, так и о позитивных достижениях. В свою очередь Н.Жуков в качестве аргумента приводит опыт стран, где тема «онкология» в самом широком её смысле средствами массовой информации не считается нежелательной и не обходится молчанием: в странах, где открыто и много говорят и пишут о проблемах рака, результаты в борьбе с ним более высоки.

Как это выглядит

Текст, оформленный в виде брошюры, имеет броское название «Правда о российской онкологии: проблемы и возможные решения». Ещё бы слово «вся» в начале названия, и можно было бы принять эту работу за попытку авторов открыть общественности некие секретные материалы. Но, как оказалось, никаких секретов они не выдали, а просто в очередной раз привлекли внимание к очень важной теме.

Жанр и целевую аудиторию представленного методического материала определить сложно – это в равной степени аналитическая справка с инфографикой, предназначенная для профессионального сообщества, и популярное издание для «широкой общественности». Есть в данной подборке сведения, которые, безусловно, необходимы каждому врачу любой специальности, организаторам здравоохранения, представителям власти. Но есть и сугубо санпросветовские формулировки, адресованные потенциальным пациентам. Благодаря верно выбранному языку изложения материал попадает сразу в обе цели.

Проблемы, существующие в России – высокая смертность от рака, поздняя диагностика, неравная доступность лечения, нулевая профилактика онкологических заболеваний – авторы перечислили. В списке предложенных ими безотлагательных решений шесть пунктов: организация информационных кампаний для населения, создание полноценного канцер-регистра,

формирование единых национальных стандартов лечения рака, обеспечение равного доступа жителей всех регионов страны к гарантированной бесплатной онкопомощи, создание системы реабилитации онкологических больных и развитие паллиативной помощи с упрощением медицинского оборота наркотических анальгетиков.

Никакой политики, никаких разоблачений, упреков и обвинений, никаких оценок деятельности Госдумы, Правительства, Минздрава в тексте нет. Всё

такие сравнения действуют шокирующее.

– В странах, серьёзно воспринимающих проблему и выделяющих на её решение достаточно ресурсов, на фоне растущей заболеваемости отмечается снижение смертности от злокачественных опухолей. Увы, при сопоставлении показателей заболеваемости и смертности Россия находится гораздо ближе к бедным странам Африки и Азии. При сохраняющемся росте заболеваемости нам за последние годы удалось лишь

вывод с 2007 г. А вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ) туда не попала, хотя эта мера позволяет снизить риск заболевания раком шейки матки и другими опухолями. Россия, как утверждают уважаемые профессора, – одна из немногих на Европейском континенте, где не проводится обязательная вакцинация профилактика ВПЧ. Сделать эту прививку можно, но в индивидуальном порядке за немалые деньги в частных клиниках.

Далее следует тема своевременной диагностики рака. Она,

Европы и даже для США, где далеко не все больные получают современную терапию: она не по карману пациенту и его семье. В качестве выхода в ряде стран разрабатываются стандарты эффективного лечения в рамках имеющегося бюджета.

Но есть в общемировой проблеме «лечение онкобольных» и наша, сугубо российская особенность – неравноправие пациентов по географическому признаку.

– В рамках одинаковой страховки жители США или Европы

Острая тема

Правда об онкологии колет глаза

Наши медики призывают общество на борьбу со страшным заболеванием



Онкологи надеются, что наконец-то станет на серьёзную основу ранняя диагностика опухолевых заболеваний

очень аккуратно и осторожно. Вероятно, в расчёте на то, что «виновные» сами всё поймут и примут меры.

Зато к «несознательному» российскому народу, который действительно в большинстве невнимателен к своему здоровью и не пользуется даже теми возможностями, которые ему предоставляет здравоохранение, авторы апеллируют часто и убедительно.

От формы – к содержанию

Информация, собранная в данном документе, действительно представляет огромный интерес, а кое-где, как говорится, колет глаза.

Оказывается, онкологические заболевания в России ежегодно уносят почти 300 тыс. жизней, а число заболевших за год приближается к 600 тыс. И хотя врачам удаётся спасти более половины из числа заболевших, соотношение между заболевшими и умершими от рака в нашей стране значимо хуже, чем в других развитых странах.

Для большей наглядности авторы приводят такие соотношения: сегодня в России проживает 3,5 млн человек с диагнозом «рак» – это в сумме население трёх городов – Новосибирска, Волгограда и Краснодара. В течение года в нашей стране заболевают раком 600 тыс. человек, что равно численности жителей Махачкалы. А умирает ежегодно от онкозаболеваний 300 тыс. россиян, это всё равно, что за год умерло бы население Якутска полностью. Надо признать –

стабилизировать смертность, но не снизить её, – говорят авторы документа.

Как пишут учёные-онкологи, из одиннадцати доказанных канцерогенных факторов абсолютным лидером является курение – 35% всех опухолей обусловлена его воздействием. Далее следуют ожирение (оно – причина 20% всех опухолей) и инфекции (на их долю приходится 15% всех случаев рака). Гиподинамия, питание и профессиональные вредности имеют отношение к 5% раковых заболеваний. Алкоголь и репродуктивные факторы обуславливают возникновение лишь 2,5% опухолей, а ультрафиолет, экология и лекарства и того меньше – от 1 до 2%.

Такой расклад меняет не просто привычное представление большинства людей, как медиков, так и не имеющих медицинского образования – он по-другому расставляет приоритеты в стратегии профилактики онкологических заболеваний. Пока мы угадали только с курением, да и здесь особых успехов нет, как бы нас ни пытались убедить в обратном: Россия по-прежнему дымит, причём, всё больше и больше это делают молодые женщины.

Что касается ожирения и инфекций, здесь всё очень запущено. К первой теме в России вообще ещё не подступались, и мы постепенно превращаемся в страну «жиртестов». Ко второй пытались подступиться, но, видимо посчитав финансовые затраты, остановились. Вакцинация против гепатита В, одного из основных факторов риска развития рака печени, внесена в национальный календарь при-

естественно, ассоциируется с онкологическим скринингом, который предусматривает обследование людей, не имеющих никаких симптомов заболевания, то есть считающихся здоровыми. Профессор Сергей Тюляндин и его коллеги утверждают, что в настоящий момент существует эффективный скрининг лишь в отношении пяти видов опухолей: рак шейки матки (цитологическое исследование и тест на ВПЧ), рак молочной железы (маммография), рак толстой и прямой кишки (тест на скрытую кровь и колоноскопия), рак предстательной железы (определение уровня простат-специфического антигена) и рак лёгкого (низкодозовая компьютерная томография). В идеале все эти виды раннего выявления рака должны входить в программу диспансеризации населения.

Однако, даже если какой-то тест включён в программу диспансеризации, это не означает автоматически высоких результатов, то есть заметного снижения смертности от запущенных форм рака.

– Наглядным примером вышесказанного может служить ситуация с раком шейки матки в нашей стране. Это заболевание является одним из самых «предотвратимых» за счёт скрининга: простой гинекологический осмотр с цитологическим исследованием мазка, снижает риск смерти от рака шейки матки примерно на 90%. Но! В РФ, несмотря на формальное включение данного скрининга во многие федеральные программы, в последние десятилетия отмечается неуклонный рост как заболеваемости, так и смертности от рака шейки матки. К 2016 г. эти показатели в нашей стране «достигли» уровня развитых стран до внедрения системы скрининга (70-е годы прошлого века). То есть система скрининга этого заболевания в РФ практически провалена, – подчёркивают в Российском обществе клинической онкологии.

Следующая тема – лечение онкобольных в России. Авторы документа справедливо сетуют на сложности с внедрением инновационных противоопухолевых лекарств, методик лучевой терапии и хирургии, что связано с их очень высокой стоимостью. Это, по их утверждению, характерно не только для нашей страны, но также для Западной

получают одинаковый объём помощи. В Российской Федерации же до настоящего времени существует «выборочное» назначение и использование препаратов – когда одни пациенты (регионы) могут получать даже «избыточное», по зарубежным меркам лечение, а другим не достаётся и минимума. Так, разница в финансировании отдельных видов онкологической помощи между регионами России может достигать 1000-2500%, то есть 10-25 раз, – сказано в тексте документа.

Ситуация чудовищная, создающая заведомо неравные условия для выживания пациентов и результатов работы врачей. Приведены убедительные цифры: тарифы лечения в круглосуточном стационаре в Чукотском автономном округе – 222 562 руб., в Ямало-Ненецком автономном округе – 152 590, в Рязанской области – 26 тыс., а в Саратовской области и того меньше – 14 517.

Кадровая ситуация в российской онкологии также отнесена к категории неблагоприятных. Количество необходимых штатных должностей было рассчитано много лет назад, когда заболеваемость и число больных, требующих длительного лечения, были значительно меньше. К настоящему времени необходимое количество штатных единиц примерно в 1,5 раза превосходит фактический численный состав онкологов. Такой разрыв не может не сказаться отрицательно на доступности и качестве онкологической помощи, подчёркивается в представленном тексте.

Надежда на то, что онкологи в одиночку смогут решить все перечисленные проблемы, по меньшей мере наивна. Обращаясь к опыту стран, более успешных в организации оказания онкологической помощи и её результатах, профессора С.Тюляндин, Н.Жуков и их коллеги говорят о необходимости «подключить» к этой работе правительство, общество, бизнес, средства массовой информации. И это – общее участие и солидарная ответственность – главные условия для достижения цели.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

В 2016-2017 гг. «МГ» систематически обращалась к теме эвтаназии. Напомним наиболее заметные публикации по этой теме: «Договор со смертью», «О праве на смерть», «О праве на жизнь». 2018 г. – не исключение: уже в первом номере нашего издания в разделе «Автограф для МГ» опубликовано «Право на эвтаназию» – интервью с голландским врачом Бертом Кайзером, автором нашумевшей книги «Танцы со смертью: жить и умирать в доме милосердия», презентация которой недавно прошла в Москве.

Сегодня собеседниками газеты по этой актуальной проблематике являются: директор Смоленского областного института патологии, заведующий кафедрой патологической анатомии Смоленского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Александр Доросевич; заведующий кафедрой судебной медицины и права Смоленского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Владимир Хохлов; заместитель председателя Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заслуженный деятель науки РФ Людмила Козлова.

Давайте-ка больше
строить центров ВМП!

Александр ДОРОСЕВИЧ:

– Масштабное обсуждение в СМИ не столь остро на данный момент для общества вопроса об эвтаназии тревожит, прежде всего, людей с неустойчивой психоэмоциональной системой.



Но ведь утрированное обсуждение не главного вопроса для медицины России отвлекает общественность от более жизненных проблем и отодвигает на задний план, например, разработки и внедрение методик высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП). Напомню, в настоящее время системную ВМП россияне могут получить только в 5-6 городах страны. Поэтому решение проблемы создания центров ВМП во всех субъектах РФ – путь в том числе и к решению проблемы эвтаназии!

Врачебный опыт показывает, что достаточно часто несвоевременная диагностика многих заболеваний и приводит людей к долговременному мучительному пребыванию на земле. Рост уровня профессионализма врача (об этом сейчас почему-то мало говорим!) – тоже торный путь к ликвидации этих слухов. Это с медицинской точки зрения.

С нравственной и религиозной точек зрения мысли об эвтаназии вообще недопустимы. Она – аморальна! Почему мы не думаем о воспитании подрастающего поколения? Оно и так в наше время без особой любви, согласитесь, относится к пожилым и больным людям!

Когда же СМИ говорят о социально-экономической выгоде эвтаназии – это свидетельствует об определенном нездоровье общества. Да, есть мнение, что медики, юристы, политологи и экономисты найдут консенсус о её правовой защите, однако путь к этому консенсусу очень и очень долгий.

Продолжаем разговор

Эвтаназия – это аморально?

На этот вопрос врачи отвечают почти однозначно...

Поэтому считаю, что в настоящее время отвлекающий от важных медицинских тем бытловский разговор об эвтаназии на территории России следует прекратить.

Кому – эвтаназия, а кому – жизни продолжение?

Владимир ХОХЛОВ:

– Современное общество до сих пор не может определить: является ли эвтаназия актом милосердия или же банальным убийством. Грань между этими двумя представлениями неизмеримо тонка.



Возможность узаконивания эвтаназии в нашей стране кажется довольно призрачной, уж больно большую преграду неразрешимых религиозных, этических, правовых и экономических проблем требует для этого преодолеть.

Религиозные институты в достаточной степени влияют на жизнь нашей страны. Заметить это можно, изучив закон по защите прав верующих, а также обратив внимание на последние изменения в школьной образовательной программе. Поэтому пренебрегать позицией церкви в этом вопросе было бы странно. Священнослужители часто приравнивают эвтаназию к акту убийства или самоубийства и отрицательно относятся к праву человека распоряжаться своей смертью. Учитывая однозначность такой позиции, можно с уверенностью утверждать, что любые попытки

как-то легализовать эвтаназию в России встретят сопротивление со стороны окрепшей за последние годы церкви.

Что же можно сказать с точки зрения этики и гуманизма? Во многом можно утверждать, что избавление человека от боли и бессмысленного существования в какой-то степени является актом милосердия, но и тут не всё так однозначно. Можно ли оправдать эвтаназию, как убийство из милосердия, должно ли общество поддержать тех, кто выступает за её закончивание и человечно ли это или всё-таки бесчеловечно? Эти и многие другие сугубо моральные вопросы никогда не

будут разрешены. Мнения врачей по этим вопросам противоречивы, многие поддерживают узаконивание эвтаназии, но с уверенностью можно сказать, что лишь единицы согласятся заниматься такой «работой», ведь в медицину идут люди жаждущие спасать, а не отнимать человеческие жизни. Однако главное всё-таки не это. До тех пор, пока большая часть общества не признаёт эвтаназию гуманным средством для людей без надежды на лучшее и наконец признаёт право человека принимать подобные решения, споры по поводу правильности узаконивания эвтаназии будут продолжаться, тем самым препятствуя каким-либо изменениям по данной теме.

Если посмотреть на проблему с экономической точки зрения, то даже в теории, учитывая ситуацию кризиса, в которой находится наша страна, ещё не скоро можно будет рассчитывать на создание системы учреждений, а также комплекса мер безопасности, направленных на регулирование деятельности по осуществлению эвтаназии. Естественно, что при работе таких учреждений возникнет опасность её использования для криминальных схем. Государство не готово отложить все внешние и внутренние экономические и политические проблемы и заниматься решением настолько требующего к себе внимания вопроса.

С правовой точки зрения в Конституции РФ нет напрямую запрещающих эвтаназию пунктов. Ограничения по её вопросам существуют на уровне Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», ст. 45. Но всё равно понадобится немало усилий, чтобы провести в законодательство соответствующий ряд изменений!

Итак, современное российское общество не готово решать подобные вопросы – слишком уж неоднозначны понимание и взгляды на эвтаназию. Государство и родственники тратят огромные средства на поддержание жизни людей, которые порой, этого совершенно не хотят, при этом вряд ли найдутся у государства средства на создание соответствующих систем и учреждений. Требуется решение многих моральных дилемм и прежде всего решающей, являющейся одним общим знаменателем: кому – жизни продолжение, а кому – эвтаназия.

Потребуется принять множество законов и регламентаций, отложив при этом проблемы куда более насущные для огромной страны. И вряд ли кто-либо из власти придерживающийся в такое «болото», чтобы начать думать о людях, которых не видно и не слышно. Они, в своих тихих кельях, не заметны для общества и также тихо уходят, уходят после долгих мучений. О них можно не думать, о них можно даже не знать, но они есть – и они будут...

Отмерить не семь раз,
а семьсот

Людмила КОЗЛОВА:

– Тема эвтаназии – философско-этическая, морально-нравственная. Жизнь у человека одна, и надо бороться за то, чтобы она длилась как можно дольше, даже если он

смертельно болен. Это надо не только душе и телу индивидуума, но и науке.

У очень близкого мне человека, врача, активно проповедующего здоровый образ жизни, конечно же, не курившего, случился рак лёгких. Он умирал очень тяжело. Я в очередной раз пришла к нему, вижу: лежат ампулы, простите, со смертью, а он не смог использовать их до моего прихода и ввести раствор только потому, что у него



был ещё и перелом позвоночника. Я тут же выбросила ампулы. Хотя, скорее всего он был прав, но я тоже права, я бы себе не простила, казалось бы, сразу снимающего физические страдания и потому гуманного жеста! Я поняла его, он понял меня: каждый из нас был прав по-своему!

Метастазы в мозг, шансов никаких, даже супердоговоростоящая операция не давала надежд на спасение, но мы заняли денег и сделали её. Он видел, как мы боремся за него – и тоже боролся с болью. Если бы не сделали этого, то и нам не стоило оставаться жить...

На сегодня я – врач, работающий в главном законодательном собрании страны, и, если вопрос будет поставлен ребром, мы с коллегами (нас в Совете Федерации четверо докторов) спешить не будем. Знаете, что будет сдерживать нас прежде всего? Людская корысть! Я имею в виду стремление наследников с чёрной душой, цель которых завладеть материальными благами смертельно больного родственника. (А если он болен тяжело, но не смертельно?) Если бы не алчность, не грязные лапы, не коррупционные составляющие человеческого бытия – я за эвтаназию!

А пока давайте как следует разберёмся с проблемами трансплантологии. Закон о трансплантации органов и тканей был принят Госдумой ещё в 1992 г., четверть века назад, но с перекосами при его реализации мы больно сталкиваемся до сих пор!

Записал
Владимир КОРОЛЁВ,
корр. «МГ».

P.S. Интересно было бы услышать ваше мнение по этой очень актуальной теме...

Акци

В барнаульском тематическом транспорте «Время быть здоровым» прошла просветительская акция, приуроченная ко Всемирному дню больных с бронхиальной астмой. Организаторами мероприятия стали Министерство здравоохранения, Краевой центр медицинской профилактики и МУП «Горэлектротранс» Барнаула.

Основной целью проведения Всемирного дня больного с бронхиальной астмой является привлечение внимания общественности к проблемам, связанным с этим заболеванием. Важно вовремя оказывать квалифицированную помощь больным, а также повышать уровень осведомлённости населения относительно бронхиальной астмы. Она, как известно, сопровождается такими распространёнными симптомами, как приступы удушья, одышка, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также

Астма: трудности выдоха

Пациенты получают грамотные рекомендации, как снизить риск её развития

кашель. Другими сопутствующими симптомами могут быть обильные выделения из носа, его заложенность и раздражение глаз.

Наиболее значительными факторами риска развития астмы являются вдыхаемые вещества и частички, которые могут провоцировать аллергические реакции или раздражать воздушные пути. Если оградить человека от провоцирующих астму веществ, то можно уменьшить количество приступов. Благодаря надлежащему ведению пациентов с астмой можно обеспечить хорошее качество их жизни.

В настоящее время это заболевание – серьёзная проблема современного здравоохранения. По последним данным ВОЗ, сейчас от астмы страдает около 235 млн

человек в мире. Это самая распространённая хроническая болезнь среди детей.

Астма редко приводит к смерти, однако является частой причиной инвалидизации. При этом, как отмечают российские специалисты, в первые десять лет жизни часто болеют мальчики, с 10 до 60 лет – несколько чаще женщины, а с 60 лет – мужчины.

Астматическое воспаление приводит к бронхоспазму или сужению просвета бронхов, на любое воздействие, то есть к формированию так называемой гиперреактивности. Больному во время приступа очень сложно выдохнуть из-за закупоренных слизью бронхов.

Золотым стандартом диагностики бронхиальной астмы является

спирометрия или исследование функции внешнего дыхания с проведением специальных (бронхо-торных) тестов.

– В качестве профилактики бронхиальной астмы необходимо предупреждать заболевания органов дыхания: закаляться и заниматься физкультурой с раннего возраста, исключать из рациона сильные пищевые аллергены, строго соблюдать противопоказания при проведении профилактических прививок. Тем самым можно предотвратить развитие аллергии и астмы у детей, – объясняла пассажиром тематического трамвая и троллейбуса специалист Краевого центра медицинской профилактики Светлана Жарикова.

Девушки из волонтерского центра Алтайского государственного медицинского университета в рамках акции раздавали информационно-методические материалы, разработанные региональным центром медицинской профилактики.

Всем пассажирам было рекомендовано пройти обследование в центре здоровья. Там, на основании полученных результатов обследования, специалисты центра здоровья проведут оценку наиболее вероятных факторов риска, резервов организма с учётом возрастных особенностей, сделают прогноз состояния здоровья, составят каждому индивидуальную программу по ЗОЖ. Кроме того, врачи дадут рекомендации по питанию, физической нагрузке, режиму труда и отдыха, отказу от вредных привычек.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 6 (2131)

(Продолжение. Начало в № 5 от 07.02.2018.)

Дизартрия – расстройство произносительной стороны речи, обусловленное нарушением (недостаточностью) иннервации мышц речевого аппарата. Ведущим дефектом является нарушение фонетической и просодической стороны речи, связанное с органическим поражением центральной или периферической нервной системы.

Дизартрия характеризуется следующими синдромами: нарушением мышечного тонуса артикуляционной мускулатуры, нарушением артикуляционной моторики, дискоординационными расстройствами, нарушением реципрокной иннервации, наличием насильственных движений и оральных синкинезов, нарушением проприоцептивной афферентации от мышц артикуляционного аппарата и нарушением речевого дыхания.

Степень выраженности нарушения звукопроизношения зависит от характера и тяжести поражения нервной системы. В лёгких случаях имеются отдельные искажения звуков, нечёткость речи; в более тяжёлых отмечается «смазанная речь», имеют место замены и пропуски звуков, страдает её темп, выразительность, голосовые модуляции. При тяжёлых поражениях центральной нервной системы (ЦНС) речь становится невозможной из-за полного паралича речевых мышц. Такие нарушения называются анартрией (Е.Винарская, 1971)

В настоящее время существуют различные подходы к классификации дизартрических расстройств.

С учётом *неврологического подхода* на основе уровня локализации мозгового поражения (О.Правдина, 1973) различают следующие **формы дизартрии**:

1. **Бульбарную**, связанную с поражением ядер, корешков или периферических отделов черепно-мозговых нервов (языкоглоточного, блуждающего, подъязычного, иногда – тройничного) и лицевого).

2. **Псевдобульбарную**, связанную с поражением корково-ядерных (кортико-бульбарных) проводящих путей.

3. **Экстрапирамидную** (подкорковую), связанную с поражением подкорковых узлов и их нервных связей с различными отделами головного мозга.

4. **Мозжечковую**, связанную с поражением мозжечка и его проводящих путей.

5. **Корковую** (кинестическую премоторную и кинестическую постцентральной), обусловленную очаговыми поражениями коры головного мозга.

С учётом *синдромологического подхода* (И.Панченко, 1975) на основе клинко-фонетического анализа произносительных расстройств речи выделяют:

1. **Спастико-паретическую** дизартрию (ведущий синдром – спастический парез в сочетании с вялыми парезами).

2. **Спастико-ригидную** дизартрию (ведущий синдром – спастический парез и тонические нарушения управления типа ригидности).

3. **Гиперкинетическую** дизартрию (ведущий синдром – гиперкинезы: хореические, атетоидные, миоклонии).

4. **Атактическую** дизартрию (ведущий синдром – атаксия) и др. смешанные формы менее значимые в остром периоде.

Также в остром периоде в результате инсульта и черепно-мозговой травмы могут возникнуть такие расстройства как нарушения голоса (дисфония) и глотания (дисфагия).

Дисфония – расстройство голосовой функции, обусловленное патологическим состоянием органов голосообразования, может быть как изолированным, так и в структуре дизартрии. В случае периферических параличей и парезов гортани голос может отсутствовать совсем (афония) или иметь искажённое звучание. Нередко дефект усугубляется наличием дискоординации процессов голосообразования и дыхания.

Нарушения голоса крайне разнообразны. Они характеризуются недостаточностью силы (слабый, тихий, истощающийся в процессе речи); нарушениями его тембра (глухой, назализованный, хриплый, сдавленный, напряжённый и т.д.); слабой выраженностью или отсутствием голосовых модуляций (монотонный). Проявления дисфонии могут быть также следствием охранительной реакции больного на поражение головного мозга. В остром периоде логопедическую работу следует начинать как можно раньше, что позволит предупредить фиксацию

патологического голосообразования и развитие невротических реакций.

Дисфагия – это обозначение нарушения функции глотания, при котором отмечается дискомфорт или затруднение продвижения пищи изо рта в желудок. Дисфагия является одним из наиболее частых и жизнеугрожающих следствий инсульта и черепно-мозговой травмы. Наличие дисфагии приводит к высокому риску развития медицинских осложнений: аспирационной пневмонии, обструкции дыхательных путей, обезвоживанию, нарушению энергетического обмена, недостаточности питания (мальнутриции), истощению (кахексии) и смерти. При дисфагии также нарушается психический статус больного, вплоть до развития тяжёлых депрессий. Данное расстройство значительно ухудшает

тральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

Нейрореабилитация в остром периоде проводится с учётом координированного комплекса мер в рамках междисциплинарного подхода. Преимущество данного подхода заключается в объединённой работе специалистов мультидисциплинарного профиля. Включение логопедов в работу мультидисциплинарных бригад (МДБ) актуализируют проблему организации медико-педагогического взаимодействия.

Логопед – это специалист, который в остром периоде лечения занимается диагностикой, восстановлением и профилактикой нарушений речи, голоса и глотания.

В своей работе логопед осуществляет следующие виды деятельности:

– исследует состояние глотания, голоса, речи и других когнитивных функций;

– составляет индивидуальные восстановительные программы с учётом принципа индивидуального подхода в тесном взаимодействии с другими специалистами и самим пациентом (см. ниже стр.19);

– проводит **логопедические занятия** по устранению выявленных нарушений и

графической и т.д.), что позволяет оценить динамику и прогноз восстановления;

– ведёт **медицинскую и логопедическую документацию** (см. Приложение 2);

– проводит **разъяснительно-профилактическую работу с родственниками**;

– по окончании курса занятий **составляет логопедический выписной эпикриз**, включающий:

✓ клинический диагноз,

✓ логопедическое заключение,

✓ отражение динамики в речевом и неречевом статусе с результативностью восстановления и описанием резидуальной симптоматики,

– **выдаёт направление** в медицинские учреждения для продолжения дальнейшей реабилитации.

Диагностика

Для составления оптимальной реабилитационной программы необходимо точно диагностировать вид и выраженность речевых и иных нарушений.

Знание патофизиологических механизмов данных расстройств является необходимым

Логопедическая диагностика и реабилитация пациентов с повреждениями головного мозга в остром периоде

Федеральные клинические рекомендации

качество жизни больного и зачастую приводит к плохому функциональному прогнозу.

Особенности нарушения глотания и принципы реабилитации пациентов с дисфагиями подробно описаны в документе «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях цен-

профилактике вторичных функциональных наслоений;

– осуществляет **мониторинг** состояния речи и других ВПФ 1 раз в 5-7 дней посредством тестов, анализа продукции деятельности индивидуума (речевой, рисуночной,

условием системного и качественного анализа нарушений глотания, речи и других высших психических функций (ВПФ), постановки топического и дифференциального диагноза и выведения квалифицированного заключения.

Осуществляя данный вид деятельности логопед должен:

● ориентироваться в релевантных медицинских показателях

● оперативно принимать диагностические решения

● адекватно соотносить проявления речевой патологии с особенностями нейродинамических нарушений

● быстро и чётко документировать результаты обследования и рекомендаций

● оценивать влияние речевых нарушений на уровень активности пациента и возможности осуществления им повседневных видов деятельности

● определять готовность пациента и его семьи к активному участию в реабилитационном процессе.

У больных в остром периоде заболевания возникают проблемы с глотанием вне зависимости от очага поражения. Для предупреждения аспирации и аспирационной пневмонии логопед начинает диагностику с **медико-логопедического исследования функции глотания**.

В целях предупреждения проникновения в дыхательные пути жидкой и твёрдой пищи рекомендуется следующая последовательность применения:

✓ **консистенции** тестового материала:
– загущение жидкости до состояния «держится на вилке» (вилочный тест);
– загущение жидкости до состояния «окучивает вилку, но быстро стекает» (вилочный тест);

– вода;
– хлеб.

✓ **объёма** тестового материала:
– 2 x 5 мл (5мл = 1 ч. ложка);
– 2 x 10 мл (10 мл = 1 неполная ст. ложка);
– 100 мл (полстакана);
– 50 г хлеба.

По результатам диагностики логопед даёт рекомендации с указанием:

1. возможности кормления – через рот / ничего через рот;

2. консистенции твёрдой пищи;

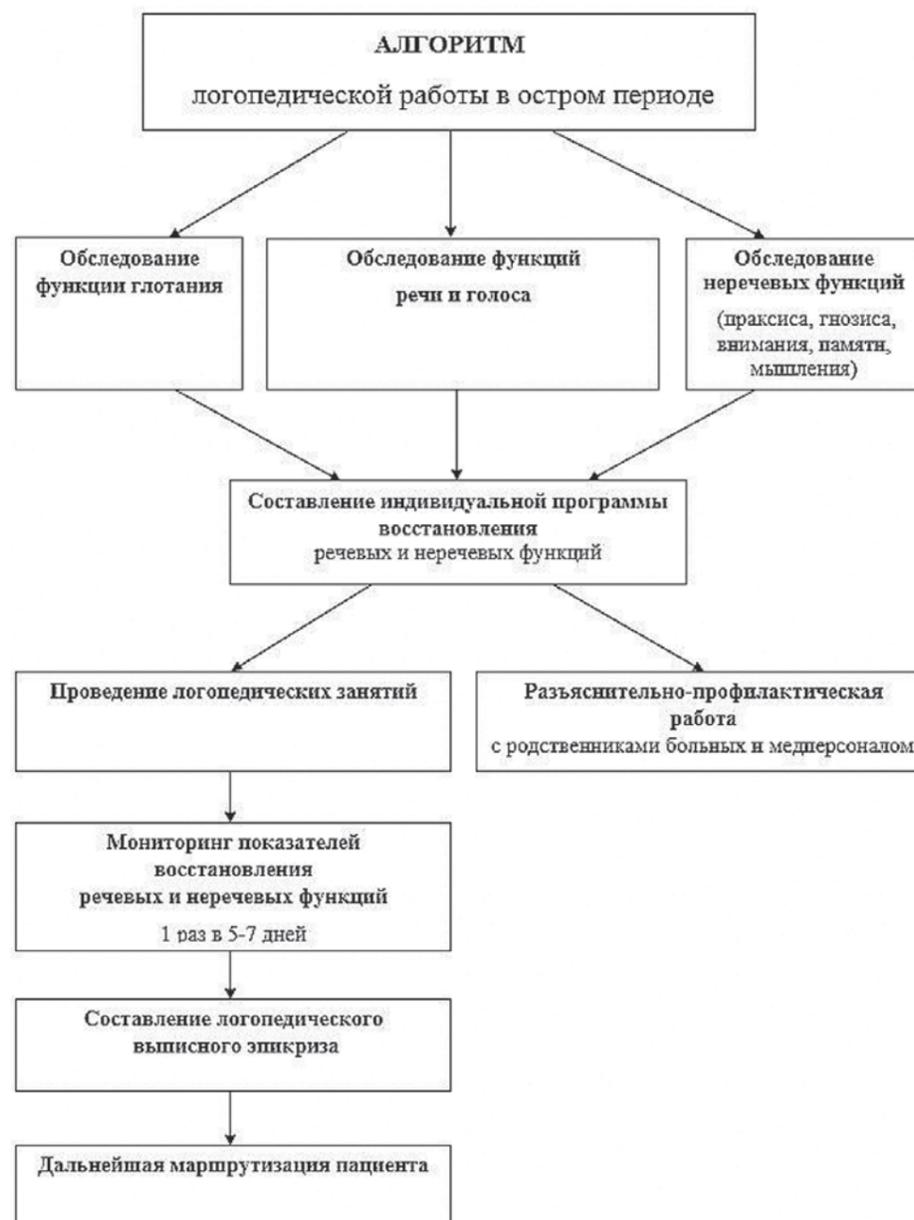
3. степени загущения жидкости;

4. способа приёма медикаментов (в перетёртом виде с пищей/в составе инфузионной смеси);

5. регулярности санации полости рта.
У кровати больного логопед вывешивает информационный лист с указанием данных рекомендаций.

Более подробная диагностика описана в документе «Диагностика и лечение дисфагии при заболеваниях центральной нервной системы. Клинические рекомендации» (Балашова, Белкин, Зуева и др., 2013).

Основные направления логопедической работы в остром периоде



Следующим исследованием логопеда является **диагностика состояния речевых функций**. К сожалению, в остром периоде не всегда бывает возможным провести комплексное логопедическое обследование из-за тяжести состояния или повышенной истощаемости больного. В этом случае логопед применяет блиц-обследование для выявления дизартрии и афазии, которое позволяет оценить:

- строение артикуляционного аппарата;
- состояние мышц челюстно-лицевого аппарата;
- объём артикуляционных движений;
- особенности голосообразования и дыхания;
- состояние произносительной стороны речи (звукопроизношения, темпа, ритма, просодики);
- понимание обращённой речи;
- уровень состояния устной речи, чтения, письма.

У больных с речевыми нарушениями вследствие поражения правого полушария, рекомендуется больше внимания уделять оценке неречевых высших психических функций, таких как ориентация во времени и месте, внимание, краткосрочная память, зрительно-пространственное восприятие, а также связность, уместность и прагматика их высказываний/нарративов/пересказов.

В момент обследования пациент должен быть в ясном сознании с уровнем бодрствования достаточным для выполнения инструкций и с отсутствием выраженных психических расстройств. В таблице 1 приводится перечень рекомендуемых для обследования заданий в остром периоде. Логопед выбирает пробы с учётом данных первичного контакта с пациентом и собственного клинического опыта.

Рекомендуется вводить балльную оценку выполнения заданий пациентом (Davis, 2014; Duffy, Fosset, & Thomas, 2011; Vogel, Maruff, Morgan, 2010):

- объективно оценить нельзя (по тяжести состояния) – 0 баллов;
- не выполняет – 1 балл;
- выполняет с помощью – 2 балла;
- выполняет самостоятельно – 3 балла.

Применение оценочной (балльной) системы не только качественных, но и количественных показателей состояния когнитивных функций, в том числе и речи, позволяет более точно определить степень выраженности нарушения и динамику обратного развития дефекта. В бланках протоколов необходимо фиксировать особенности выполнения заданий. При последующих занятиях повторение заданий, проведённых при первом обследовании, поможет отследить динамику восстановления речи. Рекомендуется проводить повторные обследования 1 раз в 5-7 дней.

Диагностика в зависимости от состояния больного может занимать от 10 до 40 минут (см. Приложение 1). По результатам диагностики логопед определяет форму речевых расстройств у пациента (афазия, речевое неафатическое нарушение вследствие поражения правого полушария, дизартрия, артикуляционная апраксия и др.), степень их выраженности (лёгкая, средняя, грубая) и ведущий дефект; оценивает особенности протекания нейродинамических процессов; соотносит выявленные речевые расстройства с нарушениями других высших психических функций (Лурия, 2002).

Во время диагностики логопед должен взаимодействовать с другими специалистами мультидисциплинарной бригады.

Стоит отдельно отметить, что в остром периоде не всегда возможно точно определить форму афазии. Это обусловлено тяжестью состояния и высокой истощаемостью больного, что усложняет сопоставление различных симптомов между собой. Поэтому в начале заболевания чаще диагностируются сочетанные формы афазии.

При необходимости и возможности проведения более углублённого речевого обследования можно использовать «Методику оценки речи при афазии» (Цветкова, Ахутина, Пылаева, 1981), в которой представлены задания для оценки разных аспектов импрессивной и экспрессивной речи. Внутри отдельных разделов теста задания варьируются от простых проб до сложных, что облегчает быстрый подбор заданий соответствующего уровня (см. Приложение 3). Также ниже приводится перечень языковых заданий, которые можно провести с больным для дальнейшего уточнения особенностей речевой сферы (Chapey, 2008; Spreen & Risser, 2003; Whitworth, Webster, Howard, 2014). Перечислены пробы для оценки четырёх модальностей (понимание и порождение устной и письменной речи) с пробами для оценки разных языковых уровней – фонетического, лексического, морфологического, семантического, синтаксического, дискурсивного.

Импрессивная речь (понимание речи):
● дифференциация звучащих фонем (дифференциация пар звуков типа «па-ба», звуки варьируются по фонетическим

Таблица 1
Речевые пробы, рекомендуемые для диагностики в остром периоде

Вид речевой деятельности	Задания	
	Лёгкие пробы	Сложные пробы
Понимание	Выполнение устных инструкций	
	«Закройте глаза» «Покажите язык» «Улыбнитесь»	«Указательным пальцем левой руки дотроньтесь до правой брови»
	Ответы на вопросы да/нет	
	«Вас зовут Михаил?»	«Траву косят топором?»
Называние	Называние высокочастотных реальных предметов (чашка, тарелка), частей тела (рука, глаз)	Называние низкочастотных предметов по картинкам (крокодил, палитра) Подбор слова к определению («как называется чувство тоски по прошлому»)
Повторение	Повторение отдельных слогов и простых слов («па», «мама», «кот»)	Повторение развёрнутых предложений («За высоким забором росли развесистые яблони»)
Спонтанная речь	Счёт от 1 до 10, перечисление дней недели Описание простой сюжетной картинки	Развёрнутый диалог Описание своих должностных обязанностей на работе
Чтение	Чтение отдельных простых упрощённых слов («дом») и коротких предложений («закройте глаза»)	Чтение абзаца с последующим ответом на вопросы по содержанию и пониманию прочитанного
Письмо*	Написание собственных ФИО, простых слов под диктовку («река»)	Написание письменных ответов на вопросы

(*Письменные пробы стоит проводить, независимо от того может ли больной пользоваться своей ведущей рукой. Во избежание негативных реакций следует объяснить пациенту необходимость вовлечения в деятельность неведущей руки в целях стимуляции работы сохранного полушария мозга.)

признакам (с разной фонематической дистанцией)

- понимание деривационной и словоизменительной морфологии на слух (приставок, суффиксов и флексий)
- лексическое решение на слух (на слух предъявляются слова и псевдослова, которые необходимо отличать друг от друга, при этом образность и частотность слов, а также сходство псевдослов с реальными словами варьируется)
- понимание смысла услышанных слов – существительных и глаголов (соотнесение слов, предъявляемых на слух, с картинками, среди которых один целевой рисунок и три дистрактора: фонетический, семантический, несвязанный)
- понимание различных синтаксических конструкций на слух (соотнесение синтаксических конструкций, предъявляемых на слух, с картинками)
- понимание звучащего дискурса (понимание основной линии нарратива и оценочно-прагматического компонента – ответы на да/нет и открытые вопросы по прослушанному нарративу).

Экспрессивная речь (порождение речи):

- повторение фонем и слогов (повторение гласных отдельно и согласных в слогах, варьирующихся по фонетическим принципам)
- повторение слов и псевдослов (повторение слов простых и сложных в произносительном и морфологическом плане)
- порождение деривационной и словоизменительной морфологии (приставок, суффиксов и флексий)
- устное порождение слов (называние предметов и действий по картинкам)
- составление и заканчивание предложений (порождение предложений по картинкам и с использованием заданных слов)
- актуализация квазиспонтанного (пересказ) и спонтанного дискурса (составление рассказа по серии сюжетных картинок – в рассказе оцениваются: беглость, связность текста, содержательность)
- автоматизированная и дезавтоматизированная речь (называние цифрового ряда в прямом и обратном порядке, дней недели; завершение автоматизированных рядов – пословицы)
- задание на оценку моторного компонента речи, в первую очередь артикуляционной апраксии (неоднократное повторение сложных в произносительном плане слов).

Чтение:

- узнавание букв (называние написанных букв)
- понимание смысла написанных слов – существительных и глаголов (соотнесение написанного слова с картинкой)
- понимание написанных предложений, содержащих различные синтаксические конструкции (соотнесение написанного предложения с картинкой)
- понимание написанного текста (ответы на вопросы по тексту)
- чтение вслух букв, слогов, псевдослов, слов, предложений, текста.

Письмо:

- написание под диктовку и копирование букв и слогов

- написание слов под диктовку
 - письменное порождение слов (по рисунку, описанию, вербальным ассоциациям)
 - письменное составление и заканчивание предложений с различными синтаксическими конструкциями
 - актуализация квазиспонтанного и спонтанного письменного дискурса (составление рассказа по картинке)
 - написание автоматизированных рядов (собственные Ф.И.О., адрес, алфавит, цифры).
- По окончании обследования специалист выводит логопедическое заключение с учётом неврологических и когнитивных факторов (см. «Бланк консультации логопеда» в Приложении 4), на основании которого, во взаимодействии с другими специалистами отделения, составляются индивидуальные программы медико-педагогической реабилитации с учётом личностных особенностей больного и его жизненной ситуации (Prigatano, 1999; Wilson, 2008; Worall, Sheratt, Rogesrs, Howe, Hersh, Ferguson, Davidson, 2011).

Реабилитация

Логопедическая помощь в остром периоде оказывается в соответствии с приоритетами оказания специализированной помощи населению и показана *всем пациентам, у которых отмечаются расстройства речи, голоса и глотания*.

Восстановление речевых нарушений проводится в комплексе с лечением основного заболевания, послужившим причиной их развития. Лечебно-реабилитационные мероприятия проводятся мультидисциплинарно и включают в себя: медикаментозную поддержку, лечебную гимнастику, массаж, логопедические занятия, нейропсихологическую коррекцию, консультацию психиатра, психотерапевтическую помощь. Максимальная эффективность восстановления достигается при раннем начале реабилитации, в том числе логопедических занятий (Шкловский, 2003).

На начальном этапе восстановительной работы логопед:

- *проводит занятия с больными в соответствии с намеченными программами в палате/логопедическом кабинете с учётом принципа индивидуального подхода*
 - *на занятиях применяет различные методы и приёмы восстановительной работы:* выбор методических средств направлен на активизацию компенсаторных механизмов психической деятельности больного, предупреждение вторичных наслоений в его познавательной сфере, поведении и личностных ориентирах
 - *обсуждает с другими специалистами стратегию и тактику ведения пациента.*
- При этом важно создавать максимально стимулирующие условия для спонтанного восстановления речи, как в рамках непосредственно логопедических занятий, так и во время других реабилитационных мероприятий, которые проводятся с больными в остром периоде (Цветкова, 2004). В этом отношении логопед играет ведущую роль фасилитатора, объясняя другим специалистам, какие речевые нарушения имеются

у больного, в каком объёме он понимает обращённую речь, какие коммуникативные стратегии лучше всего подойдут для взаимодействия с этим больным и как стимулировать пациента к речевой коммуникации при разных видах деятельности (Камаева, Монро, Буракова и др., 2003).

- При работе с пациентами с дисфагией в остром периоде на логопеда, как специалиста по глотанию, возлагаются особые задачи:
- подбор консистенции жидкой и твёрдой пищи для обеспечения безопасности кормления
- выбор способа кормления пациента (создание условий, облегчающих приём пищи пациентом) и подбор разовой порции (5 x 10 x 20 мл)
- стимуляция чувствительности слизистых оболочек полости рта
- стимуляция и растормаживание акта глотания
- нормализация дыхательной и голосовой функций.

Восстановление такой важной витальной функции, как глотание, повышает вероятность положительных результатов восстановления в отношении состояния таких пациентов, снижает количество летальных исходов и уменьшает степень тяжести инвалидизации больных.

Специфика логопедической работы в остром периоде

Ведение пациентов с речевыми нарушениями в остром периоде имеет следующую специфику.

1. Независимо от конкретной формы речевого расстройства на начальном этапе работы ставится задача установления контакта с больным. Для этого используется метод беседы на различные близкие пациенту темы. Систематические клинические наблюдения (Holland & Fridriksson, 2001; Marshall, 1997) и слепые рандомизированные мультицентровые исследования (de Jong-Hagelstein, van de Sandt-Koenderman, Prins, Dippel, Koudstaal, & Visch-Brink, 2011) показывают, что работу с пациентами в остром периоде надо начинать с оказания психологической поддержки, информирования и обучения пациента и его родственников компенсаторным коммуникативным стратегиям. Это формирует понимание ситуации и облегчит коммуникацию между пациентом и окружающими его людьми.

2. Работа с больным должна быть строго дозирована в зависимости от особенностей общего состояния пациента и носить щадящий характер (Бурлакова (Шохор-Троцкая), 1972, 1991).

3. Логопедическая работа при афатических нарушениях в остром периоде включает в себя растормаживание речи через активизацию произвольных уровней речевой деятельности. На этой стадии наиболее эффективным оказывается использование автоматизированных речевых рядов, пение, оречевление эмоционально значимых ситуаций, «оживление» речевых стереотипов, хорошо усвоенных в прежней речевой практике (Ахутина, Пылаева, 1989; Шкловский, Визель, 2003).

4. В подострой стадии заболевания восстановительное обучение проводится с расчётом на всё более активное, сознательное вовлечение больного в реабилитационный процесс. Для этого применяются перестраивающие методики; их использование невозможно без перевода работы на произвольный, осознанный уровень. Это не подразумевает полного отказа от опоры на речевые автоматизмы, однако основной акцент делается на сознательное усвоение тех или иных приёмов компенсации дефекта. При этом реабилитационные мероприятия должны сосредотачиваться на восстановлении или коррекции индивидуальных локусов речевого дефицита (на фонетико-фонематическом, лексико-семантическом, синтаксическом или дискурсивно-прагматическом языковых уровнях), выявленных в ходе оценки речевого статуса пациента.

5. Подключение специфических «неречевых» видов деятельности (простейшего конструирования, срисовывания, манипуляций с предметами и т.д.) существенно дополняет и расширяет возможности логопедической работы.

6. Важно помнить, что целью речевой реабилитации является не успех реализации отдельных аспектов языка, а именно восстановление успешности целостной речевой коммуникации в повседневной жизни.

7. При наличии дизартрических нарушений в комплекс логопедических занятий должны быть включены артикуляционная гимнастика, массаж, дыхательные и голосовые упражнения, направленные на повышение функциональной активности мышц, участвующих в речевом акте.

(Продолжение следует.)

Под редакцией главного специалиста по медицинской психологии Минздрава России профессора Юрия ЗИНЧЕНКО.

Современные эндовидеохирургические технологии позволяют выполнить оперативные вмешательства практически на любом органе человеческого тела с высокой степенью клинической эффективности. В хирургии щитовидной железы сложилась неоднозначная ситуация – сама щитовидная железа расположена вне полостей человеческого тела, что существенно затрудняет эндоскопический оперативный доступ к зоне хирургического интереса, но эндовидеохирургическая технология позволяет сформировать в данной области искусственную полость и выполнить необходимые манипуляции (Ю.Александров и соавт., 2005; P.Touzopoulos и соавт., 2011).

Первую в мире эндовидеохирургическую операцию на щитовидной железе, в объёме правосторонней гемитиреоидэктомии, выполнил в 1997 г. C.S.G.Huscher. В ходе операции использовался прямой цервикальный (шейный) оперативный доступ с введением троакаров по передней поверхности шеи и созданием искусственной манипуляционной полости.

Дальнейшее развитие данного направления эндохирургии шло в двух направлениях – ряд авторов в ходе выполнения операций применял прямой цервикальный доступ, другие – внедрили в практику методику бокового цервикального доступа с переносом точек введения троакаров на боковую поверхность шеи.

Постепенное накопление опыта выполнения подобных операций выявило существенные недостатки – при применении цервикального доступа хирурги были вынуждены манипулировать при угле схождения инструментов либо менее 45°, либо – более 90° в условиях малого объёма операционной полости, что сказывалось на высокой частоте перехода к эндоскопическому на традиционный «открытый» оперативный доступ; повышение риска развития интраоперационных осложнений; неудовлетворительный косметический результат операции (точки доступа находились на видимой части шеи) и стало причиной практически повсеместного отказа от данного варианта операций.

Подобная ситуация стала толчком для разработки иного эндовидеохирургического подхода к щитовидной железе, в основе которого лежит возможность перемещения точек введения троакаров из области шеи в другие области человеческого тела (экстрацервикальный оперативный доступ), при сохранении минимальной инвазивности операции и её эффективности.

Впервые подобным доступом была выполнена эндовидеохирургическая гемитиреоидэктомия в 2000 г. японским хирургом Y.Ikeda. Автор устанавливал три троакара в подмышечной области на стороне расположения патологического очага в щитовидной железе, для доступа к железе формировал подкожно, субфасциально тоннель, направленный диагонально от аксиллярной зоны к передней поверхности шеи. Полученные результаты продемонстрировали целый ряд преимуществ подобной методики: высокая степень косметичности операции, так как послеоперационные рубцы оставались в зоне обычно прикрытой повседневной одеждой; оперативный доступ обеспечивал хорошую визуализацию анатомических образований,

что сводило к минимуму риск повреждения околощитовидных желёз и возвратного нерва; объём искусственной манипуляционной полости был достаточен для успешной и безопасной работы «длинными» эндоскопическими инструментами за счёт сформированного тоннеля. В то же время хирурги столкнулись с определёнными недостатками применения вышеописанного аксиллярного доступа – необходимость разделения большого объёма жировой клетчатки при формировании тоннеля приводило к повышению частоты образования сером в области послеоперационной раны; угол схождения эндоскопических инструментов обычно был меньше

(Y.Usui и соавт., 2006; Y.Cho и соавт., 2007).

Необходимо заметить, что первый из разработанных и внедрённых в клиническую практику экстрацервикальных оперативных доступов к щитовидной железе – изолированный аксиллярный доступ – не получил широкого практического применения, причиной чему стал «конфликт инструментов», появление которого отмечалось в большинстве проводимых операций. В то же время данный оперативный доступ, по мнению ряда хирургов, также позволяет безопасно и эффективно проводить операции на щитовидной железе. Хирургами из медицинского центра Атланты (США) было выполнено

инсуффляцией углекислого газа является вопрос о допустимом уровне давления газа в искусственно формируемой полости. На этапе первичной разработки данных операций применялось высокое давление газовой смеси, вплоть до 25-42 мм рт.ст. Такой уровень давления газа становился причиной неконтрольного распространения газовой смеси по клетчаточным пространствам шеи и средостения (D.Linos и соавт., 2012).

Накопленный опыт позволил перейти к выполнению операций с давлением газовой смеси на уровне 5-8 мм рт.ст., что вполне удовлетворительно обеспечивало необходимый объём манипуляционной полости, но не

расположения патологического очага в щитовидной железе, в подключичной области. Манипуляционная полость создаётся путём лифтинга кожи передней поверхности шеи при помощи спицевого ретрактора.

Явными преимуществами подобных «безгазовых» подходов к выполнению эндовидеохирургических вмешательств на щитовидной железе являются: уменьшение технических сложностей на этапе создания оперативной полости, уменьшение среднего времени выполнения операции, отсутствие неконтрольного распространения углекислого газа по клетчаточным пространствам шеи и грудной клетки. Среди вы-

В клиниках и лабораториях

Трудный путь к эффективности и безопасности

Возможность применения эндовидеохирургических технологий при операциях на щитовидной железе – поиск оптимального решения

45°, что вызывало «конфликт инструментов»; необходимость дополнительных манипуляций при формировании тоннеля привело к увеличению продолжительности операций по сравнению с традиционными вмешательствами в среднем в 3,5 раза; были отмечены технические затруднения при необходимости расширения объёма операции до субтотальной резекции щитовидной железы или тиреоидэктомии.

Полученный положительный опыт не остановил дальнейшие попытки улучшения результатов путём разработки или модификации экстрацервикальных оперативных доступов к щитовидной железе, в частности были предложены аксиллярно-маммарный, пекторальный, трансоральный оперативные доступы (W.Ng и соавт., 2009; G.Parasragou и соавт., 2011; J.Lu и соавт., 2012).

Российскими хирургами был внесён значительный вклад в исследование возможностей выполнения эндовидеохирургических операций на щитовидной железе посредством экстрацервикальных оперативных доступов. В Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова был проведён целый ряд работ по экспериментальному обоснованию эндовидеохирургических оперативных вмешательств на щитовидной железе из отдалённых доступов (И.Хатьков и соавт., 2009), сравнительные исследования различных экстрацервикальных оперативных доступов (С.Емельянов и соавт., 2013). В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова были исследованы возможности и оперативная техника операций на щитовидной железе посредством эндовидеохирургического трансорального оперативного доступа (А.Шулутко и соавт., 2014).

Модифицировалась и сама оперативная техника подобных эндовидеохирургических вмешательств – для создания оптимальных параметров манипуляционной полости предлагалось как инсуффлировать углекислый газ, так и применять специальные лифтинговые системы и подъёмники («безгазовая» методика)

позволяло использовать газовую смесь для неконтрольной пневмомодиссекции. В противоположность эндоскопическим операциям с инсуффляцией газа хирургами применяется «безгазовая» методика, при которой создание манипуляционной полости осуществляется за счёт механической тракции тканей специальными устройствами. В своей работе S.Kang и соавторы делятся опытом 581 эндовидеохирургической операции из аксиллярного «безгазового» доступа. Авторы через разрез до 6 см в длину в подмышечной области вводили оптическую систему, инструменты и «подъёмник». Операции, объёмом от гемитиреоидэктомии до тотальной тиреоидэктомии, были выполнены у 171 пациента при доброкачественных узлах щитовидной железы и у 410 больных – при микрокарциномах щитовидной железы. В ходе выполнения операций авторы зафиксировали 4 случая интраоперационных осложнений, которые были связаны со сложностью оперативной техники и были представлены ранениями трахеи и пищевода. В 3,3% случаев в послеоперационном периоде были зарегистрированы явления транзитного гипопаратиреоза, в 2,2% случаев – временный парез гортани, в 0,3% случаев – стойкий парез гортани. Опыт авторов свидетельствует о достаточно высокой степени эффективности и безопасности избранной методики эндовидеохирургических операций на щитовидной железе.

Другим вариантом «безгазового» эндоскопического доступа является аксиллярно-маммарный подход (Y.Koh и соавт. 2009; V.Lang и соавт., 2013). Данный вид доступа наиболее часто применяется эндокринными хирургами для удаления узловых образований щитовидной железы, достигающих в диаметре 4 см и более (H.Hong и соавт., 2011; W.Kim и соавт., 2011). Достаточно широко для операций на щитовидной железе используется и грудной «безгазовый» доступ (K.Shimizu и соавт., 2002; X.Huang и соавт., 2011). В данном случае разрез для введения инструментов осуществляют на стороне

позволяло использовать газовую смесь для неконтрольной пневмомодиссекции.

Достаточно широко для операций на щитовидной железе используется и грудной «безгазовый» доступ (K.Shimizu и соавт., 2002; X.Huang и соавт., 2011). В данном случае разрез для введения инструментов осуществляют на стороне

явленных недостатков выделяют: определённые трудности манипулирования инструментами «на весу», более высокий уровень травматичности за счёт введения ретрактора-подъёмника и большей длины кожного разреза и, соответственно, ухудшение косметического результата.

Исследованный в эксперименте трансоральный эндовидеохирургический оперативный доступ для операций на щитовидной железе предполагал два варианта применения, отличающихся точками введения троакаров. Ряд авторов предлагает для выполнения операций вводить все три троакара в области преддверия полости рта, другие – переносить точку введения одного из троакаров в подъязычную область.

Клинический опыт применения данного оперативного доступа не выходит за рамки пилотных исследований и свидетельствует о высокой сложности оперативной техники, неоправданном увеличении продолжительности операций и высокой частоте осложнений (T.Wilhelm и соавт., 2011).

Общие тенденции развития эндохирургии, в частности стремление к снижению уровня травматичности оперативного доступа путём выполнения операций из меньшего числа разрезов, привели к появлению такой разновидности экстрацервикального оперативного доступа к щитовидной железе, как единый эндовидеохирургический доступ.

С данной целью используются единые доступы в подключичной области, параареолярной и заушной области. Клинический опыт свидетельствует об эффективности данного подхода и уменьшении травматичности операции при увеличении времени выполнения оперативного пособия. Результаты с точки зрения частоты развития осложнений также остаются неоднозначными.

Следует отметить, что большинство вышеописанных эндохирургических подходов к щитовидной железе характеризуются техническими трудностями при необходимости выполнения тотальной тиреоидэктомии. Причиной данного явления является асимметричность большинства применяемых экстрацервикаль-

ных эндохирургических оперативных доступов, что не позволяет с высокой степенью безопасности и эффективности манипулировать на противоположной от стороны доступа доле щитовидной железы.

В 2003 г. группа исследователей, под руководством K.Shimazu предложила и применила на практике подмышечно-двухсторонний грудной доступ для выполнения двухсторонних операций на щитовидной железе. Данный доступ получил широкую известность в среде эндокринных хирургов под названием «АВВА» (axillo-bilateral-breast approach). Операция выполнялась через три троакара, которые устанавливались веерообразно в одной из подмышечных областей и в обеих параареолярных зонах; формирование манипуляционной полости и сама операция проводились с иссуфляцией углекислого газа с давлением до 6 мм рт.ст. Данный доступ вполне успешно применяется в ряде международных медицинских центрах; сообщается об успешном выполнении тиреоидэктомии при размерах узловых образований, достигающих 10-11 см.

Ещё одним относительно широко применяемым экстрацервикальным эндовидеохирургическим оперативным доступом для тотальной тиреоидэктомии является двухсторонний подмышечно-двухсторонний грудной доступ – «BABA» (bilateral axillo-breast approach). При данном доступе операция выполняется через 4 троакара – по одному троакару устанавливается в обеих подмышечных и в обеих параареолярных областях (Y.Chung и соавт., 2007).

Опыт клинического применения данного доступа продемонстрировал возможность выполнения тотальной тиреоидэктомии как по поводу доброкачественных, так и по поводу злокачественных узловых образований щитовидной железы. В Национальном университете Сеула, под руководством профессора J.Choi, было выполнено 512 операций по методике «BABA», при этом – в 397 случаях по поводу злокачественных новообразований щитовидной железы. Результаты продемонстрировали умеренную продолжительность операции – в среднем около 150 минут; всего в 0,6% случаев потребовался переход к открытому оперативному доступу; стойкий гипопаратиреоз в послеоперационном периоде был отмечен у 4,2% больных; стойкий парез голосовых связок – у 1,7% больных; частота рецидивирования злокачественных новообразований не превысила 1,6%.

Учитывая необходимость создания протяжённых тоннелей для достижения щитовидной железы из экстрацервикальных точек эндовидеохирургического оперативного доступа, некоторыми исследователями уровень травматичности и степень выраженности послеоперационного болевого синдрома после подобных вмешательств ставится под сомнение. Систематические исследования данного аспекта выполнения эндовидеохирургических операций на щитовидной железе в настоящее время отсутствуют. Интерес представляют собой результаты исследования, проведённого Z.Jiang и соавторами в 2011 г., которые изучили интенсивность послеоперационного болевого синдрома после операций на щитовидной железе, выполненных посредством эндовидеохирургического грудного экстрацервикального доступа и традиционного открытого оперативного доступа. Значимо

меньшая интенсивность болевого синдрома была отмечена после эндовидеохирургических операций через 0,5 и 1 суток.

Изучение объективных маркеров уровня травматичности операций и интенсивности послеоперационной боли (уровень интерлейкина-6 и С-реактивного белка) показало, что после выполнения эндовидеохирургических операций посредством грудного экстрацервикального доступа через 12 часов от момента выполнения вмешательства отмечалась статистически значимая разница в уровне маркеров в крови в пользу эндовидеохирургического подхода.

Также имеются вопросы и к продолжительности выполнения эндовидеохирургических операций на щитовидной железе. В литературе указывается, что средняя длительность выполнения операций посредством эндовидеохирургических экстрацервикальных оперативных доступов превышает таковую при стандартных операциях примерно в 1,5-2,1 раза. С другой стороны, рядом специалистов указывается на то, что такое увеличение продолжительности выполнения операций с учётом современных достижений анестезиологии не сказывается на уровне анестезиологической травмы, а приобретение практического опыта выполнения эндовидеохирургических операций на щитовидной железе позволяет добиться значительного снижения их продолжительности, примерно в 1,5 раза.

Ещё одним витком развития эндохирургии, который наблюдается и в тиреоидной хирургии, является внедрение роботических технологий. Опыт их применения основан на выполнении операций с помощью хирургической роботической системы Da Vinci посредством «безгазовой» методики через оперативные доступы, включающие обязательный разрез в подмышечной области. Основными преимуществами данной роботической технологии выполнения эндовидеохирургических операций на щитовидной железе считают: улучшение условий визуализации операционного поля, в том числе возвратного нерва и околотитовидных желёз на стороне, противоположной стороне доступа; улучшение результатов при операциях по поводу рака щитовидной железы, в плане создания оптимальных условий для осуществления расширенной лимфодиссекции. Основным недостатком считают значительное увеличение медико-экономических затрат на проведение роботизированных операций (в 8 раз и более). С точки зрения частоты развития осложнений и характеристик течения послеоперационного периода, данная технология не продемонстрировала значимых отличий по данным ряда исследований.

В заключении, хотелось бы отметить, что хирургия щитовидной железы с применением эндовидеохирургических технологий выполнения операций является в настоящее время активно развивающейся областью медицины. С другой стороны, ряд вопросов применения данной технологии продолжает требовать изучения и поиска оптимального решения.

Дмитрий БОГДАНОВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Игорь КУРГАНОВ,
кандидат медицинских наук,
доцент.

**Кафедра эндоскопической хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова.**

Итоги и прогнозы

Науки юношей питают...



В Ставропольском государственном медицинском университете подвели итоги научной деятельности за 2017 г.

По результатам мониторинга эффективности российских вузов, который был проведён Министерством образования и науки РФ в конце 2017 г., СтГМУ по всем основным показателям превысил пороговые значения, а по некоторым из них продемонстрировал значительный рост.

Мониторинговые исследования показали высокое качество работы преподавательского состава университета, проведение результативной научно-исследовательской деятельности, широкое использование инновационных средств обучения, контроля знаний студентов и многое другое.

Мониторинговые исследования показали высокое качество работы преподавательского состава университета, проведение результативной научно-исследовательской деятельности, широкое использование инновационных средств обучения, контроля знаний студентов и многое другое. Говоря об итогах научной деятельности университета в 2017 г., необходимо отметить, что вуз завершил первый этап в реализации совместного международного проекта научных коллективов СтГМУ и учёных из Индии по поиску новых методов реабилитации больных с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа. Результатом такого сотрудничества стали разработки новых фитотерапевтических комплексов, защищённых патентами на изобретения: «Шипучий фитоминеральный комплекс с антидиабетическим действием» и «Ректальные суппозитории

антидиабетического действия». Отработаны технологии получения экстрактов из растений, произрастающих на территории Северного Кавказа, а также в Индии, получены клинические данные об эффективности их совместного использования с бальнеологическими факторами региона Кавказских Минеральных Вод. Результаты сотрудничества учёных СтГМУ и Индии открывают новые горизонты для налаживания совместного производства новых биологически активных препаратов, которые можно будет использовать как в условиях санаторно-курортных учреждений региона, так и в специализированных клиниках Индии.

Важным итогом работы университета можно считать завершение в 2017 г. выполнения трёхлетнего этапа государственного задания Министерства здравоохранения РФ на научные исследования и разработки. Коллективом кафедры факультетской терапии и центра студенческого здоровья апробирован, внедрён и предложен на федеральный уровень инновационный подход к проведению диспансеризации студенческой молодёжи. Многолетнее наблюдение за состоянием здоровья студентов позволило предложить новые методики выявления факторов риска сердечно-сосудистой патологии, выявления предикторов развития патологии сосудов и деятельно-

сти сердца до того, как появятся первые признаки надвигающегося неблагополучия. Диагностический комплекс даёт возможность не только для ранней диагностики, но позволяет наметить лечебные и реабилитационные мероприятия для молодёжи, позволяющие существенно снизить вероятность развития клинически значимых нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы.

Ещё одним положительным итогом 2017 г. можно считать завершение предварительных исследований в области регенеративной медицины. Коллективы кафедры стоматологии, челюстно-лицевой хирургии и патологической физиологии, совместно с учёными из Германии, Великобритании и Индии провели экспериментальные исследования по моделированию дефектов костей челюстно-лицевой области у баранов с использованием тканеинженерных конструкций со стволовыми клетками. Полученные результаты легли в основу полученного в Германии патента, а также озвучены коллегами в 2017 г. на 95-й Генеральной сессии всемирной ассоциации стоматологов в Сан-Франциско. По результатам этой работы были заключены новые контракты на научные исследования с коллективами ряда стран Европы, Австралии, которые будут профинансированы Министерством здравоохранения РФ в рамках выполнения государственного задания на научные исследования и разработки на период 2018-2020 гг.

В 2017 г. в СтГМУ начата исследовательская работа в рамках Гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских учёных. Грант получен молодыми учёными кафедры детской хирургии на разработку новых способов оценки боли у новорождённых с хирургической патологией брюшной полости.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Акценты

Катетер идёт впереди

Лучше один раз прижечь, чем сто раз дать таблетку

Российские учёные приняли участие в международном многоцентровом рандомизированном исследовании, которое посвящено выбору оптимального подхода в лечении пациентов с фибрилляцией предсердий (ФП) и сердечной недостаточностью. Результаты научного проекта показали очевидные преимущества малоинвазивного хирургического лечения фибрилляции предсердий (а именно радиочастотной катетерной абляции) в сравнении с медикаментозной терапией. Речь идёт о наиболее тяжёлой категории больных – с низкой фракцией выброса (менее 35%).

Специалисты новосибирского Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина совместно с коллегами из США, Германии, Ни-

дерландов и Венгрии более 3 лет наблюдали за состоянием 363 пациентов с ФП, половине из которых было выполнено интервенционное вмешательство, а половина получала лекарственную терапию.

Как пояснили в НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина, перед исследователями стояла задача оценить, насколько тот и другой подходы к лечению продлевают жизнь больному и уменьшают количество госпитализаций, связанных с ухудшением его состояния. В группе пациентов, которым выполняли радиочастотную катетерную абляцию, смертность и количество госпитализаций по поводу сердечной недостаточности были значительно ниже, чем в той группе, где лечение ограничивалось медикаментозной поддержкой. Кроме того, у пациентов, перенёвших интервенционное лечение нарушения ритма сердца, увеличилась

фракция выброса, сократилось количество рецидивов аритмии.

– До настоящей поры в медицинской среде не было однозначного понимания, что катетерная абляция более эффективна в отношении тяжёлой категории пациентов, чем медикаментозная терапия. Полученные нами результаты, однозначно изменяют подход к лечению пациентов с фибрилляцией предсердий и сердечной недостаточностью, они войдут в клинические рекомендации и тем самым закрепят преимущество радиочастотной катетерной абляции перед консервативным лечением, – говорит ведущий научный сотрудник центра интервенционной кардиологии НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина доктор медицинских наук Александр Романов.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Традиции – в целом явление благое, потому что они призваны сохранять и передавать из поколения в поколение главные ценности человеческого общества. Однако в нашей стране в последние десятилетия всё больше приживаются традиции иного порядка – деструктивные по форме и аморальные по сути. Примеров этому, к сожалению, немало. Современные попытки провести «реформы» образования, здравоохранения и науки, также пока несут за собой больше потерь, чем приобретений.

Почему возникла необходимость в создании Федерального агентства научных организаций? Потому что наша некогда самая богатая в мире страна внезапно обеднела настолько, что не может позволить себе финансировать научную отрасль по потребности. Ввели режим экономии, а соблюдать его поручили вновь организованному ФАНО.

Дальнейшая логика проста: денег меньше, значит, НИИ в академиях должно стать меньше. В идеале эту задачу должны были решать сами академии и академики. Если бы лет десять назад они дружно сели за стол переговоров, обсудили накопившиеся академические проблемы и нашли возможные варианты решений, которые затем согласовали с Правительством России, то не было бы необходимости создавать ФАНО. Только само научное сообщество и руководство трёх академий должны было подумать, как сократить количество институтов за счёт маломощных и бесперспективных, какие научные организации и по какому принципу объединить. Но – нет, отстранились, побоялись взаимных обид. В результате это

Авторитетное мнение

Реорганизация науки: как это происходит

В идеале задачу реформирования должны были решать сами академии и академики



сделали менеджеры со стороны, и сделали так, как сочли нужным.

Теперь о других нововведениях реформаторов российской науки. В первую очередь – о возрастном цензе для директоров институтов. Почему 65 лет, а не 70, скажем? Потому что это – возраст выхода на пенсию? Но ведь директор научно-медицинского института, академик, профессор – это не пилот самолёта, не рабочий у

станка, не хирург. Учёные – особая категория людей, результаты их труда вообще никак не коррелируют с возрастом, потому что это труд исключительно умственный.

Удивляет и возмущает тот факт, что введение возрастного ценза с самими академиками-директорами решили не обсуждать. Их просто выставили за дверь, даже не сказав «спасибо» за годы служения медицинской науке и Отечеству и запретив принимать участие в выборах на должность руководителя научной организации, представлять свою программу развития института.

В Отделении медицинских наук РАН всё происходило именно так: ни мне, как бывшему директору НИИ клинической иммунологии, ни моим коллегам, руководившим другими институтами, «эффективные менеджеры» из ФАНО не то что руку на прощание не пожали, но даже не сочли нужным позвонить и интеллигентно объяснить. О том, что с теми кто старше 65 трудовой контракт продлён не будет, нас уведомили сухими официальными письмами.

Теперь по поводу научной молодёжи. Конечно же, надо поддерживать молодых учёных, это несомненно. Но нынешняя грантовая политика, по моему мнению, нуждается в пересмотре. Выделяя миллиард рублей на гранты для молодых учёных, государство ставит научных работников в заведомо неравные финансовые условия, формирует основу для сложных отношений и даже конфликтов в коллективах. Учёный, будь он молодой или опытный, всегда работает в лаборатории, где кроме него есть другие сотрудники, и реализация любого проекта – это всегда работа командная.

Поэтому, на мой взгляд, правильным было бы выделение грантов лабораториям под конкретный многообещающий проект, а не персонам по возрастному признаку. Ну а если государство хочет именно таким способом привлечь молодёжь в науку, то почему бы не подумать и о старшем поколении российских интеллектуалов? Скажем, разработать систему грантов для учёных старше 60 лет, исследовательский потен-

циал которых – это подтверждает вся история мировой науки – с возрастом отнюдь не ослабевает, а совсем наоборот.

По большому счёту, какими бы ни были принципы распределения грантов, одноразовые «доплаты за учёность» проблему омоложения российской науки не решат. Зарплата молодых научных сотрудников должна быть стабильно высокой, только тогда выпускники университетов охотно пойдут в эту отрасль. В противном случае средний возраст российского учёного будет всё дальше и дальше уходить за отметку 50 лет.

Если по поводу объединения научных институтов медицинского и немедицинского профилей дискутировать уже поздно, то в отношении разного рода возрастных ограничений, с недавних пор установленных в российской науке, ещё можно и нужно спорить и говорить.

Владимир КОЗЛОВ,
научный руководитель Научно-исследовательского института фундаментальной и клинической иммунологии СО РАН,
академик РАН.

Новосибирск.

Проекты

Здоровые лёгкие нужны всем!

Укрепить их призвана специальная программа

По инициативе Российского респираторного общества и ряда фармкомпаний в Москве состоялся официальный запуск Федеральной социальной программы «Здоровые лёгкие», которая направлена на профилактику и борьбу с респираторными заболеваниями среди российских пациентов.

В нынешнем году планируется ввести в действие проект в различных городах России – от Санкт-Петербурга до Новосибирска.

Респираторные заболевания, в частности бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь лёгких, являются одними из наиболее распространённых хронических заболеваний среди населения планеты. По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время от астмы страдают около 235 млн человек; это самая распространённая хроническая болезнь среди детей.

Велика доля хронических респираторных заболеваний в общей статистике смертности: в 2015 г. от ХОБЛ умерли 3,2

млн – это почти 5% всех случаев смерти в мире за этот период.

По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. это заболевание может стать третьей причиной смертности среди населения в мире.

Цели программы таковы: актуализация проблемы низкого уровня диагностики бронхиальной астмы и ХОБЛ; привлечение внимания врачей и пациентов к необходимости достижения эффективного контроля над заболеванием при использовании адекватной лекарственной терапии; выявление пациентов с неконтролируемой бронхиальной астмой и ранняя диагностика ХОБЛ.

В рамках кампании около 15 тыс. пациентов получат возможность консультации пульмонолога и скрининговой спирометрии.

Для врачей будут организованы образовательные семинары о современных проблемах респираторной медицины, а для пациентов – школы по бронхиальной астме и ХОБЛ.

Работа и с населением, и с профессиональным сообществом крайне важна, поскольку, по мнению главного специа-

листа пульмонолога Минздрава России, заведующего кафедрой пульмонологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заместителя директора Научно-исследовательского института пульмонологии ФМБА России, доктора медицинских наук, профессора Сергея Авдеева, своевременная диагностика бронхиальной астмы и ХОБЛ и адекватное лечение пациентов на ранних стадиях дают возможность ограничить быстрое прогрессирование болезни.

Немаловажно и то, что таким образом можно также значительно сократить общие затраты на ведение одного пациента.

Планируется, что в 2018 г. в программе примут участие 10 городов, среди которых Екатеринбург, Казань, Нижний Новгород, Новосибирск, Омск, Ростов-на-Дону, Самара, Челябинск, Санкт-Петербург и Москва.

Елена ЛЬВОВА,
МИА Сито!

Москва.

Работают мастера

В качестве имплантата кубанские челюстно-лицевые хирурги использовали специальный лоскут из предплечья больного. Адаптация нового языка проходит благополучно.

Филигранный ответ

Восстановили язык, поражённый раком



Операцию проводит заведующий отделения челюстно-лицевой хирургии НИИ-ККБ № 1 Грант Забунян

В Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 им. С.В.Очаповского был госпитализирован 48-летний житель Брюховецкого района с раком языка. Опухоль захватила половину органа вместе с его корнем и лимфатическими узлами шеи. Больной с трудом говорил, не мог нормально питаться. Возможно ли вернуть такого пациента к полноценной жизни?

«Филигранный ответ» на этот вопрос дали челюстно-лицевые хирурги НИИ-ККБ № 1. После успешной резекции новообразования они сумели восстановить наполовину утраченный из-за болезни орган. Имплантатом для части языка по-

служил кожно-фасциальный лоскут, взятый из предплечья пациента. Операция заняла 8 часов.

Почти две недели сотрудники отделения выхаживали больного, тщательно следили за тем, как сосуды шеи питают лоскут, не образовались ли тромбы, старались создать наилучшие условия, чтобы имплантат быстро и легко прижился.

На днях мужчина из больницы выписался. Для адаптации нового языка потребуются время, поэтому пациент соблюдает специальную диету и старается побольше разговаривать.

Дмитрий АНДРЕЕВ.

Краснодарский край.

Сотрудники лаборатории в Гейдельберге использовали криоэлектронный микроскоп, за который буквально накануне вручили Нобелевскую премию, для исследования структуры комплекса фермент-ДНК.

Высокое разрешение 3,7-5,5 ангстрем (конечно же не атомное) позволило исследовать механизм взаимодействия ДНК и двух протеинов, включающих активность гена. Известно, что для синтеза РНК на ДНК последнюю нужно «размотать» (unwind), что обнажает промотер, запускающий моторику гена. После этого на него «садится» трёхсоставной белок транскрипционного фактора (тример), который необходим для запуска транскрипции-считывания гена, что проявляется в рекрутировании большого фермента РНК-полимеразы, состоявшего в данном случае из 17 протеинов (субъединиц). В Гейдельберге показали как работает этот сложный комплекс. В лондонском Институте раковых исследований многие детали были уточнены в силу большего разрешения (3,1-4 ангстрема),

Опыты

«Рука» робота тянется к клеткам-мишеням

что отражено в названии статьи: «Структурная основа транскрипционной инициации РНК-полимеразы».

В Северо-Западном университете в городе Эванстон (Иллинойс, США) создан метаматериал (так называют вещества, не существующие в природе) на основе ДНК-матрицы. При его создании наноинженеры применили классический метод травления (etching), более полвека используемый при производстве чипов. Матрица формируется путём самосборки ДНК, которую выбрали за её способность менять длину своих спиралей. Далее в ней «высверливали» отверстия различной формы и размера. Авторы пишут, что созданный ими

материал реагирует на стимулы (stimuli-responsive), в том числе и механические, меняющие длину, в результате чего цвет материала меняется от чёрного через красный к зелёному. Подобного рода оптически активные «решётки» – lattices – могут использоваться в качестве сенсоров для использования в медицине и экологическом мониторинге, искривления прямолинейных лучей света и создания «шапок-невидимок».

Учёным из двух мюнхенских университетов удалось создать роботизированную ДНК-«руку» помещённую на ДНК-платформу размером 55 x 55 нанометров (нм). Длина руки может меняться от 25 до 400 нм, и её движением – угловым смещением –

управляет электрофоретический мостик крестообразной формы. Контролируемое компьютером включение тока произвольно меняет направление «руки» с частотой 25 герц, и на своём конце она может перемещать на десятки нанометров светящиеся флюорофоры и неорганические наночастицы. Подобного рода ДНК-«рычаги», представляющие собой пучки из шести её двухцепочных спиралей, могут быть весьма полезными в процессах с использованием фотоники и плазмоники, а также для адресной доставки лекарств к клеткам-мишеням.

Известно, что при повышении температуры цепи ДНК расходятся,

что называется плавлением. Опыты с плавлением, проведённые в Мюнхене, показали, что расхождение цепей под действием различных сил, можно использовать для оценки усилия роботизированной «руки». Оно, как выяснилось, достигает пиконьютонов, что весьма неплохо для «руки», изготовленной из спиралей ДНК, а не металла или прочного пластика.

Статьи, темы которых вынесены на обложку журнала, называются «cover-stories». В январе 2018 г. журналы Nature и Science с разницей в один день вынесли на свои обложки изображения ДНК, ещё недавно считавшейся только веществом-субстанцией жизни.

Почему бы и нет?

Логистика клеток

Успехи геномики и биотехнологий позволяют сегодня довольно быстро и точно установить диагноз, после чего встаёт логистическая проблема доставки лекарства в нужное место и время. Необходимо избежать их общего или системного воздействия на печень и почки, костный и головной мозг.

В решении этой проблемы помогают сами... клетки, в которых имеется своя внутренняя «логистика» протеиновых микротрубочек из белка тубулина, по которым как по рельсам осуществляется внутриклеточный транспорт жизненно важных веществ. Вполне возможно, что именно микротрубочки клеток подали идею сотрудникам Аризонского университета, которые с коллегами из Центра нанонауки и технологии в Пекине создали свернутые в трубки нанороботы, используя ДНК-оригами. Последнее слово означает в японском языке бумагу, из которой можно складывать разные фигурки птиц и животных. Учёные создали из двухцепочных ДНК прямоугольные «листы» размером 60 x 90 нанометров, к которым прикрепили молекулы тромбина – протеин-фермента, вызывающего свёртывание крови. С двух концов ДНК-оригами учёные прикрепили короткие ДНК-«адреса» к нуклеолину, или белковому маркеру изменённых эндотелиальных клеток, выстилающих полость сосудов изнутри (маркёр появляется только в сосудах изменённых тканей).

В Пекине ДНК-роботов свернули в трубки, дабы защитить тромбин от переваривания ферментами крови. После внутривенного введения трубчатых роботов они соединились с нуклеолином на поверхности внутрисосудистых клеток, что также способствовало раскрытию «роботизированных» трубок и обнажению молекул тромбина с последующим локальным свертыванием крови и прекращению питания изменённых клеток. Доставка блокирующего кровоснабжение фермента была опробована на разных моделях новообразований у мышей. Результатом испытаний стало не только «свёртывание» процесса и более чем в два раза увеличение продолжительности жизни (survival) животных, но также и предупреждение метастазирования. Неудивительно, что сообщение «робототехников» поместило на своих страницах биотехнологическое приложение Nature.

Не менее важной проблемой является растущая резистентность микроорганизмов к антибиотикам. Над её решением в Национальной физической лаборатории и Лондонском университете работает М.Ряднов. Еще 3 года назад им были предложены пептиды – «осколки» белковых молекул, – которые могут определенным образом складываться, становясь токсичными для микробных клеток. Сами по себе пептидные молекулы неактивны, но они образуют нитчатые мицеллы, которые связываются с микробными оболочками (мембранами), оказывая пагубное воз-

действие на патогенные кишечные и синегнойные палочки, и золотистый стафилококк, являющиеся частой причиной внутрибольничных инфекций. Естественным продолжением этого подхода стало «конструирование» из пептидов синтетических вирионов диаметром 20 нанометров, или вирусоподобных полых наносфер, «липнущих» к бактериальным мембранам и пробивающих в них самые настоящие «дырки», имеющих свойство расширяться.

На дырки-поры обратили внимание и сотрудники Стокгольмского университета, использовавшие одноцепочные ДНК и золотые наночастицы для получения нанопроволок. Нанесение раствора с ДНК на пористую поверхность и последующее высушивание приводит к тому, что ее цепи «забираются» в поры, замыкая тем самым обе поверхности мембраны. Последующее нанесение золотых наночастиц делает цепи ДНК электропроводными с сопротивлением менее 20 Ом, в результате чего мембраны с наносенсорами («заякоренными») на них маркерами различных состояний становятся сверхчувствительными биодетекторами. Опыты показали, что мембраны с золочеными ДНК-нанопроволоками улавливают концентрацию веществ менее 50 фемтомолей, что как минимум в 100 раз больше, нежели все известные диагностические системы. Преимуществом шведского предложения является простота электрического считывания результатов исследования. На сообщение о новой «шведской спичке» откликнулось наноинженерное приложение Nature.

Исследования

Дети уже в 7-месячном возрасте не только реагируют на прикосновение к ножке или ручке, но и видят, как это делают с другими. Журнал Developmental Science привёл данные исследования мозга 14 младенцев, проведённого сотрудниками Университета штата Вашингтон с помощью магнитоэнцефалографии. Наиболее сильно реагировала на прикосновения соматосенсорная кора левого полушария. Одна из статей была посвящена воздействию детского насилия (сексуального в том числе) и заброшенности (neglect) в возрасте от 0 до 17 лет.

Спектр отклонений

Специалисты Университета штата Юта проследили развитие своих «подопечных» на протяжении более 30 лет, показав, что наибольшее влияние оказывает насилие в раннем возрасте, что может быть связано с эпигенезом или химической модификацией ДНК путём присоединения к ней метильных групп –СН₃. Последовательность «букв» ген-кода при этом не меняется, однако искажается активность генов развития.

Изменение эпигенеза наблюдается и у детей с аутизмом (или расстройством аутистического спектра – РАС). К РАС отнесены дислексия, при которой люди «путают» последовательность слогов, а также умственная отсталость у детей с хрупкой (fragile) женской половой хромосомой X (такая мутация гена встречается у 1 из 250 женщин).

Аутизм возникает вследствие нарушения нейrogenеза. По данным журнала PNAS, нейро-радиологи, исследовавшие с помощью магниторезонансной томографии мозг 163 человек, выделили три нейросети, одна из которых, наиболее активная в лобной и теменной долях, «отвечает» за креативность

или творчество. Это позволило предсказать проявление творческих способностей. Считается, что только в США РАС страдает до 3,5 млн человек, то есть около 1% населения (такую же частоту проявления имеют и шизофрения). Помимо МРТ, в распоряжении учёных имеется и хромосомно-генный анализ, позволяющий выявлять «вставки» и «нехватки» последовательностей генов («индели» – inserts/deletions). Журнал Radiology поместил статью учёных Калифорнийского университета в Сан-Франциско с характерным названием «МРТ показала поразительные различия мозга людей с генетическим аутизмом». В качестве маркёров последнего приведены индели, выявленные в коротком плече и длинном плечах хромосом (16p и 21q соответственно). В исследовании приняли участие 79 носителей делеций в возрасте от одного до 48 лет и столько же с вставками-дупликациями в возрасте 1-63 года. В контрольную группу вошло 173 человек. На МРТ аутистов увидели истончение мозолистого тела и расширение боковых желудочков мозга.

Эксперименты

В огне митохондрий

В начале февраля 2018 г. Ньюкаслский университет (Великобритания) сообщил об ожидаемом рождении двух детей, получивших митохондрии от здоровой женщины. До этого специалисты репродуктивного центра в Нью-Йорке «исправили» митохондрии мальчика, которому в конце января 2018 г. исполнилось 7 месяцев. В обоих случаях речь шла о генной терапии синдромов Leigh и MERRF.

Митохондрии некогда были бактериальными симбионтами,

о чём говорит их оболочка из двух мембран, сохранившаяся по сей день. Митохондрии снабжают клетки энергией, выполняя и терморегулирующую функцию, за что отвечает UCP, или разъединяющий (uncoupling) белок. При интенсивных мышечных сокращениях митохондрии переключаются с его помощью с синтеза АТФ – химического «запаса» энергии для нужд клетки – на производство тепла.

В журнале PLOS Biology рассказывается о замере температуры внутри работающих митохондрий с помощью молекулярного тер-

мометра Thermo-Yellow, широко применяемого в разных областях. Ранее никому и в голову не могла прийти связь между потоотделением рабочих и митохондриями. Митохондрии являются топками, в которых «сгорают» глюкоза и аминокислоты, жиры и другие сахара. Для регуляции работы «топок» в их оболочке имеются поры, окаймлённые бочкообразным белком-«баррелем». Он локализован в нижней или внутренней мембране и с помощью другого протеина связан с внешней. Встраивание-интеграцию протеинов осуществляет фермент с характерным названием транс-локаза.

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам «Коммерсант», Cell, Child Development, Developmental Nature, Nature Biotechnology, Nature Communications, PNAS и Radiology, J.American Chemical Society Microsystems and Nanoengineering, PLOS Biology

С марта 2017 г. в Германии действует закон о легализации конопли в медицинских целях. С тех пор как в ФРГ приняли закон о легализации каннабиса, желающих получить его по рецепту оказалось намного больше, чем ожидалось.

В соответствии с законом в немецких аптеках по рецепту врача можно приобретать препараты с содержанием конопли. И спрос на неё превзошёл все ожидания: свыше 13 тыс. запросов на покрытие соответствующих расходов поступило за это время в три крупнейших в стране кассы обязательного медицинского страхования. Это в разы больше, чем прогнозировали эксперты: при разработке законопроекта его авторы рассчитывали на то, что число желающих приобрести по рецепту каннабис не превзойдёт 700 пациентов в год.

До того, как в Германии коноплю разрешили использовать в качестве лечебного средства, это было возможно лишь в исключительных случаях: право на получение её в аптеках здесь было примерно у тысячи человек. Уполномоченная правительства ФРГ по наркополитике Марлене Мортлер (Marlene Mortler) положительно оценивает наблюдающийся сейчас рост количества заявок на получение марихуаны в лечебных целях. По её словам, этот факт показывает, насколько важно было принять в 2017 г. закон о легализации медицинского каннабиса.

Рассчитывать на то, что врач выпишет ему рецепт на коноплю, в Германии может далеко не каждый. Претендовать на это вправе пациенты с сильными хроничес-

А как у них?

Конопля помогает немцам лечиться!!

Бундестаг принял законопроект о легализации каннабиса. Что это означает на практике?

кими болями, страдающие рассеянным склерозом, ревматизмом, онкологическими заболеваниями, болящие СПИДом – причём при условии, что все другие методы терапии не дали желаемого результата. При этом расходы на препараты покрываются за счёт медицинской страховки. Так что заявки на приобретение медицинского каннабиса должны быть ещё одобрены больничной кассой.

Но далеко не всегда там говорят «да». Согласно данным страховой компании АОК, в 2017 г. из 7600 поступивших туда запросов на приобретение каннабиса по рецепту были утверждены лишь 64%. Одна из страховых компаний дала «зелёный свет» 62% из почти 3200 поступивших ей заявок, а больничная касса ТК согласилась возместить расходы в 64% случаев (около 2200 заявок).

По оценкам Георга Вурта (Georg Wurt), возглавляющего «Немецкое объединение за легализацию конопли», рецепты на медицинский

каннабис в настоящее время имеются на руках у более чем 20 тыс. немцев, включая клиентов частных компаний медицинского страхования. И, по его словам, это только начало. По подсчётам Вурта, не пройдёт одного-двух лет и число потребителей медицинской марихуаны превысит в Германии 100 тыс. человек. Но и на этом потенциал не будет исчерпан. В случае если все, кому помогает каннабис, его получат, речь в Германии будет идти о 800 тыс. пациентов, а это ни больше, ни меньше 1% населения страны, подчёркивает Г.Вурт.

А вот Хендрик Кноп (Hendrik Knopp), глава германского филиала канадского концерна по производству каннабиса, идёт ещё дальше: в долгосрочной перспективе он предсказывает Германии увеличение числа потребителей медицинской конопли до миллиона клиентов. Компания делает только первые шаги на немецком рынке и рассчитывает на хорошую

прибыль. В нынешнем, стартовом, году она планирует поставить в немецкие аптеки 1,2 т канадской конопли и таким образом покрыть дефицит медицинского каннабиса в Германии.

Отвечающий всем требованиям безопасности склад для хранения этого «сокровища» общей стоимостью от 5 до 10 млн евро специалисты из компании искали очень долго и тщательно. В результате их выбор пал на курортный городок Бад-Брамштедт под Гамбургом. Предпочтение отдали месту, рядом с которым находится отделение полиции. К тому же, поблизости нет въезда на автобан, что тоже немаловажно, поскольку у потенциальных грабителей не будет возможности быстро улизнуть.

В Германии до недавнего времени существовал запрет на выращивание конопли, поэтому её приходится импортировать. В страну пришли несколько крупных инвесторов также из Канады и Нидерландов, специализирующихся

на производстве медицинской марихуаны. Все они видят в немецком рынке огромный потенциал. Канада, где разрешение получать каннабис по рецепту в аптеках действует с 2001 г., считается крупнейшим в мире производителем легальной марихуаны. Бизнес, связанный с выращиванием, сбором, обработкой, упаковкой и распространением конопли, поставлен там на широкую ногу. Ведущие позиции на рынке медицинской марихуаны канадские предприятия хотят занять и в Германии. Немало и желающих сотрудничать с ними немецких стартапов. В новой нише становится всё более тесно.

С 2019 г. лекарственные препараты планируется производить и из марихуаны, выращенной на немецкой территории. Однако глубоко ошибается тот, кто думает, что каждый желающий без проблем сможет заняться в Германии культивированием каннабиса для медицины. Немецкое агентство по контролю за каннабисом очень строго подходит к выбору производителей для немецкого рынка и отбирает их исключительно на конкурсной основе.

В первую очередь, на получение лицензий могут претендовать те европейские компании, у которых есть по меньшей мере трёхгодичный опыт работы в данной сфере и которые готовы заниматься выращиванием конопли непосредственно на территории ФРГ. Причина проста: Немецкое агентство по контролю за каннабисом намерено жёстко регулировать этот процесс.

Юлия ИНИНА.

По информации Deutsche Welle.

Эпидемия

Рекордное число пациентов с гриппом зарегистрировано в Японии. Эпидемия нынешней зимой развивается по наихудшему, чем ожидалось, сценарию, предупреждают специалисты Национального института инфекционных заболеваний.

Грипп идёт из Японии

Он поражает в основном детей

С 1999 г. в Японии внедрена система мониторинга эпидемий гриппа и других инфекционных заболеваний, определяющая показатель опасности в регионе и в стране. Граждане им пользуются как мы прогнозом погоды. По всей Японии выбрано около 5 тыс. медицинских учреждений, которые обязаны сообщать число пациентов с конкретными инфекционными заболеваниями.

Эта система за прошедшие годы показала высокую эффективность в предупреждении граждан об инфекционной обстановке не только в стране в целом, но и по регионам и префектурам. Обычно о ней сообщают министерства здравоохранения, труда и социального обеспечения в случае, если в среднем на каждое указанное учреждение приходится более 30 случаев обращения с диагнозом гриппа за неделю.

За третью неделю января средний показатель был равен 51,93 пациента. Это самый большой показатель с 1999 г. Почти удвоение в сравнении с предыдущей неделей. Иными словами, грипп распространился по всей Японии.

Система позволяет весьма точно определить и абсолютные цифры заболеваемости. По данным министерства здравоохранения, за третью неделю она увеличилась на 1,12 млн по сравнению с неделей ранее и составляет около 2,83 млн человек. По возрасту наибольшую группу – около 590 тыс. больных – составили дети в возрасте от 5 до 9 лет, молодёжь в возрасте от 10 до 19 – 400 тыс. В результате за

неделю почти в 50 раз до 7536 увеличилось число детских садов, начальных и младших классов в школах, в которых занятия были отменены, чтобы предотвратить распространение эпидемии.

За последние 5 недель в Японии выявлены два сезонных штамма вируса гриппа, первый А(Н1Н1), который был зарегистрирован и вызвал пандемию в сезон 2009-2010 гг. (сейчас пандемический штамм так называемого свиного гриппа А(Н1Н1)2009 переведён ВОЗ в разряд сезонного), и второй – гриппа В. На них приходится более 80% всех заболеваний.

Грипп В, обычно встречается чаще в феврале и марте, но его эпидемия началась, по видимому, раньше, вместе с типом А, что и привело к резкому росту общего числа заболеваний гриппом.

Японские специалисты полагают, что вирус гриппа В поражает в основном детей, но нужно быть готовыми, что он распространится и на взрослых, особенно пожилых. Опасно и то, что симптоматические проявления гриппа В у взрослых проявляются слабее, чем гриппа А. Следует помнить и о том, что в этом году вирусы гриппа А и В распространяются одновременно, поэтому возможно повторное заболевание гриппом в сезон и важно продолжать профилактические меры даже после выздоровления.

Николай ТЕБИН,
старший научный сотрудник
Института Дальнего Востока РАН.

Ситуация

Если твоё сердце не хочет сдаваться

Вторая жизнь у победителя конкурса «Евровидение-2017»

Португальскому музыканту Сальвадору Собралу, победителю музыкального конкурса «Евровидение-2017», сделали операцию по пересадке сердца в одной из клиник Лиссабона. Длительность операции составила 4 часа. До этого Сальвадор провёл в больнице порядка трёх месяцев в ожидании донорского органа. По словам врачей, недавно проведённая операция оказалась успешной и прошла по плану.

27-летний Сальвадор страдал из-за врождённого порока сердца с самого детства, однако в последние годы его положение приблизилось к критической отметке. В прошлом году он встал в очередь на донорский орган, а врачи отвели ему ограниченный срок – один год. За это время Собралу было необходимо успеть провести операцию. Из-за болез-

ни он не мог участвовать во всех репетициях «Евровидения», однако организаторы конкурса разрешили Собралу приехать в Киев к генеральному прогону. Он занял первое место, исполнив песню о сердце, которое «сможет любить за двоих». Как отметил доктор Мигель Абекасис, вероятность того, что Собрал теперь сможет жить полноценной жизнью, достаточно велика. Но в любом случае исполнителю предстоит пройти сложную и длительную реабилитацию.

На конкурсе «Евровидение-2017» Сальвадор получил 758 баллов и завоевал для своей страны право проведения конкурса: в этом году еврофест впервые состоится в Португалии. Успеет ли Собрал восстановиться к моменту его проведения, неизвестно. Возможно, на сцене выступит его сестра Луиза Собрал, которая является автором песни-победительницы Amar

Pelos Dois и минувшей весной заменяла брата на репетициях.

«Когда я думала про эту песню, я представляла, что людей привлечёт простота. Простота песни была ключом, отличала её от всего, что было на конкурсе. Простота и то, как мой брат её исполнил – это было основное. Когда он пел, я видела в его глазах каждое слово. Он сделал её особенной», – рассказала Луиза.

Как говорят в больнице, «молодой человек со всей ответственностью и полным пониманием относится к хирургическому вмешательству, отлично понимал все сложности предстоящей процедуры, восстановление займёт много времени», и будем надеяться, что он будет отогревать сердца своих поклонников ещё не раз.

Инга КАТАРИНА.

Однако

Американские медики рассказали, что работа по дому, в том числе мытьё посуды, продлевает жизнь. Такой вывод специалисты сделали на основе исследований 6 тыс. женщин в возрасте от 65 до 99 лет.

Эксперты мониторили представительниц прекрасного пола в течение недели при помощи специальных приборов, а потом 3 года наблюдали за состоянием их здоровья. И выяснилось, что смертность тех, кто уделял время лёгкой физической активности хотя бы 30 минут в день, ниже на 12%, а тех, кто «работал» по дому час и более, жили дольше на 39%.

В результатах исследования отмечается, что под лёгким физическим трудом они подразумевали домашние заботы – мытьё посуды, уборку и даже бег на свежем воздухе.

Дом, милый дом



Дана СЛАВИНА.

По информации Journal of the American Geriatrics Society.

Уже 15 лет как нет среди нас Владимира Неговского (1909–2003). Но его открытия, признанные во всём мире, останутся в медицине навсегда. Семьдесят лет своей жизни он отдал патологической физиологии.

Меж колонн храма Христа Спасителя

Родился Неговский в небольшом малоприметном украинском городке Козелец. Родители были учителями. Жила семья более чем скромно. Девять детей непросто было одеть, накормить, обучить. И Володя не гнушался летом подрабатывать пастухом. Сейчас уже невозможно установить, что послужило причиной его заболевания костным туберкулёзом. Известно только, что он перенёс семь операций, и небольшая хромота сохранилась на всю жизнь.

Как рассказывал сам Неговский, длительное общение с врачами определило его намерение связать своё будущее с медициной. В Москву Владимир приехал на двух костылях. В городе ни родных, ни знакомых. И он, благо дело было летом, шесть ночей провёл меж колонн храма Христа Спасителя (в 20-е годы разрушительная большевистская сила его ещё не коснулась). А с утра шёл сдавать приёмные экзамены в медицинский факультет Второго московского университета. Казалось, ему не преодолеть конкурса – 10 человек претендовали на одно место. Тем не менее, молодой Неговский успешно сдал приёмные экзамены и с гордостью известил родителей, что стал студентом (интересно, принял ли бы сегодня мединститут при таком конкурсе абитуриента на костылях да ещё из глухой провинции?)

Идея оживить человека

С дипломом врача Владимир некоторое время проработал на селе. Но начитавшись литературы о потустороннем мире, хотя и относился к нему более чем скептически, оказался во власти идей не пускать умирающего туда, где жизни нет. И был вполне удовлетворён, оказавшись младшим научным сотрудником в Институте экспериментальной физиологии и терапии, которым в то время руководил С. Брюхоненко, создатель одного из первых аппаратов искусственного кровообращения и где, как молодой Неговский слышал, занимаются экспериментами по оживлению организма. Но надолго Владимир там не задержался – был глубоко разочарован откровенным очковителем, которым занимались в институте. К приезду гостей сотрудники демонстрировали своё искусство оживления собак. Но едва гости уезжали, животные, уже «экспериментаторов» не интересовавшие, погибали. Эти фокусы в коллективе окрестили трудно расшифруемым словом «грандвтиогомом».

Короче, атмосфера, царившая в этом учреждении, была Неговскому не по душе. И он обращается в руководящие инстанции страны с просьбой создать самостоятельное научное подразделение, которое занималось бы оживлением организма. Надо полагать, обоснования его были достаточно убедительны, коль в 1936 г. появилась лаборатория с длинным и мудрёным названием «Восстановление жизненных процессов и явлений, сходных

со смертью». Её сотрудниками стала небольшая горстка исследователей, как и Неговский, фанатично преданных идее оживления человека. Симптоматично, что лабораторию под своё крыло взял директор Института нейрохирургии Н.Бурденко.

Но поначалу на пути реализации замыслов Владимира Александровича и его товарищей было больше шипов, чем роз. На первых порах их нередко преследовали неудачи. Даже выдающийся патолог Ипполит Давыдовский относился к идее

жизнь человека на волоске, не до эмоций. И Неговский с его помощниками пустили в ход все наработанные ими средства оживления организма, сотни раз испытанные в экспериментах. На глазах молодой танкист оживал. Прямая линия на ЭКГ постепенно обретала изгибы, дыхание раненого становилось более ровным. Человек приходил в себя. В истории реаниматологии сохранилось его имя – Валентин Черепанов. Прожил он долгую жизнь, работал на заводе в родном Дзержинске под Нижним

слишком лестной критике была подвергнута и первая книга Неговского тоже с длинным названием «Восстановление жизненных функций организма, находящихся в состоянии агонии или клинической смерти», которая, к слову, тут же была переведена и опубликована в журнале American Review of Soviet Medicine. И хотя работами лаборатории по монографиям Владимира Александровича заинтересовались во многих европейских странах, на зарубежные конгрессы, даже туда, где ему

Когда после перерыва он вновь заполнился, присутствующие разразились долгими овациями.

Наконец в 1965 г. лаборатория Неговского получила статус института. В составе АМН СССР создаётся первый в мире НИИ общей реаниматологии, занимающийся фундаментальными и прикладными исследованиями в области реанимации и анестезиологии. И Владимир Александрович, уже лауреат многих высоких премий, не покидал его до конца своей долгой жизни. Сотрудники Неговского без всякого пафоса и лести называли его гением. Сам

Имена и судьбы

Шаги к бессмертию

Вся современная реаниматология базируется на его трудах



оживлять умирающего весьма скептически и самого Неговского называл не иначе как великим фантазёром. Но, подстёгиваемый неверием и усмешками оппонентов, он продолжал свои эксперименты. Изучая стадии гибели организма и изменения, которые в это время происходят в нём, постепенно привели Владимира Александровича к выводу, что остановку биения сердца ещё нельзя, как традиционно считалось, принимать за окончательное умирание. Надо продолжать биться за жизнь пока не «замолчит» мозг. Только это последний аккорд.

Сегодня даже для начинающего реаниматолога альфой и омегой служат представления о разнице между клинической и биологической смертью, и он знает, что когда наступает первая её стадия, то есть клиническая, в запасе есть ещё несколько минут, чтобы восстановить жизненные функции организма и не дать мозгу умереть. А в те годы, когда Неговский на основании своих исследований доказывал эти закономерности, даже понятия «реаниматология» не существовало.

С напористостью танка

Когда грянула Великая Отечественная война, молодой доктор медицинских наук Владимир Неговский с двумя своими соратниками добился направления в полевые госпитали. И первым пациентом, которого им удалось вернуть с того света, оказался танкист, лицо и тело которого изуродовал огонь. Видеть эту картину само по себе было тяжким испытанием. Но когда

Новгородом. И до конца дней своих не прерывал дружбы с Владимиром Александровичем.

Из официальных источников известно, что та же врачебная бригада Неговского во время войны вернула к жизни 51 погибавшего раненого. Неговский-врач доказал, что оживление человека не фантазия. Но Неговский-учёный понимал, что, если скоростный выход в практику во время войны ещё как-то допустим, то внедрение тех же реанимационных экспериментов в клинику требуют дополнительных углублённых исследований. И снова с напористостью танка Владимир Александрович кидается в бой. Добивается расширения своей лаборатории, придания ей статуса самостоятельного учреждения. В её стенах продолжают изучать особенности клинической смерти и все изменения, происходящие в этом состоянии в коре мозга. Исследователи доказывают, в частности, что дольше всего в процессе его умирания сохраняются слуховые восприятия. Одновременно изучаются меры оживления организма, находящегося в одном шаге от смерти. Большим подспорьем стала разработка ближайшим соратником Неговского Н.Гурвичем первого импульсного дефибриллятора желудочков сердца.

Но как порой бывает в учёной медицинской среде, и на этом этапе нашлось немало хулителей работ Неговского и его группы, которые не без усмешки относились к утверждению о существовании двух видов смерти: клинической и биологической. Грозилась даже закрыть лабораторию за ненужностью. Не

предстояло председательствовать, его долго не пускали.

Однако сбить Неговского с пути было не просто. Своей энергией, убеждённости в правоте своей он пробился в клиники. И список людей, вернувшихся с того света благодаря разработанным реанимационным мерам, всё разрастался. Одного только лауреата Нобелевской премии знаменитого физика Ландау Владимир Александрович несколько раз выводил из состояния клинической смерти. И после четвёртого возвращения с того света он прожил ещё 6 лет.

Завоевывая своё место в медицине

Только в 1961 г. на международном конгрессе травматологов в Будапеште, в котором, наконец, участвовал Неговский, понятие «реаниматология», которое он ввёл (в основе его латинское слово animatio – оживление), официально обрело право гражданства. И имя создателя этой науки и в Советском Союзе и за рубежом обрело всё большую известность. У Владимира Александровича появились последователи. В стране создавались циклы обучения врачей новой специальностью. Постепенно реаниматология и её принципы завоевывают в медицине своё место. Глубокое своё уважение Неговскому выразил Уильям Шумейкер, крупнейший американский учёный в области теории и практики метаболизма: «Профессор Неговский – великий первооткрыватель... Я считаю себя одним из его учеников, который всегда будет ощущать силу его личности и огромный его вклад в науку». Более того, на достаточно высоком уровне Владимиру Александровичу предложили вместе с его лабораторией переехать на работу в США. Надо ли добавлять, что Неговский отверг это приглашение. А вот другой любопытный эпизод из его биографии. Профессор из Екатеринбурга Э.Николаева вспоминает о симпозиуме по терминальным состояниям, состоявшемся в 1964 г. Гвоздём программы была демонстрация собаки, которая после сеанса гипотермии впала в клиническую смерть. Когда все приборы написали прямую линию, участникам симпозиума предложили отобедать. Нашлись однако сомневающиеся (а вдруг подменяет собачку?), которые не покинули демонстрационный зал.

Владимир Александрович был противником любой помпезности и пышных поздравлений. И, как вспоминает его дочь, уклонялся от любых юбилейных торжеств. Характерно, в институте Неговского долго не знали, что ему из Италии переслали изданную в 1974 г. книгу «Великие медики XX столетия», в которой его назвали Padre Reanimazzioni и в которой его имя стояло в одном ряду с Рентгеном, Флемингом, Фрейдом...

Обыкновенный человек

Да, в науке Неговский несомненно был гением, а в жизни – обыкновенным человеком со всеми своими недостатками и достоинствами. Бывал резок. Но к голосу даже тех, чьи воззрения не совпадали с его мнением, всегда прислушивался. Старший научный сотрудник НИИ общей реаниматологии Маргарита Богушевич, 45 лет проработавшая рядом с Неговским, вспоминает, что он никаких послаблений для своих родственников не допускал. Дочь его, Алла, тоже врач, хотела пойти по стопам отца, но Владимир Александрович категорически заявил: «В жизни надо самой пробиваться!» То же повторилось, когда единственный внук оканчивал мединститут.

При некоторой внешней своей грубоватости, Неговский млеял при звуках музыки Баха, мог подолгу стоять перед картинами итальянских средневековых мастеров, не отказывая себе в удовольствии поухаживать за красивыми женщинами. И вероятно образ «обыкновенного гения» получился бы слишком суховатым, если не сказать об этих, присущих обыкновенному человеку штрихах характера, о которых автору этих строк при встрече с ним самой довелось убедиться.

И последнее, о чём хочется сказать. Хотя герой нашего очерка всячески избегал празднование своих юбилеев, реаниматологи не могли обойти столетие своего padre, до которого тот, увы, не дожил чуть более 5 лет. И на посвящённой ему торжественной научной конференции в ряду многих выступлений в честь Учёного и Человека выступил и ведущий в США реаниматолог Питер Сафари: «Я учился на ваших концепциях и на ваших видениях».

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Застольная Волховского фронта

«Выпьем за тех, кто командовал ротами,
Кто умирал на снегу,
Кто в Ленинград прорывался болотами,
Горло ломая врагу...»

Павел Шубин,
поэт, переводчик (1914-1950)

Эти застолья забыть не получится,
Помню, как будто вчера.
Память моя, дорогая попутчица,
Память – родная сестра.

Помню мужчин с боевыми медалями,
Ярко горят ордена,
Рюмку поднимут и выпьют за Сталина,
Выпьют привычно до дна.

Выпьют в молчанье глубоко, не чокаясь,
В память погибших друзей,
С кем прошагали дорогу жестокою
В тысячу огненных дней.

Выпьют за юность свою обоженную,
Майскую синюю высь,
Выпьют и крепко обнимутся с жёнами,
Что их с войны дождалась.

Выпьют за нашу великую Родину,
Поле и дедовский дом –
То, что мы, русскими числившись вроде бы,
Позабывали потом.

Где вы, дядя мои, парни мезенские,
Храбрые фронтовики?
Помнят вас старые улочки венские,
Что у Дуная-реки.

Помнят вас Свирь и болота Карелии,
Где вам пришлось воевать,
Где по-пластунски собою измерили
Каждую малую пядь.

Бились с врагом за Отечество вольное,
С совестью жили не врозь.
В честь вашу грянем мы дружно застольную,
Как на Руси повелось!

28 февраля 2015 г.

У бабы Вали

Мне исполнилось едва ли
Той порою восемь лет...
Я живу у бабы Вали,
Баба есть, а деда нет.

«Сослан» я на это лето
В гости к бабушке своей,
И везёт меня карета
Из волшебных летних дней.

Я на стареньком диване,
В доме – благодать и уют,
В телевизоре цыгане
Что-то пляшут и поют.

Баба Валя табуретки
Достаёт из-под стола,
К ней сейчас придут соседки
Допоздна играть в «козла».

Бабки старые азартны,
Бьётся каждая, как лев,
На столе мелькают карты –
Дама бубен, дама трэф,

Масти лягут вперемежку,
Тут никто не скажет «пас»...
Из угла глядит с усмешкой
Богородица на нас.
Только убрана колода,
Ставит баба Валя чай,
Пусть немного здесь народа,
Хошь не хошь, а угощай.

Рыбник, шанежки с моршкой,
Всё, как должно, по-людски...
Есть бутылка... Понемножку
Хмель развяжет языки.

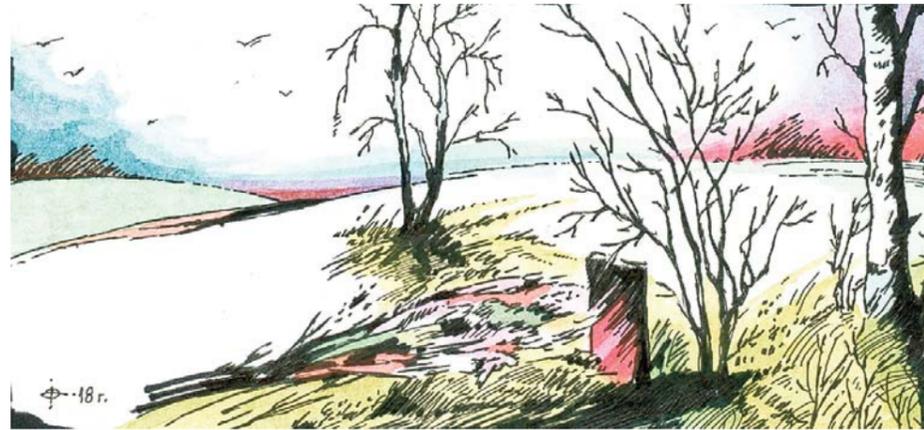
Вспомнят старые припевки
Гостью те, приняв сто грамм.
Баба Валя скажет: «Девки,
Женихов хороших вам!»

Только этим «молодухам»
Всем за семьдесят давно...
И замолкнут вдруг старухи,
Глянув горестно в окно.

Что им вспомнилось, товаркам
Старой бабушки моей?

Сокровенное

За тех, кто умирал на снегу...



Как читали у огарка
Похоронки на мужей.

Как посылки собирали
Арестованной родне,
Тем, кто в лагерные дали
Шёл этапом по стране.
Как в колхозных семидневках
Надрывались босиком...
Есть что вспомнить этим «девушкам»,
Есть поплакать им о ком.

Что я думать мог об этом?..
Что вообще об этом знал?..
Только бабушкино лето
Я частенько вспоминал.

И старушечьи вечерки,
И рассказы о былом
Доброй бабушки-поморки,
И её уютный дом.

И ещё я руки помнил
Все в мозолях и узлах,
Как деревьев старых комли,
Притаившихся впотьмах.

Эти бабушкины руки,
Что ломали две войны,
Руки матери-большихуи
Из поморской стороны

Для меня всего дороже,
Мне их вечно не забыть.
И от этого, быть может,
Мне сегодня легче жить.

29 июня 2014 г.

* * *

Я лежу в пристрелянном кювете,
Я к земле сквозь тусклый лёд прики...
Человек живёт на белом свете –
Мой далёкий ответ! Мой двойник!

Александр Межиров,
поэт, переводчик (1923-2009)

Сон

Мне, к счастью, воевать не довелось.
Я не успел к неравному размену,
Где жизнь твою, отчаянье и злость
Война берёт, сама назначив цену.

Мне не узнать, как чертит на виске
Свинец свою губительную мету,
Когда ты рвёшься в яростном броске
Из этого проклятого кювета.

Мне не бежать с винтовкой вновь и вновь
К чужой траншее, путаясь в шинели,
И не моя в бою прольётся кровь,
Не мне уснуть в заснеженной постели...

Но сон один мне снится много лет.
В нём вьётся снег по полю

быстрой змейкой,
Весь в наледи пристрелянный кювет
И юный пехотинец с трёхлинейкой.

18 апреля 2010 г.

Сухари

Мы возвращались карельским лесом,
Лыжню торили по целине,
Кружился мелким колючим бесом
Вдоль белых просек февральский снег.

А за плечами, на маскхалате
Тяжёлый «сидор» всё гнёт назад,
И по груди, как всегда некстати,
Колотит острым ребром приклад.

И, слава богу, что нет погони,
Что дал уйти нам по груди в снегу,
А то предательский грай вороний
Готов нас тотчас продать врагу.

И есть за что не любить нас финнам –
Мы били их, не жалея сил...
Не зря несли мы с собою мины,
Не зря тащили с собой тротил.

И вот теперь уходили прочь мы
Туда, где фронт польхал огнём.
Мы шли усталой цепочкой ночью,
Зарывшись в снег, мы таились днём.

Нас мучил лютой полярной холод,
Нахохлившись, как снегири,
Но был всего нам страшнее голод,
Что грыз мучительно изнутри.

Ломился наст под ногами с хрупом,
Забыли мы, что на свете есть
Тушёнка, вобла, галеты, крупы...
Хотели мы одного лишь: есть!

Но в переходе одном до дома
Мы разглядели едва-едва
Среди елового сухолома
Замёрзших трупов десятка два.

Бойцы второго разведотряда
Лежали мёртвые вдоль лыжни.
Они попали, видать, в засаду.
Упали прямо, как шли они.

ОБ АВТОРЕ. Виктор Голубцов родился 15 декабря 1962 г. в посёлке Каменка Мезенского района Архангельской области в семье сельского врача и моряка торгового флота. Род по материнской линии идёт от канинских поморов, а по отцовской – от поморов мезенских. С 1969 г. его семья живёт в Северодвинске. Окончил Архангельский медицинский институт, клиническую ординатуру по терапии на кафедре госпитальной терапии. С 1987 г. работает в Центральной медсанчасти № 58. Прошёл все ступени карьерного роста. С 2014 г. – руководитель учреждения. Женат уже больше 30 лет и счастлив в браке. Жена, Лариса, дерматолог, заведует отделением в поликлинике медсанчасти. Есть дочь Анастасия. Ей 28 лет.

Начал писать в ординатуре. Издал четыре книги стихов. Одну из них – в соавторстве с дочерью. Публиковался в различных сборниках, альманахах, журнале «Север». Лауреат литературной премии им. Николая Рубцова.

Автора часто спрашивают: почему он пишет о той, далёкой уже сейчас войне? Всё дело, наверное, в том, что он родился, когда ещё и двадцати лет не прошло со дня Великой Победы. С юных лет его окружали люди, которые прошли фронтовыми дорогами. Они успели рассказать о войне такое, о чём не писали в учебниках и книжках. Рассказать так, что это немертво зацепило сердце и душу... возвращалось через года неумолимым желанием написать об этом в стихах.

Представленную сейчас в «МГ» поэтическую подборку автор посвящает приближающемуся празднику – Дню защитника Отечества.

Северодвинск.

Мороз сковал их среди снежных линий,
Поросших ёлками, лесосек,
Их лица выбелил краской иней,
Глаза засыпал алмазный снег.

Стояли молча мы над бойцами,
Не смея взгляд отвести от них,
Как будто здесь полегли мы сами,
Как будто не было здесь живых.

Мы постелили друзьям постели,
Отрыв сапёрной лопаткой наст,
Мы их укрыли ветвями елей,
Из веток сделали им матрас.

А после, звёздной морозной ранью,
Взглянув куда-то наискосок,
Наш командир обратил внимание
На притаившийся вещмешок.

Проверив, нет ли каких растяжек,
Его разрезали мы ножом.
Внутри, укрытый от глаз поклажей,
Лежал, не веришь, сухарный лом.

Не мог найти в ту минуту слов я,
Глядя на крошево в вещмешке,
Оно пропитано было кровью
Друзей, лежащих невдалеке.

Зубами стиснул я рукавицу,
Чтоб громкий стон удержать внутри,
Мертвели юные наши лица,
Увидев страшные сухари.

Такое видели мы впервые,
Сводило судорогой живот.
Но мёртвым – мёртвое, а живые
Должны идти были вновь в поход.

И приказал командир, не медля,
Чтоб не пропасть сухарям зазря,
Съесть это месиво, не колеблясь,
На кровь разведчиков не смотря.

Война открылась жестокой новью:
Мы ели молча из котелков
Труху сухарную вместе с кровью
Своих товарищей, не врагов.

И сидя здесь, на еловом комле,
Замес хлеба, что был негуст,
Я вкус его навсегда запомнил,
Солёный, острый, кровавый вкус.

И этот лес я запомнил, братцы,
Где притаились мы до зари,
И где могли навсегда остаться,
Когда б ни эти вот сухари.

Когда, бывает, что мне не спится,
Я вспоминаю в который раз
Погибших братьев святые лица
И снег в проёмах открытых глаз.

10-12 марта 2016 г.

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

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

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

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

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М»
143405 Московская область
Красногорский район, г. Красногорск,
автодорога «Балтия», 23 км,
владение 1, дом 1.
Заказ № 17-01-00234
Тираж 18 800 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.