

Медицинская

15 сентября 2017 г.
пятница
№ 69 (7787)

Газета®

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

Работают мастера

Сердце «нараспашку»

С тяжелейшим пороком успешно справились тюменские хирурги



В детском стационаре тюменской областной клинической больницы № 2 на днях прооперировали младенца с редким пороком развития, который во всём мире исчисляется единицами. Ребёнок родился с сердцем, которое было, как говорится, «нараспашку», — оно билось за пределами грудной клетки в брюшной полости, защищённое лишь тонким слоем кожи.

Патология под названием пентада Кантрелла встречается в среднем у 5 новорождённых из миллиона и несёт прямую угрозу для жизни маленького пациента. Ситуация осложнялась аномальным расположе-

В ходе операции пришлось восстанавливать анатомическую структуру ребёнка

нием внутренних органов. Печень и кишечник собрались в пуловинный грыжевой мешок и через дефект брюшной стенки вышли за пределы тела ребёнка.

Во время операции детский хирург Татьяна Сергиенко восстановила естественную анатомическую структуру и погрузила органы туда, где они должны находиться в норме.

В настоящее время малыш чувствует себя хорошо. По словам хирургов, его дальнейшее развитие, вполне вероятно, будет протекать нормально. При соответствующем уходе и лечении ребёнку о тяже-

лейшем пороке и перенесённой операции будет напоминать лишь небольшой шрам на животике.

Успешно провести сложную хирургическую коррекцию пороков и послеоперационную реабилитацию ребёнка позволили не только профессионализм операционной бригады, анестезиологов-реаниматологов и неонатологов, но и оснащённость больницы.

Анастасия ДЕМБИЦКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Тюмень.

Алексей ХРИПУН,
руководитель Департамента
здравоохранения Москвы:

«Московский врач» — это важный шаг по созданию системы объективной оценки профессионального уровня врачей.

Стр. 4



Надежда ГРИШИНА,
генеральный директор
ООО «Росгосстрах-Медицина»:

СМО смогут оперативно подвергать анализу качество и доступность больших массивов медицинской помощи с рисками системных дефектов.

Стр. 5



Владимир РЕШЕТНИКОВ,
заведующий кафедрой
общественного здоровья и
здравоохранения им. Н.А.Семашко
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова,
профессор:

Разработана унифицированная межвузовская программа по формированию здорового образа жизни.

Стр. 11



Инициатива

На приём к врачу — в выходной

Второй год на базе московской детской городской клинической больницы им. З.А.Башляевой (бывшая Тушинская детская) проходят необычные дни открытых дверей, цель которых — помочь получить квалифицированную помощь как можно большему количеству детей. Вход для всех свободный, приём ведётся бесплатно, без предварительной записи и направлений.

Первым опытом такого рода стало празднование в прошлом году Дня защиты детей. Тогда на территории больницы раскинулись «шатры здоровья», где вели приём разные специалисты. Там в порядке общей очереди можно было проконсультировать ребятшек, которые пришли на праздник.

В итоге поступило множество положительных откликов. И тогда главный врач больницы, доктор медицинских наук, профессор Исмаил Османов решил превратить такие мероприятия в добрую ежемесячную традицию.

«Стоять в очереди нашим посетителям долго не приходится, — рассказывает заведующая консультативно-диагностическим отделением, главный невролог Северо-Западного административного округа Москвы Оксана Шулежко. — Если я вижу, что людей много и мамы уже начинают нервничать, дополнительно вызываю специалиста

из отделения, и очередь идёт быстрее».

Если выясняется, что ребёнку необходима госпитализация для обследования и лечения, ему дают такую рекомендацию. А по экстренным показаниям могут тут же госпитализировать.

Дни открытых дверей стали для многих мам настоящим подарком. Есть даже семьи, которые приходят сюда каждый месяц. Получают врачебные назначения, проходят курс лечения — а потом приносят результаты и получают новые рекомендации.

Во время каждого такого мероприятия врачи осматривают до 200 ребятшек.

Казалось бы, зачем им это нужно? Ведь каждому хватает своих пациентов!

«Для кого-то лозунг «Спешите делать добро!» звучит, как громкие слова, а для нас он — норма жизни, — говорит главный врач больницы. — Во всяком случае, мы к этому стремимся».

Доказательством тому служит тот факт, что дежурить во время дней открытых дверей вызываются самые лучшие и квалифицированные специалисты, часто — руководители отделений. Причём желающих всегда больше, чем нужно, поэтому возникает даже своеобразный конкурс. И это притом что мероприятия проводятся в выходной день!

Наталья ЛЕСКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Перспективы

«Земский доктор» расширит границы

Минздрав России планирует рассмотреть возможность расширения действия программы «Земский доктор» на малые города. По заявлению экспертов Общероссийского народного фронта, такая инициатива заслуживает поддержки: по итогам проведённого в июне заседания, посвящённого решению проблемы кадров в здравоохранении, они уже предлагали распространить действие программы «Земский доктор» на большее количество населённых пунктов. По их мнению, это поможет не только устранить кадровый дефицит, но и повысить доступность медицинской помощи.

Программа «Земский доктор» реализуется в России 5 лет. Она менялась и дополнялась.

При этом неоднократно звучали и другие предложения: в частности, распространить её действие на фельдшеров — в итоге в ряде регионов были приняты программы «Земский фельдшер», или включить в программу малые города.

«Цель всех этих предложений одна — повысить мотивацию врачей к проживанию в сельской местности. И мы видим, что это работает. Благодаря программе за эти годы улучшилась ситуация с кадрами, а медицинская помощь для сельских жителей стала доступнее. Поэтому мы уверены, что инициатива в отно-

шении городов должна быть изучена, просчитана на уровне Правительства РФ до принятия бюджетов Фонда обязательного медицинского страхования и регионов на 2018 г., чтобы была возможность заложить средства на эти цели», — подчеркнула эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость» Разиет Натхо.

В Народном фронте также отметили, что целесообразно подвести итоги реализации программы «Земский доктор» и обобщить накопленный за 5 лет опыт.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Cito!

Москва.

Новости

Регистратура, удобная всем

В Алтайском краевом кардиологическом диспансере начала работать «открытая регистратура». Это десятое подобное медицинское подразделение в регионе.

Проект «Открытая регистратура» стартовал в Алтайском крае в минувшем году. Основная его цель – создать комфортную, безбарьерную среду в поликлиниках, разграничить потоки пациентов, обращающихся в лечебные учреждения.

В мероприятии принял участие депутат Государственной Думы РФ Даниил Бессарабов. Он подчеркнул значимость проекта как для кардиодиспансера, так и для других учреждений края.

«Приятно видеть, как медицинские организации региона меняются и становятся более открытыми для пациентов, заботясь не только об их здоровье, но и о том, как сделать оказание медицинской помощи проще, удобнее, – сказал он. – В тех медицинских организациях, где данный замысел уже реализуется, удалось сократить очереди более чем в 2 раза на приём к терапевтам и педиатрам, а также в кабинеты забора крови».

Для удобства пациентов в поликлинике краевого кардиологического диспансера сделано многое. Например, она работает в 2 смены, чтобы медицинскую помощь работающее население могло получить по окончании трудового дня. Записаться на приём к врачу можно по многоканальному телефону, а также через специальную программу по компьютеру.

В ходе знакомства с проектом «Открытая регистратура» участники мероприятия смогли убедиться в этом на примере записи пациента кардиодиспансера для дальнейшего наблюдения к кардиологу по месту жительства.

По словам главного врача Алтайского краевого кардиологического диспансера Андрея Косоухова, в медицинской организации стал внедряться также электронный документооборот, что помогает значительно сократить время пребывания пациента в лечебном учреждении и облегчает труд медицинских работников.

Запланировано, что в 2018 г. к проекту «Открытая регистратура» присоединятся ещё 20 медицинских организаций, расположенных как в Барнауле, так и в районах края.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

Бесконтактный тонометр
служит северянам

В ямальский Центр медицинской профилактики регулярно поступает новое оборудование. Теперь пациенты этого учреждения имеют возможность проверить внутриглазное давление на новом бесконтактном пневмотонометре. Данное исследование входит в обязательный комплекс профилактической диагностики для людей старше 40 лет, вне зависимости от того, предъявляет человек жалобы или нет.

На сегодняшний день уже более ста пациентов оценили все преимущества нового пневмотонометра. Прибор полностью автоматизирован, имеет функцию автоматического поиска глаза, что делает процесс диагностики лёгким, быстрым и эффективным.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Надым.

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Пострадала машина «скорой»

В Омске в дорожно-транспортном происшествии перевернулась машина «03». На место аварии незамедлительно прибыли спасатели на двух спецавтомобилях, три бригады скорой медицинской помощи и следственно-оперативная группа полиции. Сотрудниками Госавтоинспекции предварительно установлено, что на улице Волгоградской произошло столкновение машины скорой медицинской помощи на базе «газели» и автомобиля «тойота».

Иномарка, за рулём которой находилась 25-летняя девушка, на высокой скорости врезалась в машину медиков. От удара автомобиль, в котором находились 5 человек – водитель, два фельдшера, пациентка и её сопровождающий, – перевернулся набок. Все получили серьёзные травмы. Попавшие в ДТП доставлены в городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи № 1 (Омская область), четверо из них находятся в тяжёлом состоянии в реанимационном отделении.

Окончательно обстоятельства и причины происшествия устанавливаются.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Пополнение

Школьников пригласили
к операционному столу...

Экскурсия для них оказалась очень полезной

В рамках программы «Профессиональная ориентация школьников» астраханский Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии открыл двери для тех, кто стоит на пороге профессионального выбора. Задачей стало познакомить школьников с профессией врача, медицинской сестры и целым спектром специальностей, представители которых обеспечивают работу центра.

Первыми участниками такой встречи стали дети сотрудников центра. Среди них и ребята, которые уже решили пойти по стопам родителей, и те, кто ещё в поиске своего будущего. Специалисты центра организовали очень полезное знакомство, в рамках которого учащиеся посетили отделение лучевой диагностики, где узнали принцип работы компьютерного и магнитно-резонансного томографов и даже провели исследование. В клинко-диагностической лаборатории ребята увидели дорогостоящее современное оборудование, рассмотрели в электронный микроскоп клетки крови человека.

С большим интересом школьники побывали в отделении анестезиологии-реанимации, в отделении переливания крови, увидели весь спектр современного реанимационного оборудования,



Ребята с интересом слушали информацию о работе центра, задавали много вопросов

контрольных систем, разработанных и внедрённых в центре.

Особый интерес у юных посетителей вызвала учебная комната, где ребятам продемонстрировали приёмы оказания первой медицинской помощи, технику работы с дефибриллятором, аппарат ИВЛ. В учебном классе у детей была возможность поддержать в руках операционные медицинские инструменты и постоять у операционного стола. Ребята смогли даже присутствовать на настоящей операции при

помощи видеоконференцсвязи, использующейся в центре.

Технические возможности продемонстрировали служба медицинской техники, инженерно-технический отдел, отдел эксплуатации и материально-технического обеспечения, пищеблок. Завершающим этапом экскурсии стала прогулка по прилегающей парковой зоне.

Александра ЖВАЧКИНА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

Тенденции

Больница получила высокую оценку

В Уссурийской центральной городской больнице Приморского края с рабочим визитом побывала делегация Министерства здравоохранения РФ. Специалисты проверили, в каких условиях в ЛПУ оказывают медицинскую помощь пациентам.

Основное внимание делегаты уделили поликлинике № 2, входящей в состав Уссурийской центральной городской больницы. К ней прикреплено 47 тыс. человек взрослого населения. Пять лет назад в учреждении открыли жизненно необходимое пациентам отделение амбулаторного гемодиализа.

– В отделении гемодиализа сейчас находится 27 человек, – сказал главный врач больницы Андрей Скирута. – Процедуры пациентам делают раз в три дня. Режим соблюдается очень строго.

Также специалисты Минздрава России побывали в дневном стационаре поликлиники. Он рассчитан на 24 койко-места. Пять из них выделяют для проведения курсов химиотерапии больным с онкологией. Благодаря этому жители Уссурийска могут не ехать за лечением в краевой онкологический диспансер во Владивосток, где принимают пациентов со всего Приморья.

Сегодня в Уссурийске оказывают медицинскую помощь не только жителям округа, подчеркнул А.Скирута. Сюда привозят пациентов ещё из 5 районов края. Чтобы сделать сотрудничество специалистов из медицинских учреждений разных муниципалитетов максимально плодотворным, на базе поликлиники № 2 регулярно проводят собрания для главных врачей городской и районных

больниц, на которых обсуждаются все насущные вопросы.

– Раз в месяц на базе учреждения мы собираем руководителей ЛПУ, заведующих отделениями, – отметил глава ЦГБ Уссурийска. – Обсуждаем рабочие вопросы с коллегами, к примеру, маршрутизацию пациентов. Проводим образовательные мероприятия. Это плановая работа, призванная сделать максимально плодотворным наше сотрудничество.

По завершении делового визита специалисты из Министерства здравоохранения РФ высоко оценили работу приморских коллег и дали необходимые рекомендации.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Проекты

Уникальный шанс – отправиться на прогулку, а заодно бесплатно проверить своё здоровье – получили москвичи и гости столицы в недавний выходной день. В рамках проекта «Пuls города» с полудня до вечера работали 7 специальных мобильных диагностических пунктов.

Рекомендации и, если необходимо, направление на дальнейшее обследование можно было получить на Тверской площади, в музее-заповеднике «Коломенское», в саду имени Баумана, на ВДНХ, а также в трёх парках. Посетителям мобильных пунктов не требовалось показывать паспорт или по-

«Пuls города» проверил здоровье москвичей
Он поможет создать специальную карту столицы

лис обязательного медицинского страхования.

Приём вели врачи общей практики. Все желающие могли сделать ЭКГ, сдать анализ на сахар, проверить артериальное и внутричерепное давление. Также можно было замерить антропометрические данные, такие как вес, рост, окружность талии.

Некоторым из пришедших к врачам была показана срочная госпитализация.

В акции приняли участие лучшие врачи столицы, главные специалисты Департамента здравоохранения города.

По словам директора НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы Давида Мелик-Гусейнова, главная цель проекта – это объективно показать состояние современного здравоохранения города, москвичи должны знать свои права и воз-

можности, которые предоставляют сегодня медицинские службы.

По итогам акции будет создана «медицинская карта» столицы, по которой специалисты смогут понять, на что чаще всего жалуются москвичи.

«По данным крупных международных исследований, чем чаще населению напоминают о необходимости регулярного наблюдения за состоянием своего здоровья, тем здоровее становится насе-

ление, снижается общий процент заболеваемости. Поэтому я считаю этот проект беспроигрышным», – сказал Алексей Свет, главный врач городской клинической больницы № 1 им. Н.И.Пирогова.

В 2016 г. средняя ожидаемая продолжительность жизни в Москве составила 77,1 года. Это на три года больше, чем в 2010 г.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Официально

Два законопроекта по ОМС

Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья были рассмотрены вопросы исполнения бюджета ФОМС за 2016 г., а также законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования».

Проект федерального закона «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 г.» рекомендован к принятию в первом чтении.

В соответствии с законопроектом, ФОМС исполнил бюджет 2016 г. в соответствии с поставленными целями. По сравнению с 2015 г. доходы увеличились на 84 076,2 млн руб., или на 5,3%.

В документе отмечается, что общий объём доходов бюджета фонда составил 1 657 619,67 млн руб. Общий объём расходов бюджета ФОМС – 1 590 150,9 млн руб., в том числе межбюджетные трансферты на оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, в сумме 94 361,0 млн руб.

Бюджет ФОМС за 2016 г. исполнен с профицитом в размере 67 468,7 млн руб.

Основным источником формирования доходов бюджета фонда являются страховые взносы на ОМС, доля которых в общем

объёме доходов фонда в 2016 г. составила 98%. Страховые взносы на ОМС в 2016 г. поступили на общую сумму 1 624 176,7 млн руб., или 99,3% от ранее утверждённого размера. По сравнению с 2015 г. объём их поступлений вырос на 86 542,5 млн руб., или на 5,6%.

Профильным Комитетом Госдумы также был рекомендован к принятию в первом чтении законопроект «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ по вопросам персонифицированного учёта в сфере обязательного медицинского страхования».

Вносимые в законодательство изменения предусматривают наделение Правительства РФ полномочием по утверждению порядка и методики определения численности застрахованных лиц (в том числе неработающих) для целей формирования бюджета ФОМС, бюджетов субъектов РФ и бюджетов территориальных фондов ОМС.

Законопроект предусматривает совершенствование механизма контроля над наличием у гражданина права на ОМС, включая введение обязанности для гражданина, перешедшего в категорию граждан, не подлежащих ОМС (за исключением граждан, проходящих военную службу по призыву), – сдавать недействительный полис ОМС или сообщать о его утрате в любую страховую медицинскую организацию или любой территориальный фонд ОМС.

Для военных комиссариатов вводится обязанность передавать в территориальные фонды ОМС сведения о призванных на военную службу гражданах и информацию о начале военной службы по призыву. Документом предусмотрено единая (ежеквартальная) периодичность информационного взаимодействия ФОМС с ФНС России, военными комиссариатами и МВД России.

Законопроект устанавливает определение даты, по состоянию на которую будет определяться численность неработающего населения – 1 января года, предшествующего очередному году.

Кроме того, в проекте закона предложены механизмы приостановления и прекращения ОМС в отношении военнослужащих, конкретизацию категорий военнослужащих, не подлежащих ОМС.

Принятие данного документа потребует внесения изменений в Налоговый кодекс РФ в части приведения содержащейся в нём терминологии, касающейся сотрудников МВД России, ФСИН России, Росгвардии, ГФС России и иных заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, а также внесения изменений в КоАП в части введения ответственности за нарушение порядка представления сведений о застрахованных лицах в сфере ОМС.

Ксения САПОЖНИКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Статистика

Продолжительность жизни россиян увеличилась

Согласно данным Росстата, за 7 месяцев нынешнего года продолжительность жизни россиян увеличилась на 0,63 года, впервые в нашей истории достигнув 72,5 лет. При этом у мужчин продолжительность жизни увеличилась на год – с 66,5 до 67,5 лет. У женщин продолжительность жизни составила 77,4 года.

Как сообщалось ранее, за 7 месяцев этого года в нашей стране умерло на 23,7 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Смертность населения снизилась на 2,3% и составила 12,7 на тысячу населения (за 7 месяцев 2016 г. – 13 на тысячу населения).

– Достигнутые результаты обусловлены снижением смертности от всех основных причин: от болезней системы кровообращения – на 3,3%, от новообразований – на 2,8%, от туберкулёза – на 15,2%, от болезней органов дыхания – на 9,0%, в том числе от пневмоний – на 21,0%, от болезней органов пищеварения – на 4,2%, от внешних причин смерти – на 0,7%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий – на 8,5%, – пояснила министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. – На протяжении года удерживается исторический минимум показателя младенческой смертности, которая за 7 месяцев снизилась на 11,7% и составляет 5,3 на тысячу родившихся живыми. При этом более чем в половине регионов (в 43 из

85 субъектов Российской Федерации) этот показатель уже ниже 5, что соответствует лучшим мировым результатам. Так, например, в Липецкой области младенческая смертность составляет 2,3 на тысячу родившихся живыми, в Ивановской области – 2,9, в Московской и Воронежской областях – 3,6, в Республике Чувашия – 3,7.

Отдельно министр отметила снижение смертности населения трудоспособного возраста. За 6 месяцев 2017 г. по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. смертность населения данной возрастной группы снизилась на 8,5%, в том числе среди мужчин на 8,6%, среди женщин – на 8,3%. Если переводить проценты в конкретные человеческие жизни, то можно сказать, что за этот период умерло на 21,5 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период годом ранее.

По словам В.Скворцовой, снижение смертности населения трудоспособного возраста произошло за счёт снижения смертности от новообразований на 5,5%, от болезней кровообращения – на 7,2%, от туберкулёза – на 17,6%, от болезней органов дыхания – на 23,3%, от болезней органов пищеварения – на 10,2%, от внешних причин смерти – на 11%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий – на 10,3%, от случайных отравлений алкоголем – на 21%.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2018» в отделениях почтовой связи России.

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Можно подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Признание

Лауреаты Национальной премии

В Сочи в рамках X Общероссийского семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии» состоялось награждение лауреатов VI Национальной премии «Репродуктивное завтра России».

Министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов стал лучшим в номинации «На страже женского здоровья». А в номинации «Лучший перинатальный центр» лауреатом стал Перинатальный центр городской больницы № 9 Сочи.

Е.Филиппов, акушер-гинеколог по специальности, даже в должности министра не оставляет практику. Он проводит сложнейшие операции, принимает роды у пациенток с тяжёлыми патологиями. Как сообщалось ранее, даже в праздники, когда большинство россиян отдыхают, он работает с пациентами. Так, в этом году Е.Филиппов провёл День медроботника в операционной. На его счету уже более 10 тыс. принятых родов.

Второму победителю Национальной премии – перинатальному центру сочинской горбольницы

№ 9 – вручён диплом за выдающиеся успехи в сфере укрепления репродуктивного потенциала страны и достижение поставленных целей. В этом учреждении ежегодно рождается около 8 тыс. детей. Центр оснащён высокотехнологичным оборудованием, которое позволяет сохранять жизнь и здоровье детей с тяжёлыми патологиями и выхаживать маловесных младенцев.

Аревик ТАМРАЗЯН,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Ситуация

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о проблеме неэффективности лечения антибиотиками.

Неэффективно у каждого десятого

Практически все опрошенные врачи (98%) назначают антибиотики пациентам. Среди основных диагнозов, при которых они это делают: пневмония, бронхит, ХОБЛ – 92%; ангина, тонзиллит, фарингит – 49%; инфекция мочевыводящих путей (цистит, пиелонефрит) – 35%; гайморит, синусит – 11%; отит – 9%; гастрит, язвенная болезнь желудка – 7% и др.

Антибиотики прописывают четверти (26%) от общего количества пациентов в месяц, при этом в 11% случаев терапия оказывается неэффективной.

Врачи назвали основные причины неэффективности лечения антибиотиками: эволюционирование штаммов вирусов и выработка устойчивости к антибиотикам – 53%, несоблюдение пациентами режима приёма (проходят курс не до конца, не соблюдают требуемую дозу) – 38%, частный и необоснованный приём – 6%.

В случае неэффективности врачи в 81% случаев меняют антибиотик, в 15% – продлевают курс ранее назначенных антибиотиков, в 4% – применяют другую тактику, в том числе увеличивают дозировку, добавляют второй антибиотик, ме-

няют способ введения с перорального на инъекционный, проверяют чувствительность на микрофлору, рекомендуют обратиться к узкому специалисту, проверяют, следует ли пациент рекомендациям.

«Десятая часть пациентов, у которых терапия антибиотиками неэффективна, – это не маленькая доля, но и не пугающая. В других категориях лекарственных средств она, вероятно, не меньше. При этом 44% докторов считают основной причиной неэффективности безалаберность пациентов, то есть из этих 11% пациентов, у которых антибактериальная терапия неэффективна, антибиотикорезистентность есть лишь у части», – комментирует Ксения Медведева, руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

В исследовании приняли участие 150 докторов (терапевты, педиатры) в 30 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос был проведён в августе 2017 г.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.



Усиление кадрового потенциала отрасли – одна из приоритетных задач модернизации столичного здравоохранения, успешно решаемая Департаментом здравоохранения Москвы. В сентябре в городе начался практический этап реализации проекта «Московский врач», открыт конкурс, чтобы сформировать резерв управленческих кадров.

Высокий и ответственный статус

По состоянию на начало сентября в Москве работали 121 637 врачей из 414 622 их общего числа в России. Теперь статус «Московский врач» будет присваиваться врачам 15 специальностей – они могут добровольно подать заявку и пройти бесплатное испытание для подтверждения своих высоких профессиональных навыков, необходимых для наиболее эффективной работы в условиях современного здравоохранения.

Кандидат на присвоение такого статуса должен соответствовать нескольким критериям. Во-первых, ему необходимо иметь действующее на момент подачи заявки свидетельство либо свидетельство об аккредитации врача-специалиста. Во-вторых, он должен фактически работать в медицинской организации – вне зависимости от её формы собственности и места расположения на территории России.

Минимальный трудовой стаж по специальности – 5 лет. Исключение сделано для врачей, работающих по специальности «Общая врачебная практика (семейная медицина)». Если они работали ранее участковыми терапевтами и прош-

Новые подходы

Есть такое звание: «Московский врач»

Столичному здравоохранению – надёжный кадровый резерв

ли переподготовку по вышеназванной специальности, учитываться будет предшествующий стаж.

Статус «Московский врач» можно получить по нескольким специальностям (как основной, так и совмещаемой), если выполнены стандартные условия по наличию действующего сертификата, места работы и профессионального стажа. Единственное ограничение заключается в том, что пройти соответствующую процедуру придётся последовательно для каждой специальности, а не одновременно.

При этом дополнительные надбавки к окладу в размере 15 тыс. руб., установленные грантом правительства Москвы, будут выплачиваться за каждую специальность, по которой кандидат получил статус «Московский врач». Правда, претендовать на них смогут только врачи, работающие в медицинских организациях государственной системы здравоохранения столицы.

По решению столичного Департамента здравоохранения кандидатам на получение статуса «Московский врач» будет предостав-

лена возможность познакомиться с использованием оборудования симуляционного центра на базе Боткинской больницы. Демонстрация практических навыков является одним из этапов экзамена на получение этого статуса наряду с выполнением теоретического тестового задания, подготовкой профессионального портфолио и собеседованием с экспертной комиссией.

«Старт этого проекта – результат большой организационной и подготовительной работы, которую мы проводили совместно с экспертным врачебным сообществом столицы, преподавателями столичных медицинских вузов, – отметил руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун. – «Московский врач» – это важный шаг по созданию системы объективной оценки профессионального уровня врачей. Проект мотивирует самих медиков к непрерывному повышению уровня квалификации и подчёркивает особые требования, предъявляемые к столичному здравоохранению. Для врачей это возможность заявить о

себе как о настоящем профессионале, получив заслуженное признание не только среди пациентов, но и среди коллег».

«Лидер. Мед»

В столичном здравоохранении уже сформирована сильная и высокопрофессиональная команда управленческих кадров. Из 250 главных врачей четверть прошла обучение в университете управления правительства Москвы и почти столько же – зарубежную стажировку. При этом за последние 6 лет кадровый состав руководителей помолодел на 7 лет – средний возраст снизился с 54 до 47 лет. Чтобы сформировать надёжный резерв управленческих кадров, столичный Департамент здравоохранения проведёт открытый конкурс.

«Мы сегодня выступаем с инициативой проведения масштабного, очень важного для отрасли нового кадрового проекта, который носит название «Лидер. Мед», – рассказал на заседании президиума правительства столицы А.Хрипун. – С этим проектом мы рассчитываем

найти талантливых сотрудников, которые в близкой перспективе смогут пополнить состав лучших руководителей наших медучреждений».

Согласно утверждённому президиумом порядку, искать перспективных и талантливых будут через интернет. На первом этапе конкурса планируется привлечь к проекту 5 тыс. человек, прошедших анкетирование в online-режиме и таким же образом выполнивших специальные задания. Затем из них отберут тысячу, которым предстоит новые тесты и задания.

«Таким образом мы рассчитываем сформировать резерв из 300 молодых амбициозных управленцев, которые составят команду единомышленников, способную решать очень серьёзные задачи», – пояснил А.Хрипун.

Открытость и прозрачность конкурса отмечает «назначенцев» и даёт стимул расти действительно способным и знающим дело. Это тот самый социальный лифт, о необходимости которого сейчас много говорят. К участию в конкурсе департамент приглашает всех работающих в медучреждениях управленцев – заместителей руководителей, руководителей филиалов, заведующих отделениями, а также тех врачей и медсестёр, кто чувствует в себе потенциал и хочет его реализовать.

В конкурсе также могут принять участие кандидаты с немедицинскими, но очень востребованными в медицине специальными – экономическими или юридическими.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Акции

Всероссийская информационно-пропагандистская оздоровительная акция «Волна здоровья» в двенадцатый раз взяла старт на Северном речном вокзале Москвы. Теплоход с ведущими специалистами федеральных медицинских центров пройдёт по маршруту: Москва – Тверь – Углич – Мышкин – Кострома – Ярославль – Череповец – Дубна – Москва.

Старт акции, инициатором которой является Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации» и которую поддержало Министерство здравоохранения РФ, дала на борту теплохода «Карл Маркс» глава Минздрава России Вероника Скворцова.

«Я вижу два важных аспекта «Волны здоровья» – скрининги и осмотры детей разных возрастов и женщин репродуктивного возраста, что даёт возможность выявить патологии на ранней стадии. Второе – демонстрация здорового образа жизни. Самое главное – то, что здоровье детей стало значимой национальной идеей», – подчеркнула глава министерства на состоявшейся на борту этого судна пресс-конференции.

В этом году в акции принимают участие Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева Минздрава России, Федеральный научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России, Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Минздрава России, Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова Минздрава России, НИИ «Эндокринологический научный центр».

«Основной целью акции является оказание адресной помощи детям, страдающим врождённым пороком сердца, нарушениями зрения, слуха и другими заболеваниями, а также популяризация и внедрение инновационных технологий оздоровления населения, пропаганда здорового образа

«Волна здоровья» отправилась по России

Её везде ждут, на неё очень надеются



Сотни детей получили в ходе мероприятия адресную медпомощь в лучших клиниках столицы

жизни, физической культуры и спорта», – сообщил президент Общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» академик РАН Лео Бокерия. Главный кардиохирург Минздрава России, директор ННПССХ им. А.Н.Бакулева, избранный в 2017 г. председателем Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ, отметил, что «Волна здоровья» призвана решать как стратегические задачи, так и конкретные проблемы.

Акция состоит из медицинской, образовательной и пропагандистской частей, каждая из которых имеет свою задачу и свою аудиторию. Обследование детей

на современном медицинском оборудовании лучшими специалистами ведущих федеральных специализированных центров и клиник – медицинская составляющая акции. Организация консультаций и обучающих семинаров для специалистов – образовательная. Проведение фестивалей, концертов, показательных выступлений и спортивных состязаний для населения – пропагандистская часть.

Как рассказал Л.Бокерия, специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии проведут консультации для женщин репродуктивного возраста, женщин, планирующих беременность, и будущих мам. А педиатры детского медицинского центра

Управления делами Президента РФ дадут мастер-классы для молодых родителей и ответят на вопросы по уходу за младенцами и грудному вскармливанию. В каждом городе в заранее подготовленных списках значатся сотни детей от грудничкового до подросткового возраста с патологиями различных органов, которых местные органы здравоохранения отобрали для консультаций со столичными специалистами. Каждого сопровождают не только родители, но и местные врачи, знакомые с историей болезни ребёнка. После осмотра медиками у детей появляется возможность получить лечение в Москве.

По традиции врачи принимают не только по спискам, но и всех желающих – в приёмнике никому не отказывают. Все обследования и консультации проводятся бесплатно.

Кроме того, на теплоходе любой желающий сможет узнать о первой помощи и обучиться элементам её оказания (сердечно-лёгочная реанимация, инородное тело в дыхательных путях). Обучение проведут специалисты МЧС России.

Помимо оказания адресной медицинской помощи детям, важной составляющей «Волны здоровья» по-прежнему остаются информационно-пропагандистские мероприятия для молодёжи. В этом году внимание будет уделено вопросам формирования в молодёжной среде приоритетов здорового образа жизни. В каждом городе пройдут фестиваль здорового образа жизни «Спорт как искусство», акция «10 тысяч шагов к жизни» и другие мероприятия, сообщил Л.Бокерия.

Первый теплоходный маршрут по городам Поволжья с бригадами врачей, артистами, известными общественными деятелями прошёл ещё в 2006 г. С тех пор по Каме, Дону, Волге, Иртышу, Лене «Волна здоровья» посетила 44 населённых пункта 7 федеральных округов страны. Уже более 10 тыс. детей прошли медицинские обследования и получили консультации специалистов. Более 1,5 тыс. ребят по направлениям «Волны здоровья» получили адресную медицинскую помощь в лучших клиниках столицы России.

Акция «Волна здоровья 2017» поддержана администрациями Тверской, Ярославской, Костромской, Вологодской и Московской областей, продлится до 9 сентября.

«Нас часто спрашивают: «а что, вот вы приезжаете в крупные города, там нет специалистов?». На самом деле всё есть, конечно, – говорит Л.Бокерия. – Но, во-первых, любому человеку нужно второе мнение. А главное, знаете, московский врач всегда на слуху всё-таки. Мы видели эти сумасшедшие очереди, которые выстраиваются к нам. Мы никому не отказываем! Обычно мы с департаментами здравоохранения регионов договариваемся о списке детей, которых предстоит посмотреть, потому что акция в каждом городе только один день проходит. Потом ночью теплоход идёт до другого города. И все, кто имеют какие-то медицинские документы, приходят, и мы всех смотрим».

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Генеральный директор ООО «Росгосстрах-Медицина» Надежда ГРИШИНА рассказала «Медицинской газете» об эффективности тематических экспертиз, которые способствуют предупреждению серьёзных дефектов при оказании медицинской помощи.

С момента вступления в действие Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан в РФ» прошло 6 лет. Законом была введена норма о свободном выборе гражданином страховой медицинской организации, который должен основываться на конкурентных преимуществах СМО.

С точки зрения граждан, наиболее перспективным и понятным направлением конкуренции страховых компаний может быть конкуренция по качеству оказываемых услуг, связанная в первую очередь с защитой прав застрахованных лиц, развитием системы активного информирования граждан, проведением экспертизы качества оказанной медицинской помощи, разрешением спорных вопросов и жалоб на досудебном и судебном уровнях.

За прошедшие 6 лет в этом направлении достигнуты немалые успехи. В страховых медицинских организациях возросло количество проводимых экспертиз, принятых и разрешённых жалоб, в том числе и с возмещением необоснованно потраченных личных средств граждан. Более года назад появился институт страховых представителей, в рамках которого начинает активнее развиваться информационное сопровождение застрахованных при оказании медицинской помощи.

Но проведение всех этих мероприятий, включая выполнение большого объёма плановых медико-экономических экспертиз и экспертиз качества медицинской помощи (ЭКМП), пока не приводит к желаемому повышению качества и доступности медицинской помощи. Одна из причин этого в том, что массовые экспертные мероприятия, проводимые СМО, носят преимущественно ретроспективный характер. Такие мероприятия, проводимые постфактум, не могут эффективно влиять на профилактику дефектов медицинской помощи, не позволяют превентивно обеспечивать качество медицинской помощи и эффективно управлять им. Поэтому сегодня всё большую актуальность приобретает смена акцентов в экспертной деятельности СМО, и одним из наиболее важных аспектов становятся тематические экспертизы медицинской помощи.

Точно, аккуратно, действительно

Именно тематические экспертизы позволяют обеспечивать и необходимую адресность экспертных действий, и в целом способствовать предупреждению серьёзных дефектов медицинской помощи на этапе её оказания и даже в период подготовки к её оказанию, что и является основной целью системы управления качеством в сфере здравоохранения.

Выбор тематики экспертиз должен осуществляться в регионе на коллегиальной основе, например рабочими группами или постоянно действующими комиссиями, созданными при ТФОМС, на основе комплексного анализа показателей деятельности медицинских организаций и результатов предшествующих экспертных мероприятий.

Возможные поводы для проведения таких ЭКМП на текущий момент предусмотрены в Методическими рекомендациями Федерального фонда ОМС № 8546/30-5/и от 15.09.2016, которыми предложен мультидисциплинарный подход к проведению тематических экспертиз.

Такими поводами могут быть:

- жалобы граждан на качество медицинской помощи, в оказании

которой принимали участие специалисты разных профилей;

- случаи, отобранные страховой медицинской организацией по результатам медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, если проведение экспертизы одним экспертом не позволяет сделать заключение об объёме и качестве медицинской помощи;
- случаи оказания медицинской помощи (в том числе и закон-

лено, что в большинстве случаев весь объём необходимых вмешательств, включая поддерживающую терапию, мог быть выполнен в условиях дневного стационара, следовательно, финансовые средства системы ОМС были израсходованы неэффективно, что особенно недопустимо в условиях экономического кризиса. Вопросам перепрофилирования части круглосуточных коек в койки дневного стационара стоит уде-

щих заболеваниях и (или) соответствующей медикаментозной коррекции, свидетельствующее о недостаточном внимании врачей-химиотерапевтов к состоянию здоровья пациентов.

На необходимость надлежащей степени заботливости и внимательности, проявляющихся в активном и целенаправленном клинико-инструментально-лабораторном поиске особенностей организма пациента, своевремен-

инструмент восстановления нарушенных прав на медицинскую помощь надлежащего качества и полного объёма.

Карта дефектов медицинской помощи

Необходимо отметить, что при проведении тематических экспертиз экспертами ООО «РГС-Медицина» широко используется пособие для медицинских работ-

ОМС: реальность и перспективы

Будущее — за тематическими экспертизами

Сегодня защита прав застрахованных вышла на новый уровень

чившиеся летальным исходом) при заболеваниях, занимающих лидирующие позиции в динамике и структуре смертности населения на территории как отдельного субъекта РФ, так и России в целом;

- необходимость контроля качества медицинской помощи в динамике в рамках одной темы, в одних и тех же медицинских организациях, спустя 6 месяцев от предыдущей плановой тематической ЭКМП в целях контроля результатов устранения дефектов медицинской помощи;
- другие поводы, позволяющие в кратчайшие сроки выявить проблемные зоны в оказании медицинской помощи ненадлежащего качества.

Доступность нужно обеспечить

Всем известен пример обращения пациентки с запущенным онкологическим новообразованием к Президенту России во время прямой линии, после которого проблема низкой доступности оказания онкологической медицинской помощи вызвала особенно серьёзный резонанс. При подобных информационных поводах СМО, используя инструмент тематической экспертизы, в состоянии оперативно подвергать анализу качество и доступность больших массивов медицинской помощи с рисками системных дефектов.

Примером именно такого подхода являются тематические экспертизы, проведённые в 2017 г. в ряде регионов страховой компанией ООО «Росгосстрах-Медицина» по случаям онкологической медицинской помощи. По результатам экспертиз был сделан вывод о фактическом отсутствии системы оказания химиотерапевтической помощи онкологическим больным в рамках стационарозамещающих технологий.

Существующий объём коек дневного стационара в проверенных медицинских организациях оказался незначительным и не имел ожидаемого решающего значения для экономики здравоохранения субъектов РФ. Основные объёмы дорогостоящей химиотерапевтической помощи продолжали оказываться в круглосуточном стационаре без достаточных к тому оснований. Во многих случаях было установлено, что основные химиотерапевтические препараты вводились в первые 2-3 дня госпитализации, при этом дневниковые записи подтверждали удовлетворительное состояние пациента, отсутствие сопутствующих заболеваний и экстремумов в результатах лабораторных исследований, то есть свидетельствовали об отсутствии необходимости наблюдения пациента в условиях круглосуточного стационара.

Таким образом, в рамках тематических экспертиз было установ-



лять особо пристальное внимание в регионах. Это позволяет не только оптимизировать расходы на оказание медицинской помощи, но и существенно сократить очередь пациентов на госпитализацию на циклы химиотерапии в условиях высокой востребованности данной помощи, так как койка дневного стационара может функционировать в 2 или даже 3 смены аналогично койкам дневного пребывания при оказании услуг гемодиализа.

Клинические рекомендации и химиотерапия

Одновременно рассматривались варианты совершенствования тарифного регулирования с выделением поправочных коэффициентов к тарифам отдельных клинико-статистических групп (КСГ), учитывающих реальные затраты в регионах на главный «КСГ-образующий фактор» — стоимость конкретного препарата или их комбинации, закупленных на конкурсной основе.

В рамках проведённых тематических экспертиз были выявлены и системные дефекты в оказании качества онкологической помощи. В большинстве случаев доза введённого пациенту химиотерапевтического препарата не соответствовала расчёту дозы согласно избранной схеме химиотерапии. Отсутствие формулы расчёта разовой дозы химиотерапевтического препарата, обоснованного режима химиотерапии, способа и кратности введения лекарственного препарата, длительности курса и аргументации назначения конкретного лекарственного средства или их комбинаций, предусмотренных действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), является грубым нарушением требований критериев оценки качества медицинской помощи, утверждённых Минздравом России.

Проверки также установили отсутствие в медицинской документации онкологических больных формулировок о сопутствую-

ном выявлении, консультировании и коррекции сопутствующих основному онкозаболеванию состояний, обычно отягчающих его течение и влияющих на показания и противопоказания к назначению химиотерапии, также указывают Критерии оценки качества медицинской помощи, утверждённые Минздравом России.

Циклы химиотерапии имеют чётко определённые дни (начало и конец) введения препарата и периоды между ними. Однако в ряде случаев проверками установлено невыполнение требований своевременности начала, окончания и возобновления очередного цикла введения химиопрепаратов, предусмотренных Клиническими рекомендациями Ассоциации онкологов России, расценённое как ненадлежащее качество онкологической помощи по критериям своевременности её оказания, правильности выбора методов лечения и степени достижения запланированного результата. Такие выводы следуют и из нормы части 4 статьи 21 Федерального закона № 323-ФЗ: «3) плановая — медицинская помощь, которая оказывается при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определённое время не повлечёт за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровья». Ключевое словосочетание указанной нормы — «определённое время», то есть конкретная дата и время, исключающие любую неопределённость: через несколько дней, через несколько недель, через 3-4 недели, через полгода или год.

Отсутствие у пациента выписки из медицинской карты с указанием «определённого времени» госпитализации на очередной цикл химиотерапии и копии протокола врачебного консилиума, с одной стороны, не позволяет пациенту планировать своё собственное время рационально (труд, отдых, посещение культурных мероприятий), то есть не позволяет создать условия для повышения качества его жизни. С другой стороны, это не позволяет лечащему химиотерапевту и заведующему отделением рационально планировать собственные ресурсы для очередной госпитализации и лечения пациента.

Медицинская карта должна содержать своеобразную «дорожную карту» врача и пациента с включённым в неё календарём циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии. Такая дорожная карта для онкологического пациента — важнейшее предложение по результатам тематической ЭКМП и ключевой

ников и экспертов по дефектам оказания медицинской помощи «Карта дефектов медицинской помощи», разработанное экспертами СМО «Росгосстрах-Медицина» под руководством профессора А.Старченко при эффективном сотрудничестве с Национальной медицинской палатой.

Карта дефектов создавалась как инструмент независимости медицинской экспертизы системы ОМС и поддержания справедливого баланса прав и законных интересов пациента и врача. Методологической основой для создания Карты дефектов явился более чем 20-летний опыт экспертной деятельности страховщиков в системе ОМС. При реализации проекта использовались средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ № 243-рп от 25.07.2014 на основании конкурса, проведённого ООО «Лига здоровья нации».

Целями разработки этого документа явились:

- искоренение субъективизма и «вкусовщины» в экспертизе;
- информирование врачей об описанных ранее выявленных дефектах в целях их устранения;
- создание единого экспертного пространства в здравоохранении, когда эксперт любого ведомства или любой системы при схожих случаях выносит тождественные экспертные решения.

На сегодня Карта дефектов выдержала 3 издания, она бесплатно передавалась экспертам качества медицинской помощи, включённым в реестры экспертов субъектов РФ, и ввиду широкой востребованности была размещена на сайте Национальной медицинской палаты для свободного использования врачами и экспертами системы ОМС.

Такие подходы свидетельствуют о том, что страховые медицинские организации за 6 лет работы в условиях нового законодательства об ОМС стали более ответственно выполнять свои законодательные обязанности. В сфере экспертной деятельности они перешли на качественно иной уровень. Согласованные с Минздравом России, Федеральным фондом ОМС и Национальной медицинской палатой, инициативы медицинских страховщиков изменили их место и роль как участников обязательного медицинского страхования. Они оказывают всё большее влияние на эффективность принимаемых органами исполнительной власти всех уровней решений, оптимизирующих систему оказания медицинской помощи и влияющих на повышение её качества и доступности для граждан, застрахованных по ОМС.

Записал
Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Какой грипп ожидается в наступившем эпидемическом сезоне – это уже известно Всемирной организации здравоохранения и Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Специалисты настоятельно рекомендуют пациентам обязательно прививаться, чтобы избежать осложнений и неблагоприятных исходов опасного инфекционного заболевания.

Новые старые знакомые

«В этом году мы ждём новый штамм вируса А (H1N1), («Мичиган», по классификации ВОЗ), так называемого свиного гриппа, и два прежних варианта – А (H3N2), гонконгский, и прежний прошлогодний вариант вируса гриппа В, – заблаговременно предупредила в августе медиков и население глава Роспотребнадзора Анна Попова. – Хочу сказать, что один из трёх штаммов – новый, поэтому прививка прошлого года может быть неэффективной, надо вакцинироваться сейчас».

Защитный эффект вакцинации против гриппа, как известно, развивается через 10-12 дней от момента вакцинации и длится до 12 месяцев. Поэтому в зависимости от ожидаемых штаммов прививки рекомендуется делать ежегодно в осенний период до начала сезонного подъёма заболеваемости гриппом и ОРВИ. Своевременная вакцинация предотвращает риски заболевания гриппом у 80-90% детей и взрослых. Если привитой всё же заболевает гриппом, то болезнь протекает легче и без каких-либо осложнений.

Иммунизация против гриппа проводится в нашей стране вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешёнными к применению в Российской Федерации в установленном порядке в соответствии с инструкциями. Поскольку особенностью вируса гриппа является его выраженная изменчивость, по рекомендации ВОЗ на основании генетического анализа состав противогриппозных вакцин обновляется ежегодно – и в вакцину включаются антигены актуальных, то есть циркулирующих в этом сезоне штаммов вирусов гриппа А (H1N1), А (H3N2) и В. Следуя рекомендациям ВОЗ по штаммовому составу вакцин на предстоящий эпидсезон 2017/2018 для стран Северного полушария, Комиссия по гриппозным вакцинам и диагностическим штаммам Минздрава России рекомендовала включить их в состав противогриппозной вакцины.

Вакцина против гриппа создаётся при помощи клеток куриного эмбриона. Её нельзя делать людям с аллергией на куриный белок.

От прививки стоит посоветовать отказаться в случае аллергии, высокой температуры, при обострении хронических болезней, сильной реакции на противогриппозную вакцину в прошлом. Если человек болеет ОРВИ с продолжительной температурой, необходимо подождать минимум две недели после заболевания и только тогда делать прививку. Также её не делают детям младше 6 месяцев, некоторые виды для детей противопо-

Профилактика

Эпидемия гриппа: без вакцинации не обойтись

В нынешнем сезоне прививки смогут получить не менее 45% населения России



Надо быть начеку...

показаны. В основном это живые вакцины.

Побочные эффекты возникают очень редко, иногда наблюдается небольшая болезненность в месте укола или субфебрильная температура. Прививаться против гриппа или нет, каждый человек решает самостоятельно.

Однако стоит напомнить пациентам, что так же, как и в прошлом сезоне, в нынешнем не будет использоваться противогриппозный назальный спрей. Анализ статистики его применения ранее не показал достаточной эффективности этого средства. Кроме того, назальный спрей против гриппа не рекомендован беременным женщинам.

К тому же, учитывая опыт прошлого сезона, можно сделать вывод, что отказ от спрея не привёл к ухудшению статистики по заражённым гражданам.

Все же остальные виды вакцинации могут применяться при отсутствии противопоказаний. В любом случае решение о вакцинации и о её виде должен принимать квалифицированный специалист в каждом отдельном случае чтобы избежать нежелательных последствий, вызванных возможными побочными эффектами.

Не только группы риска

Уместно напомнить, что в рамках Национального календаря профилактических прививок вакцинация против гриппа бесплатно проводится следующим категориям населения:

- дети с 6 месяцев;
- учащиеся 1-11-х классов;
- обучающиеся в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;
- взрослые, работающие по отдельным профессиям и должностям (работники медицинских и образовательных организаций, транспорта, коммунальной сферы);

СПРАВКА «МГ».

Кроме 3 существующих типов вируса гриппа – А, В, С – с каждым годом появляются их новые разновидности, к которым у человека нет иммунитета, а старые подвергаются мутации. Заражение происходит воздушно-капельным путём и с лёгкостью передаётся окружающим. Это приводит к пандемиям гриппа, то есть к такому уровню заболеваемости, который затрагивает большие территории: страны, континенты либо весь мир. Особенно опасен свиной грипп, унёсший множество жизней. Ожидаемый «Мичиган» – подтип свиного гриппа, вспышки которого были в 2009 г.

- беременные женщины;
- взрослые старше 60 лет;
- лица, подлежащие призыву на военную службу;

Лица с хроническими заболеваниями, в том числе с заболеваниями лёгких, сердечно-сосудистыми заболеваниями, метаболическими нарушениями и ожирением.

Лица из групп риска, не вошедшие в Национальный календарь профилактических прививок, в первую очередь работники торговли, общественного питания, промышленных и других предприятий, могут быть привиты за счёт средств работодателя или других источников финансирования. Затраты работодателей на проведение иммунизации своих сотрудников против гриппа значительно меньше затрат, связанных с их болезнью во время эпидемии. Поэтому работодателям необходимо позаботиться сейчас о приобретении противогриппозных вакцин и иммунизации работающих сотрудников.

Лучшим временем, когда делать прививку против гриппа 2017/2018, иммунологи считают сентябрь.

Управление Роспотребнадзора по Москве уже информировало о начале прививочной кампании по вакцинации против гриппа. Бесплатную прививку в столице можно сделать в поликлинике в любое время. В настоящее время вакцина против гриппа завезена, поступила во все медицинские организации в достаточном количестве и доступна для населения.

Прививочная кампания продлится до ноября

Прививочная кампания стартовала уже и в Подмосковье, где в 2017 г. планируется сделать прививки против гриппа 2,9 млн человек, в том числе порядка 873 тыс. детей, сообщила первый заместитель председателя правительства Московской области Ольга Завралова. В 2016 г. в этом субъекте РФ против гриппа было привито более 2,6 млн человек.

А вот сообщения из других регионов.

В Краснодарском крае в рамках Национального календаря профилактических прививок намерены привить более 47% кубанцев. Из них – более 2 млн 600 человек взрослого населения и около 900 тыс. детей. В прошлом году в этом субъекте Федерации прививку против гриппа сделали свыше 2,5 млн человек.

Начиная с 30 августа, могут обращаться в поликлиники по месту жительства для проведения вакцинации и жители Пензенской области. Всего в 2017 г. здесь планируется привить 480 300 человек взрослого населения и 120 тыс. детей.

Бесплатно вакцинировать до ноября планируется 40% жителей Омской области, которые входят в группу риска: детсадовцев, школьников, педагогов, врачей, пенсионеров и т.д. Пока, по данным регионального Министерства здравоохранения на 29 августа, вакцинацию против гриппа прошли 41,5 тыс. человек: 30,5 тыс. взрослых и 11 тыс. детей.

Всего же в 2017 г. прививки против гриппа могут получить не менее 45% населения России, заявила глава Роспотребнадзора Анна Попова.

«В этом году из средств федерального бюджета выделены средства для иммунизации более чем 40% всего населения Российской Федерации, будут деньги ещё из бюджетов субъектов, муниципалитетов, это будут ещё и частные деньги, ну, деньги граждан, это будут ещё и средства работодателей, мы в этом уверены. То есть количество населения, которое будет в этом году привито против гриппа, никак не может быть меньше 45%», – сказала журналистам А.Попова.

Безопасность и эффективность вакцинации против гриппа в виде предотвращения заболеваний гриппом и ОРВИ, осложнений, а также смертельных исходов подтверждена многочисленными научными исследованиями и многолетним опытом использования противогриппозных вакцин. Попадая в организм, они нейтрализуют вирус. Однако вся проблема в том, чтобы его распознать. Распознавание происходит по белковой оболочке вируса, а он имеет разные штаммы, и потому составляющие вакцины не всегда эффективны.

Но сейчас вроде бы найдено решение и этой проблемы. Японские учёные вывели новый вид вакцины, который по результатам испытаний признан универсальным. Они установили, что все вирусные белки имеют одинаковые отличительные особенности. И, таким образом, если идентифицировать именно эти белки, а после – их нейтрализовать, можно получить универсальную вакцину против гриппа.

Полученная новая вакцина может серьёзно продвинуть человечество в борьбе с таким коварным и тяжёлым заболеванием. На данный момент проведены клинические испытания нового препарата, и они показали, что он не вреден для человека. Однако запуск серийного производства запланирован лишь на середину следующего года. Ведутся также работы по изготовлению спрея для маленьких детей 2-4 лет, которые очень легко подвергаются заражению вирусом гриппа.

Однако не будем забывать и о таких эффективных мерах профилактики, как употребление витаминов, закаливание, лук, чеснок, проветривание, дезинфекция.

Ведь, согласно данным статистики, острым вирусным заразным заболеванием в холодное время года заболевают около 6 млн людей по всему миру, 200 тыс. случаев заканчиваются летальным исходом.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА
ВЫПУСК № 66 (2096)

Острый стеноз гортани – это частичное или полное сужение просвета гортани, приводящее к затруднению или полному прекращению её дыхательной функции.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J38.0	Паралич голосовых складок и гортани

Этиология и патогенез

В этиологии стенозов гортани выделяют:

- Воспалительные процессы в гортани (подскладочковый ларингит, острый ларинготрахеит у детей, нагноительные процессы – абсцессы, флегмоны, хондроперихондриты)
- Другие инфекции (дифтерия, корь, скарлатина, грипп)
- Инфекционные гранулёмы (туберкулёз, сифилис, склерома)
- Невоспалительные процессы гортани (отёк аллергического характера или закупорка слизи и корками при уремии, нефритах, заболеваниях сердца и лёгких)
- Новообразования (доброкачественные, злокачественные)
- Травмы (механические, термические, химические)
- Инородные тела
- Нарушения иннервации гортани (периферические и центральные, ятрогенные, травматические, компрессионные, миастения)
- Патологические процессы по соседству с гортанью (заглочотный абсцесс, глубокие флегмоны шеи, новообразования средостения, пищевода, щитовидной железы)
- Пороки развития (врождённые мембраны и кисты).

В случае воспалительных процессов, приводящих к стенозу гортани, наиболее часто встречается смешанная микрофлора: пневмококк, гемофильная палочка, вирусы (гриппа, парагриппа, аденовирусы, РСВ), стрептококк, дифтерийная палочка, патогенные грибы и др. В основе патофизиологических механизмов стеноза гортани лежат гипоксия и гиперкапния, вызывающие быстротекущие патохимические реакции ишемии, которые включают метаболические нарушения (ацидоз, внутриклеточный отёк, снижение скорости реакций гликолиза), оксидативные процессы (образование гидропероксидов биологических мембран, активацию внутриклеточных каскадов, фосфолипаз, арахидоновой кислоты и др.), нейротрансмиттерные дисбалансы в виде эксайтотоксичности, увеличения функции деполаризующих медиаторных систем в целом.

Эти реакции приводят к выраженным нарушениям функции органов и систем, которые клинически проявляются со стороны дыхательной системы одышкой, изменением частоты и глубины дыхания (в зависимости от степени стеноза) и участием в акте дыхания мышц плечевого пояса, шеи. Со стороны сердечно-сосудистой системы – тахикардией, повышением сосудистого тонуса и, как следствие, временным увеличением артериального давления и МОК в стадии компенсации.

Прогрессирование патохимических реакций ведёт к усугублению клинических проявлений стеноза гортани и к его декомпенсации. Нарушается контрактильная функция миокарда, растёт гипертензия в малом круге кровообращения, возникает патологическое шунтирование, и гипоксия становится критической. Критические нарушения газообмена окончательно блокируют образование энергии в гликолизе, угнетается тканевое дыхание, что приводит к выраженным нарушениям системной гемодинамики, гемо-реологии и эндотелиальной дисфункции.

Несвоевременное оказание медицинской помощи, даже в случае сохранения жизни индивида, ведёт к выраженному неврологическому дефициту и гемодинамическим нарушениям. Экстренное восстановление проходимости верхних дыхательных путей и цитопротекция устраняют патохимические реакции гипоксии и способствуют стабилизации состояния больного.

Классификация

Стенозы гортани различаются по скорости развития и степени компенсации. По скорости развития стенозы гортани подразделяются на:

1. Молниеносные (закупорка крупным инородным телом, ларингоспазм), развивающиеся в течение нескольких минут.

2. Острые, развивающиеся в течение нескольких часов (дней).

В развитии острых стенозов выделяют 4 стадии: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации и асфиксии. Стадии развития стеноза могут быть коротечными. Хронические стенозы гортани в случае декомпенсации клинически протекают подобно острым.

Клиническая картина

1. Компенсированный стеноз характеризуется редкими и глубокими дыхательными

Оказание скорой медицинской помощи при остром стенозе гортани
Федеральные клинические рекомендации

экскурсиями, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, урежением пульса, одышкой при физической нагрузке. При физической нагрузке возможна инспираторная одышка, тенденция к брадикардии, по данным КОС – компенсированный дыхательный ацидоз.

2. Субкомпенсированный стеноз проявляется инспираторной одышкой в покое, со стридором (шумное дыхание), учащением дыхания с участием в нём вспомогательных мышц, втяжением надключичных, подключичных, яремных ямок и межрёберных промежутков, бледностью кожных покровов, цианозом, беспокойством, ортопноэ. По данным КОС – субкомпенсированный дыхательный или смешанный ацидоз.
3. Декомпенсированный стеноз характеризуется нарастающим цианозом, частым, поверхностным дыханием, потливостью, малым и частым пульсом (с замедлением пульса или выпадением пульсовой волны на вдохе – т.н. парадоксальный пульс), чувством страха, иногда возбуждением. В акт дыхания включаются наружные мышцы гортани, и она совершает максимальные экскурсии при вдохе и выдохе. Больные могут принимать вынужденное положение с запрокидыванием головы назад и опорой на руки. По данным КОС, выявляется декомпенсированный дыхательный и метаболический ацидоз. Возникают нарушения ритма сердца, являющиеся предвестниками перехода в стадию асфиксии.
4. Асфическая стадия – терминальное состояние, утрата сознания до комы, с судорожным синдромом, диффузный цианоз, агональный тип дыхания или отсутствие его, отсутствие пульса на периферии, мидриаз, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, остановка сердца.

Продолжительность стадий варьирует в зависимости от течения стеноза. Выбор метода лечения стеноза гортани в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую – причиной, его вызвавшей.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика на догоспитальном этапе

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания (стадия компенсации или субкомпенсации)

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента при стенозе гортани в стадии компенсации (субкомпенсации):

1. Как себя чувствуете?
2. Что труднее – вдохнуть или выдохнуть?
3. Изменился ли голос?
4. На фоне чего появилось затруднение дыхания?
5. Были ли кашель, рвота, изменение цвета кожных покровов?
6. Затруднено ли глотание?
7. Какая температура тела?
8. На фоне чего возникли боли в горле и как давно болит горло?
9. Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твёрдой и/или жидкой пищи?

10. Не затруднён ли приём пищи?
11. Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открытие рта, разговор и др.)?
12. Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов в подчелюстной области?
13. Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства, и какой был эффект?
14. Как изменилось состояние к моменту прибытия бригады скорой помощи?

II. Осмотр пациента

- Внешний осмотр пациента (выражение лица, окраска кожных покровов, наличие вынужденного положения, тип одышки)
- Состояние голосовой функции
- Осмотр полости рта
- Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей
- Измерение артериального давления, исследование пульса

- Аускультация лёгких
- Электрокардиография и расшифровка ЭКГ
- Пульсоксиметрия
- Термометрия.

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Лечение

Основные принципы в стадии компенсации:

- создать для пациента эмоциональный и психический покой;
- респираторная поддержка кислородом (А, 1++);
- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД) (А, 1++);
- попытаться установить этиологию стеноза гортани;
- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведённого в 2 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида, интраназально – по 2–3 капли 0,1%-ного раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрию (А, 1++);
- преднизолон 60 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно (А, 1++);
- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутримышечно (А, 1+);
- метамизол натрия 500 мг внутримышечно (при выраженной гипертермии взрослым) (А, 1+);
- решение вопроса о доставке в профильный стационар, транспортировка в положении сидя или лёжа с приподнятым головным концом;
- готовность к экстренному проведению интубации трахеи или альтернативному способу восстановления проходимости верхних дыхательных путей (санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи, кониотомия).

Основные принципы в стадии субкомпенсации:

- создать для пациента эмоциональный и психический покой;
- респираторная поддержка увлажнённым кислородом;
- катетеризация кубитальной или других периферических вен, начать инфузию 5%-ного – 400,0 раствора декстрозы (0,9%-ного – 400,0 мл раствора натрия хлорида);
- цитопротекция – мексидол 500 мг (в случае возбуждения пациента) или цитофлавин 10 мл раствора в инфузионном 0,9%-ного – 250,0 мл раствора натрия хлорида или 250,0 мл 5%-ного раствора декстрозы со скоростью 40-60 капель в минуту, или реамберин 250-500 мл в/в капельно (А, 1++);
- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведённого в 2 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида (А, 1++);

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно (А, 1+);
- преднизолон 60-90 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно (А, 1++);
- фуросемид 20 мг внутривенно (А, 1++);
- аминофиллин 240 мг (при наличии бронхиальной обструкции) внутривенно медленно (А, 1+);
- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД) (А, 1++);
- решение вопроса о госпитализации в профильный стационар и превентивном обеспечении проходимости верхних дыхательных путей;
- готовность к экстренному проведению однократной попытки интубации трахеи, выполнение кониотомии при развитии асфиксии;
- готовность к проведению базовой сердечно-лёгочной реанимации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

Основные принципы в стадии декомпенсации и асфиксии:

- экстренное восстановление проходимости верхних дыхательных путей – однократная попытка интубации трахеи, затем кониотомия (А, 1++);
- оксигенотерапия, санация верхних дыхательных путей, установка воздуховода (А, 1++);
- готовность к проведению базовой сердечно-лёгочной реанимации (ИВЛ, ЗМС);
- обеспечить эффективный доступ к периферической или центральной вене, начать инфузию 5%-ного – 400,0 раствора декстрозы (0,9%-ного раствора натрия хлорида) (А, 1++);
- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно (А, 1+);
- преднизолон 60-90-120 мг или дексаметазон 16-24 мг внутривенно (А, 1++);
- фуросемид 40 мг внутривенно (А, 1++);
- суксаметония хлорид (йодид) 100 мг внутривенно, по показаниям, перед интубацией трахеи в стадии декомпенсации (А, 1+);
- при судорожном синдроме диазепам 10-20 мг или его аналоги внутривенно (А, 1++);
- при развитии терминального состояния базовая или расширенная сердечно-лёгочная реанимация в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти;
- после восстановления проходимости дыхательных путей цитопротекция цитофлавин 10 мл раствора в инфузионном 0,9%-ного – 250,0 мл раствора натрия хлорида или 250,0 мл 5%-ного раствора декстрозы со скоростью 40-60 капель в минуту, или мексидол 500 мг, или реамберин 250-500 мл в/в капельно (А, 1++);
- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД) (А, 1++);
- решение вопроса о доставке пациента в профильный стационар.

На догоспитальном этапе способом восстановления проходимости верхних дыхательных путей является санация полости ротоглотки, мануальное и инструментальное извлечение инородного тела (при возможности), интубация трахеи, кониотомия. Трахеостомия проводится в стационарном отделении скорой медицинской помощи.

Показания к доставке пациента в стационар

Все пациенты с острым стенозом гортани подлежат экстренной медицинской эвакуации в стационар.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СТОСМП)

Диагностика на госпитальном этапе

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия (А, 1++).
4. Лучевая диагностика: рентгенография шейного отдела позвоночника, КТ (МРТ), ультразвуковая диагностика (А, 1++).

(Окончание на стр. 8.)

(Окончание. Начало на стр. 7.)

5. Определение параметров КОС (А, 1++)
6. Клинико-лабораторная диагностика (А, 1++).

Объём скорой медицинской помощи на стационарном этапе (в СтОСМП) не отличается от объёма СМП догоспитального этапа за исключением способа восстановления проходимости верхних дыхательных путей – по показаниям проводится трахеостомия. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть вызван оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург и инфекционист.

Приложение

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Сергей КАРПИЩЕНКО,
доктор медицинских наук, профессор.
Галина ЛАВРЁНОВА,
доктор медицинских наук, профессор.
Любовь КУЧЕРОВА,
кандидат медицинских наук, ассистент.
Кафедра оториноларингологии Первого
Санкт-Петербургского государственного
медицинского университета им. И.П.Павлова.
Василий АФАНАСЬЕВ,
доктор медицинских наук, профессор.
Сергей КЛИМАНЦЕВ,
кандидат медицинских наук, доцент.
Кафедра скорой медицинской помощи Северо-
Западного государственного медицинского
университета им. И.И.Мечникова.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ) является одним из наиболее частых эндокринных расстройств у женщин репродуктивного возраста. Показатели распространённости СПКЯ зависят от используемых критериев диагностики и особенностей популяционной выборки. В общей популяции женщин репродуктивного возраста распространённость синдрома составляет от 6-9 до 19,9%. Среди женщин, имеющих нарушения менструального цикла, частота выявления СПКЯ, по данным различных исследований, колеблется от 17,4 до 46,4%. У пациенток с клиническими проявлениями гиперандрогении СПКЯ занимает ведущее место, достигая при использовании различных критериев 72,1-82%, а у женщин с ановуляторным бесплодием СПКЯ выявляется в 55-91% случаев.

Хроническая ановуляция у женщин с СПКЯ является фактором риска развития гиперплазии и рака эндометрия, чему в значительной степени способствует наличие у 40-85% женщин с СПКЯ избыточного веса или ожирения. Наряду с репродуктивными нарушениями СПКЯ, особенно его классический фенотип, ассоциирован с инсулинорезистентностью, нарушением толерантности к углеводам (НТГ), сахарным диабетом (СД), сердечно-сосудистыми заболеваниями, что определяет отдалённые последствия этого заболевания. Описанные в методическом пособии современные подходы к диагностике и лечению СПКЯ основаны на принципах доказательной медицины и являются ключевыми в организации своевременного выявления синдрома и оказания эффективной помощи пациенткам. В пособии использованы градации достоверности рекомендаций и убедительности доказательств, представленные в приложении 1. Представленная тактика позволит улучшить результаты восстановления нарушенной репродуктивной функции и профилактики отдалённых осложнений СПКЯ.

Определение и диагностика СПКЯ

СПКЯ – полигенное эндокринное расстройство, обусловленное как наследственными факторами, так и факторами внешней среды. Ведущими признаками СПКЯ являются: гиперандрогения, менструальная и/или овуляторная дисфункция и поликистозная морфология яичников.

Клинический шифр, согласно МКБ-10: E28.2

Критерии диагностики СПКЯ

Диагностика СПКЯ основана на регистрации клинических и лабораторных проявлений гиперандрогении, оценке менструальной, овуляторной функции, а также морфологии яичников с помощью ультразвуографии.

В настоящее время для диагностики СПКЯ используются критерии Национального института здоровья США (NIH) (1990), пересмотренные в 2012 г.; согласованные кри-

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 1+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2++, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённых как 2+, напрямую применимых к целевой популяции и демонстрирующих общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Синдром поликистозных яичников в репродуктивном возрасте (современные подходы к диагностике и лечению)

Федеральные клинические рекомендации (протокол лечения)

Таблица 1

Диагностические критерии СПКЯ в соответствии с основными консенсусами

	NIH 1990 г.	ESHRE/ASRM 2003 г.	AE-PCOS 2006 г.	NIH 2012 г.
Критерии	Гиперандрогения и/или гирсутизм. Менструальная дисфункция с ановуляцией	Гиперандрогения клиническая или биохимическая. Олиго- и/или ановуляция. Поликистозная морфология яичников по УЗИ	Гиперандрогения клиническая или биохимическая. Овариальная дисфункция (олигоановуляция и/или поликистозная морфология по УЗИ)	Гиперандрогения клиническая или биохимическая. Олиго- и/или ановуляция. Поликистозная морфология яичников по УЗИ
Условия	Два из двух критериев при исключении другой патологии	Два из трёх критериев при исключении другой патологии	Два из двух критериев при исключении другой патологии	Два из трёх критериев при исключении другой патологии со спецификацией клинических фенотипов СПКЯ

Таблица 2

Варианты формулировки диагноза «СПКЯ»

Варианты формулировки диагноза
СПКЯ: гирсутизм, гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ <*>
СПКЯ: гиперандрогенемия, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ <*>
СПКЯ: гирсутизм, олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ <*>
СПКЯ: гирсутизм, гиперандрогенемия, олигоановуляция <*>
СПКЯ: гирсутизм, олигоановуляция <*>
СПКЯ: гиперандрогенемия, олигоановуляция <*>
СПКЯ: гирсутизм, поликистозная морфология яичников по УЗИ
СПКЯ: гиперандрогенемия, поликистозная морфология яичников по УЗИ
СПКЯ: олигоановуляция, поликистозная морфология яичников по УЗИ

<*> Так называемый классический фенотип СПКЯ

Эффективно: оценка гирсутизма по шкале Ферримана – Голлвея (Ф-Г) (см. приложение 2), уровень доказательности рекомендаций В.

Распространённость гирсутизма при классическом СПКЯ достигает 75%. У представительниц европеоидной и негроидной рас патогномичным является повышение значения суммы баллов по указанной шкале i 8 баллов, хотя по некоторым данным о гирсутизме свидетельствует его повышение i 6. **NB!** У представительниц Юго-Восточной Азии диагностически значимо повышение суммы баллов по шкале Ф-Г i 3 (В).

Эффективность не доказана: рекомендуемый объём физикального обследования пациенток с СПКЯ включает оценку акне и алопеции, однако в качестве критериев диагностики СПКЯ акне и алопеция рассматриваются, как правило, при сочетании с овуляторной дисфункцией или поликистозной морфологией яичников (В).

Лабораторная диагностика гиперандрогенемии

Диагностическое значение при СПКЯ имеет повышение в сыворотке крови уровней общего тестостерона и свободного тестостерона, при этом наиболее информативным является повышение свободного тестостерона, ДЭАС и андростендион являются вспомогательными маркёрами биохимической гиперандрогении при СПКЯ. Уровень доказательности рекомендаций В.

Наиболее эффективно: исследование концентраций общего тестостерона с помощью жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией (LC-MS), газовой хроматографии с масс-спектрометрией (GC-MS), а также – РИА с экстракцией органическими растворителями с последующей хроматографией.

NB! Исследование общего тестостерона с помощью прямого РИА более экономично, чем метод жидкостной хроматографии с масс-спектрометрией, и приемлемо при адекватном контроле качества и с чётко определёнными референсными интервалами. Основанные на локальных популяционных исследованиях референсные интервалы концентраций тестостерона должны быть разработаны в каждой лаборатории.

Недостаточно эффективны: методы определения общего тестостерона, основанные на иммуноферментном анализе; прямые методы определения уровня свободного тестостерона (В).

NB! Наиболее полезным для диагностики гиперандрогенемии и последующего наблюдения пациентов является вычисление свободной фракции тестостерона на основании тестостерона, определённого с помощью высококачественных методов, и секс-стероид-связывающего глобулина.

Диагностика олигоановуляции

Критериями диагностики овуляторной дисфункции являются: нарушения менструального цикла (НМЦ) – продолжительность цикла менее 21 дня или более 35 дней. НМЦ встречаются в среднем у 75-85% пациенток с СПКЯ (В); при сохранном менструальном цикле необходимо измерение прогестерона в сыворотке крови на 20-24-й дни цикла, и при снижении уровня прогестерона ниже 3-4 нг/мл цикл считается ановуляторным. О наличии хронической овуляторной дисфункции свидетельствует отсутствие овуляции в 2 циклах из 3.

Ультразвуковые критерии диагностики поликистозной морфологии яичников

В соответствии с согласованными критериями ASRM/ESHRE, принятыми в Роттердаме (2003), для диагностики поликистозных яичников при ультразвунографии необходимо наличие в яичнике 12 и более фолликулов, имеющих диаметр 2-9 мм, и/или увеличение овариального объёма более 10 мл.

Увеличение овариального объёма считается более надёжным критерием диагностики СПКЯ, чем количество фолликулов (В).

Предпочтительно использование трансвагинального доступа, при регулярных менструациях – в ранней фолликулярной фазе, а при олиго/аменорее – либо в любое время, либо на 3-5-й дни после менструации, индуцированной прогестероном.

NB! Для диагностики поликистозных яичников достаточно, если данным критериям отвечает хотя бы один яичник. При обнаружении доминантного фолликула (более 10 мм в диаметре) или жёлтого тела ультразвуковое исследование нужно повторить в следующем цикле.

Данные критерии не следует применять у женщин, получающих комбинированные оральные контрацептивы. При наличии кист или асимметрии яичников требуется дополнительное обследование.

Субъективное впечатление о ПКЯ не должно заменять настоящие критерии – необходимы данные о количестве, размерах фолликулов и объёме яичников. В то же время характер распределения фолликулов, увеличение объёма и повышение экзогенности стромы можно не описывать, так как для клинической практики вполне достаточно измерения объёма яичников.

Заболевания и состояния, некоторые проявления которых совпадают с симптомами СПКЯ

Заболевания и состояния	Клинические проявления	Тесты, позволяющие провести дифференциальный диагноз
Беременность	Аменорея (а не олигоменорея), прочие симптомы беременности	ХГЧ в сыворотке крови или в моче (позитивный)
Гипоталамическая аменорея	Аменорея, снижение веса/ИМТ, интенсивные физические нагрузки в анамнезе, не характерны клинические признаки гиперандрогении, иногда выявляются мультифолликулярные яичники	ЛГ и ФСГ в сыворотке крови (снижены или на нижней границе нормы), эстрадиол сыворотки крови (снижен)
Преждевременная овариальная недостаточность	Аменорея сочетается с симптомами эстрогенного дефицита, включая приливы жара и урогенитальные симптомы	ФСГ сыворотки крови (повышен), эстрадиол сыворотки крови (снижен)
Андрогенпродуцирующие опухоли	Вирилизация (включая изменения голоса, андрогенную алопецию, клиторомегалию), быстрая манифестация симптомов	Тестостерон сыворотки крови, ДЭАС сыворотки крови (значительно повышены), ультрасонография яичников, МРТ надпочечников
Синдром или болезнь Иценко – Кушинга	Наряду с клиническими проявлениями, сходными с СПКЯ (ожирение по центральному типу, гиперандрогения, нарушения толерантности к углеводам), имеются более специфические симптомы: миопатия, плетора, фиолетовые стрии, остеопороз и другие проявления	Свободный кортизол в суточной моче (повышен), кортизол в слюне в ночные часы (повышен), супрессивный ночной тест с дексаметазоном (недостаточная супрессия уровня кортизола в сыворотке крови утром)
Акромегалия	Специфичные симптомы: головная боль, сужение полей зрения, увеличение челюсти, языка, размера обуви и перчаток	Свободный ИФР-1 в сыворотке крови (повышен), МРТ гипофиза

NB! При трансвагинальном исследовании с использованием высокочастотных датчиков (i 8 МГц), предлагается использовать критерии ультразвуковой диагностики ПКЯ Общества по гиперандрогениям и СПКЯ (AE-PCOS Society), которые предусматривают наличие 25 и более фолликулов диаметром от 2 до 10 мм в яичнике и/или объём яичника более 10 см³ (В).

Исключение заболеваний, имеющих сходные клинические проявления

Дифференциальная диагностика СПКЯ прежде всего предполагает исключение заболеваний щитовидной железы, гиперпролактинемии и неклассической формы врождённой дисфункции коры надпочечников (В).

Критерием диагностики гипотиреоза является повышение уровня ТТГ выше его нормальных значений и снижение концентраций свободной фракции тироксина. Снижение уровня ТТГ менее нижней границы нормы (обычно менее 0,1 мЕД/л) свидетельствует о гипертиреозе.

Диагностика гиперпролактинемии основывается на определении пролактина сыворотки крови (А).

NB! При правильной организации забора крови на пролактин достаточно однократного исследования (А).

Основным критерием диагностики неклассической формы врождённой дисфункции коры надпочечников (ВДКН) является повышение уровня 17-ОН-прогестерона. При «пограничных» значениях 17-ОН-прогестерона рекомендуется проведение стимуляционного теста с АКТГ (С).

Безусловно, значимым для диагностики ВДКН является повышение уровня 17-ОН-прогестерона (в первой фазе менструального цикла, до 8:00 утра) более 400 нг/дл или 13 нмоль/л.

При наличии повышения базального уровня 17-ОН-прогестерона более 200 нг/дл (6 pmol/L) проводят АКТГ-стимуляционный тест с внутривенным введением 0,25 мг АКТГ (Cortrosyn, Synacten); диагностически значимым является повышение уровня стимулированного 17-ОН-прогестерона более 1000 нг/дл или 33 нмоль/л. В ряде случаев для подтверждения диагноза могут быть применены генетические методы исследования (С).

Поскольку клинические проявления СПКЯ достаточно неспецифичны, рекомендуется также исключение ряда других заболеваний, имеющих сходные симптомы (см. табл. 3).

Ожирение

У пациенток с СПКЯ рекомендуется измерение роста и веса с вычислением индекса массы тела (ИМТ) (см. приложение 3), для определения типа ожирения рекомендуется измерение окружности талии (В). ИМТ вычисляется по формуле: ИМТ (кг/м²) = масса тела (кг)/рост (м²).

Диагностика нарушений углеводного обмена, инсулинорезистентности

В качестве скрининга на нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) и сахарного диабета 2-го типа (СД-2) у пациенток с СПКЯ рекомендовано проведение 2-часового перорального глюкозотолерантного теста с 75 г глюкозы (ПГТТ) (В). В практической деятельности на первом этапе обследования рекомендуется исследовать уровень глюкозы натощак, а затем проводить ПГТТ.

NB! Если нет возможности проведения ПГТТ, для скрининга нарушений углеводного обмена у женщин с СПКЯ рекомендуется определение гликозилированного гемоглобина (В).

Повторное проведение ПГТТ рекомендуется каждые 3-5 лет или чаще, если имеется центральное ожирение, существенная прибавка веса и/или симптомы развития диабета (С).

Золотым стандартом диагностики инсулинорезистентности (ИР) является эугликемический гиперинсулинемический клэмп-тест с внутривенным введением инсулина и одновременной инфузией глюкозы для поддержания стабильного уровня гликемии. Упрощённую моделью клэмп-теста является внутривенный глюкозотолерантный тест (ВГТТ), основанный на многократном определении гликемии и инсулина крови. Однако эти методы являются инвазивными, трудоёмкими и дорогостоящими, что не позволяет широко использовать их в клинических исследованиях.

К методам непрямой оценки ИР относятся индексы НОМА и QUICKI, которые могут использоваться в клинической практике (см. приложение 4) (В), однако значения этих индексов существенно зависят от применяемого метода определения концентрации инсулина.

В рутинной клинической практике с учётом относительно небольшой затратности и приемлемого качества метода рядом экспертов рекомендуется определять инсулин одновременно с глюкозой в условиях ПГТТ. Хотя гиперинсулинемия является косвенным свидетельством ИР, увеличение уровня инсулина через 1 и/или 2 часа после приёма 75 г глюкозы до значений, превышающих 80-100 мкЕД/мл, предлагается рассматривать как критерий ИР (С) (В). В то же время в большинстве случаев исследование инсулина нецелесообразно (С).

NB! Учитывая вариабельность методов оценки инсулина, каждая лаборатория должна разрабатывать собственные нормативы и периодически их обновлять.

К клиническим маркёрам инсулинорезистентности у пациенток с СПКЯ относятся негроидный акантоз (папиллярно-пигментная дистрофия кожи в виде локализованных участков бурой гиперпигментации в области кожных складок, чаще шеи, подмышечных впадин, паховой области, которые гистологически характеризуются гиперкератозом и папилломатозом). При СПКЯ рекомендуется физикальное исследование с оценкой наличия негроидного акантоза (В).

Диагностика метаболического синдрома

Для диагностики метаболического синдрома (МС) у женщин необходимо наличие 3 из 5 критериев (IDF, 2009):

- увеличение объёма талии (отличается в различных популяциях);
- ТГ i 1,7 ммоль/л (i 150 мг/дл) или приём препаратов для лечения данного нарушения;
- ЛПВП < 1,3 ммоль/л (< 50 мг/дл);
- АД – САД i 130 мм рт. ст. или ДАД i 85 мм рт.ст. или лечение ранее диагностированной АГ;
- глюкоза плазмы натощак i 5,6 ммоль/л (100 мг/дл).

NB! В норме окружность талии у женщин европеоидной расы не должна превышать 88 см, а для женщин азиатского происхождения этот показатель должен быть не выше 80 см.

Обструктивное апноэ сна (ОАС)

У пациенток с СПКЯ и избыточным весом или ожирением рекомендуется выявлять симптомы, характерные для ОАС, и при их наличии производить полисомнографическое исследование. Больные с диагностированным ОАС направляются в специализированное лечебное учреждение (С).

Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у женщин с СПКЯ

К группе риска относят женщин с СПКЯ при наличии хотя бы одного из следующих факторов: ожирение (особенно абдоминальное); курение сигарет; гипертензия; дислипидемия; субклинический атеросклероз; нарушение толерантности к глюкозе; семейный анамнез по ранним ССЗ (менее 55 лет – у родственников мужского пола, менее 65 лет – у родственников женского пола).

Группа высокого риска включает женщин с СПКЯ с метаболическим синдромом; СД-2; клиническим атеросклерозом и/или патологией почек, а также с синдромом обструктивного апноэ сна (С).

NB! Измерение АД, ОТ и регистрацию ИМТ необходимо проводить при каждом визите. У всех женщин с СПКЯ рекомендуется исследовать липидный профиль и при нормальных показателях повторять исследование каждые 2 года или чаще в случае прибавки веса.

Жировой гепатоз и неалкогольный стеатогепатит

Рекомендуется принимать во внимание вероятность формирования у пациенток с СПКЯ жирового гепатоза и неалкогольного стеатогепатита, однако рутинный скрининг считается необоснованным (С).

Депрессия

Рекомендуется проведение скрининга на наличие тревожно-депрессивных расстройств у всех пациенток с СПКЯ (С).

Лечение СПКЯ

Цели лечения: устранение проявлений андрогензависимой дермопатии, нормализация массы тела и коррекция метаболических нарушений, восстановление овуляторного менструального цикла и фертильности, предупреждение поздних осложнений СПКЯ. Индивидуальный план ведения пациентки составляется с учётом основных жалоб, репродуктивных установок, наличия риска сердечно-сосудистых заболеваний и прочих факторов.

NB! Женщинам с СПКЯ, не заинтересованным в беременности, рекомендуются любые методы контрацепции с учётом критериев приемлемости. При применении КГК у большинства пациенток с СПКЯ польза превышает риски (В). КГК не оказывают негативного влияния на фертильность пациентки в будущем (С).

Методы лечения СПКЯ

Эффективно: монотерапия комбинированными гормональными контрацептивами (КГК: КОК, пластырь, ринг) эффективна и является первой линией терапии нарушений менструального цикла, гирсутизма и акне (С).

Эффективность КГК обусловлена подавлением секреции ЛГ, что приводит к снижению продукции овариальных андрогенов; эстрогенный компонент КГК способствует повышению уровней СССГ, что, в свою очередь, способствует снижению уровней свободно циркулирующего тестостерона; прогестин в составе КГК может осуществлять конкурентное взаимодействие с 5α-редуктазой на уровне рецепторов к андрогенам. Кроме того, КГК снижают продукцию надпочечниковых андрогенов, по-видимому, за счёт подавления продукции АКТГ.

Для оценки возможных противопоказаний к применению КГК в лечебных целях рекомендуется использовать критерии, которые отражены в руководстве по приемлемости контрацептивов (В).

Если имеются противопоказания к использованию КГК или отмечается их непереносимость, в качестве терапии второй линии у пациенток с СПКЯ и нерегулярными менструациями может быть рекомендован метформин (В).

Для лечения гирсутизма рекомендуется использовать низкодозированные КГК, содержащие либо нейтральный гестаген, либо гестаген с антиандрогенным действием. В случае умеренного гирсутизма рекомендуется монотерапия КГК; при неэффективности монотерапии или в случае умеренного и выраженного гирсутизма рекомендуется применять КГК в комбинации с антиандрогенами (В).

NB! Оценка эффективности лечения проводится не ранее чем через 6 месяцев.

(Окончание. Начало на стр. 8.)

Эффективно: применение антиандрогенов при гирсутизме (А), однако монотерапия антиандрогенами применяется только при наличии противопоказаний к применению КГК или при непереносимости КГК. При назначении антиандрогенов необходима надёжная контрацепция.

Рекомендуется спиронолактон (50-100 мг в день), ципротерона ацетат (10-100 мг в день) в циклическом или непрерывном режиме.

NB! Финастерид не зарегистрирован в России для применения у женщин, флутамид не рекомендован для лечения гирсутизма в связи с гепатотоксичностью (В).

Эффективно: в качестве дополнения к лекарственной терапии при гирсутизме рекомендуется применение косметических методов удаления волос. Оптимальным методом удаления волос при гирсутизме признана фотоэпиляция (А).

Эффективность не доказана: метформин не рекомендован для лечения гирсутизма (А).

При акне наряду с КГК эффективны системные антибиотики группы тетрациклинов, макролидов (А) и изотретиноин (А).

NB! Системная антибактериальная терапия и изотретиноин назначаются дерматологом. Изотретиноин обладает выраженным тератогенным действием, поэтому при его применении необходима надёжная контрацепция.

Методы коррекции метаболических нарушений и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний

Эффективно: терапевтическая модификация образа жизни (ТМОЖ), включающая физические упражнения и диету, эффективна для снижения веса, профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и СД-2 и рекомендуется у пациенток с СПКЯ для лечения ожирения и избыточной массы тела (С).

Снижение веса на фоне ТМОЖ у пациенток с СПКЯ способствует нормализации менструальной функции и улучшению ряда метаболических показателей (преимущественно – углеводного обмена), однако ответ имеет индивидуальный характер (С).

NB! Снижение веса на фоне ТМОЖ при СПКЯ не оказывает существенного влияния на гирсутизм (А).

Не рекомендуется применение метформина с целью лечения ожирения (С). При наличии СД-2 или отсутствии эффекта от ТМОЖ при НТГ у пациенток с СПКЯ применение метформина рекомендуется (В).

Фармакотерапия ожирения

Для популяции в целом медикаментозная терапия ожирения и избыточного веса регламентирована в соответствующем руководстве Endocrine Society (2015). В соответствии с данным руководством, поведенческая терапия с целью уменьшения потребления пищи и увеличения физической активности является обязательным условием проводимого лечения. Фармакотерапии подлежат пациентки с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии хотя бы одного из следующих осложнений: гипертензия, дислипидемия, СД-2, ОАС. При ИМТ ≥ 40 кг/м² или ≥ 35 кг/м² при наличии осложнений, связанных с ожирением, рекомендуется применение бариатрической хирургии (С).

Имеются исследования, свидетельствующие о повышении эффективности гипокалорийной диеты при одновременном использовании сибутрамина с более существенным снижением уровня андрогенов у больных СПКЯ, умеренное снижение веса при СПКЯ и ожирении продемонстрировано и при применении орлистата. Однако с учётом небольшого числа исследований и с позиции оценки соотношения «польза/риск» большинство экспертов не поддерживают целесообразность рутинного применения фармакотерапии ожирения и избыточного веса при СПКЯ.

Лечение бесплодия при СПКЯ

Поскольку при СПКЯ высок риск ановуляторного бесплодия у женщин, заинтересованных в беременности, рекомендуется оценивать менструальную и овуляторную функцию (С).

Цель лечения – восстановление овуляторных менструальных циклов. При этом должны быть исключены другие причины бесплодия в паре (трубно-перитонеальный, мужской факторы) (С). Основные принципы лечения бесплодия при СПКЯ определены в консенсусе, принятом группой экспертов в 2008 г. в городе Тессалоники (Греция).

NB! ТМОЖ, в частности лечение ожирения, должны предшествовать индукции овуляции.

Эффективно: рекомендуется использование кломифена цитрата (КЦ) в качестве терапии первой линии для лечения ановуляторного бесплодия при СПКЯ (А).

NB! При отборе пациенток для применения КЦ рекомендуется принимать во внимание ИМТ, возраст пациентки, наличие прочих факторов бесплодия.

Кломифен цитрат назначается в среднем по 50-100 мг в день, в течение 5 дней, начиная со 2-5-го дня спонтанного или индуцированного менструального цикла. Стартовая доза составляет, как правило, 50 мг в день, максимальная суточная доза – 150 мг.

Эффективность стимуляции овуляции достигает 70-80%, частота зачатия – 22% на цикл. Лечение КЦ проводится, как правило, в течение не более 6 овуляторных циклов. Кумулятивная частота рождения живых детей в расчёте на 6 циклов индукции овуляции составляет 50-60%.

NB! Повышенный индекс свободного тестостерона, ИМТ, наличие аменореи, увеличенный объём яичников являются факторами неэффективного применения КЦ (В).

Неэффективно: при использовании КЦ дополнительное назначение ХГЧ в середине цикла не повышает вероятность наступления беременности (В).

NB! Синдром гиперстимуляции яичников (СГЯ) при применении КЦ развивается редко, частота многоплодной беременности не превышает 10%.

Эффективно: наряду с КЦ в качестве терапии первой линии для лечения бесплодия при СПКЯ рекомендуется применение индукции овуляции с помощью летрозола (В).

Неэффективно: убедительных данных, свидетельствующих об эффективности метформина и его комбинации с кломифенцитратом в отношении живорождения по сравнению с монотерапией кломифенцитратом, нет, поэтому рутинное использование метформина для индукции овуляции не рекомендуется (В).

NB! Использование метформина у пациенток с СПКЯ и бесплодием рекомендуется только при нарушениях углеводного обмена (В) или для профилактики синдрома гиперстимуляции яичников у женщин с СПКЯ при использовании ВРТ (С).

Эффективно: в качестве второй линии терапии при неэффективности кломифенцитрата или отсутствии условий для его применения проводится стимуляция овуляции гонадотропинами или лапароскопия (В).

При СПКЯ предпочтителен режим использования препарата ФСГ с постепенным увеличением дозировки гонадотропина (так называемый Step-up режим). Стартовая доза препарата ФСГ составляет 37,5-50 МЕ в день, при отсутствии роста фолликулов через неделю стимуляции доза ФСГ увеличивается на 50%. При адекватном росте фолликулов дозировка ФСГ остаётся прежней. Step-down режим предполагает использование высоких начальных доз ФСГ – 100-150 МЕ в день – с последующим снижением дозы, однако для использования данного протокола требуется больший клинический опыт, и его применение ограничено.

NB! Продолжительность использования гонадотропинов не должна превышать 6 циклов. При проведении стимуляции гонадотропинами рекомендуется мониторировать овариальный ответ.

Эффективность не доказана: комбинированное применение агонистов ГнРГ и гонадотропинов для индукции овуляции у пациенток с СПКЯ не рекомендовано (В).

Основные показания к лапароскопии у женщин с СПКЯ и бесплодием: резистентность к кломифенцитрату, высокий уровень ЛГ, прочие показания к лапароскопической операции у пациенток с СПКЯ (эндометриоз, трубно-перитонеальный фактор бесплодия), невозможность мониторинга при использовании гонадотропинов.

NB! Лапароскопический дриллинг не применяется с целью решения проблем, напрямую не связанных с бесплодием, а именно: для коррекции нерегулярного менструального цикла или гиперандрогении.

Эффективно: эффективность лапароскопического дриллинга и применения гонадотропинов сопоставимы. Монополярная электрокаутеризация и лазер применяются с одинаковой эффективностью (А).

NB! Для достижения эффекта при СПКЯ достаточно 4 пункций яичника, с большим их числом ассоциировано возрастание риска преждевременной овариальной недостаточности.

У 50% пациентов после лапароскопии требуется индукция овуляции. Использование КЦ рекомендуется, если через 12 недель после лапароскопии овуляция отсутствует. После 6 месяцев применения кломифенцитрата возможно использование гонадотропинов.

Показания к применению ВРТ у женщин с СПКЯ и бесплодием: неэффективность стимуляции овуляции и лапароскопии; сопутствующая патология (трубно-перитонеальный фактор бесплодия, эндометриоз, мужской фактор), необходимость преимплантационной диагностики.

NB! У пациенток с СПКЯ при применении ВРТ высок риск гиперстимуляции яичников, поэтому в настоящее время чаще всего применяется длинный протокол с антагонистами РГ-ГТ и рекомбинантным ФСГ.

Частота наступления клинической беременности на лечебный цикл у женщин с СПКЯ составляет 35%, что сопоставимо с таковой у пациенток без СПКЯ.

NB! У пациенток с СПКЯ рекомендуется перенос одного эмбриона.

В качестве адекватной терапии для предотвращения СГЯ у женщин с СПКЯ, проходящих лечение с помощью вспомога-

тельных репродуктивных технологий, можно рекомендовать метформин (В).

При применении In vitro maturation (IVM) не характерно развитие СГЯ, что позволяет рассматривать данный метод как альтернативный (С).

Акушерские аспекты СПКЯ

Женщины с СПКЯ представляют собой группу риска по развитию неблагоприятных исходов беременности. Риск осложнённого течения беременности выше у женщин с «классическим» фенотипом СПКЯ (NIH) (В).

NB! Предконцепционная подготовка женщин с СПКЯ должна включать: отказ от курения, модификацию образа жизни, использование фолиевой кислоты.

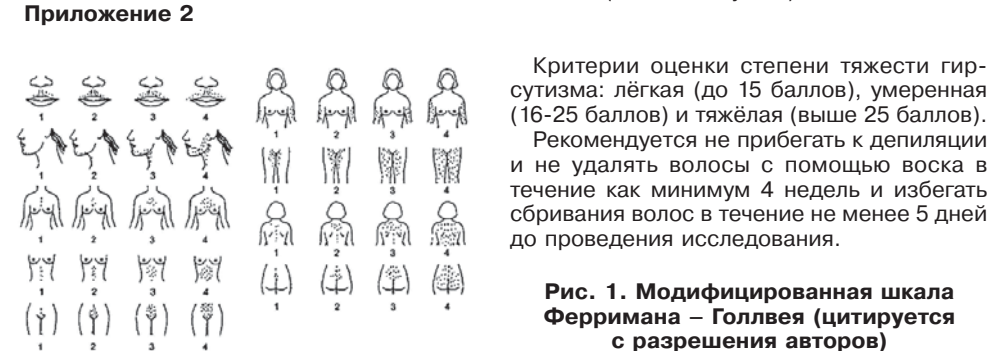
При естественном наступлении беременности у женщин с СПКЯ частота выкидышей не увеличена вне зависимости от наличия или отсутствия ожирения. Уровень невы-

Приложение 1
Для оценки достоверности рекомендаций и убедительности доказательств применялись следующие принципы (см. табл. 4).

Уровни доказательств и классы рекомендаций		
Градация достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Вид исследования
A	1a	Систематический обзор рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ)
	1b	Отдельное рандомизированное контролируемое исследование
B	2a	Систематический обзор когортных исследований
	2b	Отдельное когортное исследование
	3a	Систематический обзор исследований «случай-контроль»
	3b	Отдельное исследование «случай-контроль»
C	4	Исследование серии случаев
D	5	Мнение эксперта, не подвергавшееся прицельной критической оценке либо основанное на физиологии, результатах пробного исследования или «на основных принципах»

Также в работе использована система оценки качества доказательств и силы рекомендаций GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development, Evaluation), которая применяется в руководствах Endocrine Society. В соответствии с данной системой оценки характеристики качества доказательности данных обозначают:

+000 – очень низкое качество (соответствует D);
++00 – низкое качество (соответствует C);
+++0 – умеренное качество (соответствует B);
++++ – высокое качество имеющихся доказательств (соответствует A)



Приложение 3
Критерии избыточного веса и ожирения в различных популяциях

	Европеоиды	Азиаты
Избыточный вес	ИМТ = 25,0–29,9 кг/м ²	ИМТ = 23,0–24,9 кг/м ²
Ожирение	ИМТ ≥ 30 кг/м ²	ИМТ $\geq 27,5$ кг/м ²

Приложение 4
Индекс HOMA-IR (Homeostasis model assessment) (в норме – менее 3,9) определяется по формуле:
(Уровень глюкозы натощак (ммоль/л) x Уровень инсулина натощак мЕД/л)/22,5.
Индекс QUICKI (Quantitative insulin sensitivity check index) (в норме – более 0,332) определяется по формуле:
 $1/\log(\text{уровень глюкозы натощак}) + \log(\text{уровень инсулина натощак})$.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ
АГ – артериальная гипертензия
АД – артериальное давление
АКТГ – адrenoкортикотропный гормон
ВГТТ – внутривенный глюкозотолерантный тест
ВРТ – вспомогательные репродуктивные технологии
ДАД – диастолическое АД
ДЭАС – дегидроэпиандростерона сульфат
ИФР – инсулиноподобный фактор роста
ИМТ – индекс массы тела
ИР – инсулинорезистентность
КГК – комбинированные гормональные контрацептивы
КОК – комбинированные оральные контрацептивы
КЦ – кломифена цитрат
ЛГ – лютеинизирующий гормон
ЛПВП – липопротеиды высокой плотности
МКБ – международная классификация болезней
МРТ – магнитно-резонансная томография
МС – метаболический синдром
НТТ – нарушение толерантности к углеводам
НМЦ – нарушение менструального цикла
ОАС – обструктивное апноэ сна
ОТ – окружность талии
ПГТТ – пероральный глюкозотолерантный тест
ПКЯ – поликистозные яичники
РИА – радиоиммунологическое исследование
САД – систолическое АД
СГЯ – синдром гиперстимуляции яичников
СД – сахарный диабет
СПКЯ – синдром поликистозных яичников
ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
СССГ – глобулин, связывающий половые стероиды
ТГ – триглицериды
ТМОЖ – терапевтическая модификация образа жизни
ТТГ – тиреотропный гормон
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФСГ – фолликулостимулирующий гормон
ХГЧ – хорионический гонадотропин человека
ASRM – American Society for Reproductive Medicine
AE-PCOS – Androgen Excess and PCOS Society
GC-MS – Gas Chromatography-tandem Mass Spectrometry
GRADE – Grading of Recommendations, Assessment, Development, Evaluation
IDF – International Diabetes Federation
IVM – In vitro maturation
HOMA – Homeostasis model assessment
LC-MS – Liquid Chromatography-tandem Mass Spectrometry
NIH – National Institute of Health
QUICKI – Quantitative Insulin Sensitivity Check Index

Ассоциация «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений» по инициативе её председателя, ректора Первого Московского государственного медицинского университета, академика РАН Петра Глыбочко разработала социально значимый проект «Здоровье каждого – богатство страны».

Актуальность проекта была связана с ухудшением состояния здоровья учащейся молодёжи, отсутствием чётких ориентиров и реальных возможностей для полномасштабной воспитательной работы с целью сохранения и укрепления здоровья школьников и студентов, отсутствием универсальной технологии оздоровления. «МГ» представляет сегодня первые результаты этого интересного проекта.

Главная причина – неинфекционные заболевания

Во второй половине XX века произошло принципиальное изменение основных причин смерти прежде всего за счёт широкого использования антибиотиков – на первый план вышли неинфекционные заболевания (НИЗ). К основным типам НИЗ относятся сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания и сахарный диабет.

По данным Всемирной организации здравоохранения (информационный бюллетень ВОЗ, апрель 2017 г.), каждый год от НИЗ умирают 40 млн человек, что составляет 70% всех случаев смерти в мире.

Неинфекционные заболевания являются ведущей причиной временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения и оказывают выраженное негативное воздействие на социально-экономическое положение России, где смертность от основных неинфекционных заболеваний составляет 68,5% от общей смертности населения (проект Межведомственной стратегии формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 г.).

Широкое распространение НИЗ в основном обусловлено особенностями образа жизни и связанными с ним факторами риска. По данным ВОЗ, более трёх четвертей всех смертей от сердечно-сосудистых заболеваний можно предотвратить за счёт оздоровления образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска.

В то же время существуют два совершенно противоположных образа жизни: лечение болезней и забота о здоровье. Вы сами выбираете свой вариант. Мы с самого рождения знаем, что с возрастом здоровье ухудшается, тело дряхлеет и в конце концов умирает. Несомненно, на то есть обыкновенные физиологические причины. Рано или поздно вы отмечаете про себя, что лет десять назад сил и энергии было гораздо больше. Хочется поделиться с кем-нибудь этими мыслями – и собеседники тут же находятся.

Как правило, разговоры ведутся не на тему укрепления здоровья, а на тему болезней и их лечения. Один с упоением описывает, как он возится со своими недугами, второй с готовностью подтверждает в ответ – да, старость не радость. Тема болезней в светских разговорах имеет ту же популярность, что и погода. Каждый хотя бы раз в жизни болел. Это создавало массу неприятностей, порождало негативные мысли, эмоции. При этом реклама медикаментов демонстрирует нам счастливых людей, принявших определённое лекарство, и поэтому получивших здоровье. Да что там здоровье, они добиваются полного успеха во всех делах! Зачастую это привлекающие и даже преуспевающие люди.

Люди привыкли играть в игру под названием «Болезнь», при этом само излечение уже считается не целью, а атрибутом игры. Конечно, это не значит, что не надо ходить к врачам, принимать лекарства, обращать внимание на свои болезни. Нет, отказ от лечения развившейся болезни – это безответственность перед самим собой. Речь о том, чтобы не позволять себя втянуть в эту игру.

Играть в болезнь – это пассивно страдать, принимать участие в разговорах о разных болячках, охоть, жаловаться, требовать от окружающих сочувствия и заботы, носиться со своим нездоровьем, как с «писанной торбой», охотно

употребляющих алкоголь – 30%, прогрессивно растёт количество наркоманов, токсикоманов. Более 60% студентов средних и высших учебных заведений страдают хроническими заболеваниями.

Причиной сложившейся ситуации является низкая информированность населения об основных факторах риска и технологиях ведения здорового образа жизни. Гиподинамия, несбалансированное питание, постоянные психоэмоциональные перегрузки, вредные привычки негативно влияют на здоровье молодых людей и способствуют развитию заболеваний.

В связи с этим приобретают особую актуальность разработка

том в повседневной деятельности, существующей инфраструктуры вуза для занятий по физической подготовке, интенсивности учебного процесса и совмещения учёбы и спорта во время обучения. В настоящее время полученные данные анализируются и будут доведены до медицинской и научной общественности в ближайшее время.

Конкурсы, фестивали, турниры

В рамках проекта 7 апреля 2017 г. были подведены итоги Всероссийского Конкурса образовательных организаций Минздрава России

студенты из столичных медицинских вузов – университетов им. И.М.Сеченова, им. Н.И.Пирогова, им. А.И.Евдокимова и медицинского института РУДН. Победила дружба и любовь к спорту.

Приоритеты для дальнейшей работы

На базе ВГМУ им. Н.Н.Бурденко руководителем проекта, ректором, профессором И.Есауленко проведено совместное заседание Совета ректоров вузов Воронежской области и комитетов Воронежской областной думы по образованию, науке и молодёжной политике, здравоохранению, физической

Инициатива

Возвращая утраченное

Итоги реализации проекта «Здоровье каждого – богатство страны»



Во втором ряду третий слева проректор по общественным связям и воспитательной работе Сеченовского Университета, профессор, член-корреспондент РАН И.Чиж с участниками футбольного матча «Восток» – «Запад»

искать и потреблять информацию, связанную с недугами. Играть в лечение – это активно действовать, интересоваться методами оздоровления, стараться вести здоровый образ жизни, относиться к болезням с юмором, акцентировать внимание на улучшении самочувствия, стремиться к здоровью. В болезни вы участвуете в роли пассивной жертвы, а в лечении выступаете в качестве активного создателя и хозяина своей судьбы.

Здоровый образ жизни и окружающая среда

Как известно, к заболеваниям ведут в том числе нездоровый образ жизни и нездоровая окружающая среда. В процессе нездорового образа жизни своими действиями, поведением, отношением, выбором, мыслями, чувствами, питанием, взаимодействием с окружающей средой человек формирует вредные привычки, нарушающие целостность его сущности, ведущие к патологическому состоянию организма. Настройкой организма на здоровье, переходом на здоровый образ жизни предотвращаются многие заболевания.

Вывод можно сделать один: если хотите иметь здоровье, меняйте образ жизни. Это означает бросить старые привычки и приобрести новые, но не по необходимости, а по убеждению. Помните, что невозможно обрести здоровье и счастье без истинного желания и работы над собой.

Здоровый образ жизни требует знаний, умений и опыта настройки организма на здоровое состояние и передачи их другим из поколения в поколение, чтобы формировать как культурная традиция. На этой основе создаётся здоровая семья и нация.

Цели проекта и его география

По имеющимся данным, среди старших школьников число курящих достигает 70%, число часто

проектов формирования навыков здорового образа жизни, привлечение населения к спортивно-массовым мероприятиям.

Основные цели проекта были сформулированы, исходя из проблемной ситуации. Это формирование у студентов и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов навыков ведения здорового образа жизни и развития ценностного отношения к своему здоровью и здоровью окружающих. Второе – повышение информированности населения и его способности к ведению ЗОЖ с использованием ресурсов медицинских вузов.

Задачами проекта являлись: формирование здорового образа жизни студентов и профессорско-преподавательского состава; повышение качества физического воспитания, развитие физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в образовательных организациях; повышение эффективности мероприятий по внедрению комплекса ГТО во внутривузовской среде; мотивация к ведению здорового образа жизни среди школьников и студентов.

География проекта включала 8 медицинских университетов, находящихся в разных уголках нашей необъятной страны: Волгоградский ГМУ, Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко, Красноярский ГМУ им. В.Ф.Войно-Ясенецкого, Казанский ГМУ, Рязанский ГМУ им. И.П.Павлова, Ростовский ГМУ, Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского, Сеченовский Университет.

В рамках социологического опроса было проведено анкетирование в 8 вузах – участниках проекта – и опрошено 1070 студентов, 750 преподавателей. В вузах Воронежской области, кроме того, проанкетировано 537 обучающихся. Вопросы касались информированности и мотивации респондентов к ведению ЗОЖ, наличия вредных привычек, состояния их экономического благополучия, условий проживания, возможности заниматься физкультурой и спор-

на звание «ВУЗ здорового образа жизни», где приняло участие 30 образовательных организаций высшего образования Министерства здравоохранения РФ.

На основе итогового экспертного заключения Комиссии победителем признан Санкт-Петербургский ГМУ им. И.П.Павлова (ректор – академик РАН С.Багненко).

С 23 по 26 апреля 2017 г. на базе Казанского ГМУ на лучших спортивных площадках прекрасного города Казани был проведён VI Фестиваль спорта студентов медицинских и фармацевтических вузов России «Физическая культура и спорт – вторая профессия врача», где в финальных соревнованиях приняли участие 36 медицинских и фармацевтических вузов Минздрава России.

Состоялись турниры по таким дисциплинам, как: плавание, волейбол, настольный теннис, бадминтон, многоборье ГТО, дартс, шахматы, баскетбол.

Была проведена научно-практическая конференция по развитию физической культуры в медицинских и фармацевтических образовательных организациях России в рамках проекта «Здоровье каждого – богатство страны».

26 апреля состоялась церемония открытия фестиваля. Особенно-стью её стало участие сборной команды Китайской Народной Республики. В честь этого была учреждена особая номинация «За вклад в развитие международного сотрудничества». Кубки представителям китайской делегации вручил ректор Казанского ГМУ профессор А.Созинов.

3 мая 2017 г. стадион «Буревестник» Первого МГМУ им. И.М.Сеченова собрал команды медицинских вузов из разных уголков страны на дружеский футбольный матч. На поле встретились две сборные команды – «Восток» и «Запад».

Команда «Восток» включала в себя студентов Красноярского, Барнаульского и Читинского медицинских университетов. В сборную команду «Запад» вошли

культуре и спорту. Основной темой повестки дня стали вопросы охраны здоровья молодёжи и формирования здоровьесберегающей образовательной среды в системе высшего образования.

Проведено два заседания Совета ректоров Ростовской области, на которых рассматривались вопросы состояния здоровья студентов, профилактики различных видов зависимости среди студентов, ЗОЖ, рационального питания, популяризации физической культуры и спорта среди преподавателей и студентов. С докладами выступили ректор Ростовского ГМУ профессор С.Шлык и преподаватели.

Вузы – участники проекта – с привлечением волонтеров-медиков и преподавателей провели 8 «круглых столов», конференции и образовательные семинары в школьных коллективах. По результатам были разработаны и утверждены следующие документы: образовательная программа по подготовке волонтеров-медиков для проведения образовательных мероприятий по технологиям ЗОЖ в школьных коллективах; программа по оздоровлению участников образовательного процесса и пропаганды ЗОЖ; унифицированная межвузовская программа по формированию здорового образа жизни на основе опыта участников проекта.

22 сентября 2017 г. в Рязанском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова будет проходить Итоговая межвузовская научно-практическая конференция «Здоровье каждого – богатство страны». В рамках конференции ведущие специалисты российских университетов выступят с докладами, посвящёнными реализации программы, представят результаты практического внедрения государственного проекта «Готов к труду и обороне» и рассмотрят приоритеты медицинских вузов, располагающих необходимыми знаниями и опытом в формировании здоровьесберегающих технологий и продвижении здорового образа жизни среди населения с целью снижения заболеваемости и смертности от социально значимых заболеваний.

Владимир РЕШЕТНИКОВ,
координатор проекта, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. Н.А.Семашко Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор, заслуженный врач РФ.

«При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента РФ № 68-рп от 05.04.2016 и на основании конкурса, проведённого Общероссийской общественной организацией «ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ».

Истоки зарождения в России помощи инкурабельным и умирающим больным можно обнаружить уже в XVIII веке. На Руси общественная благотворительность, трансформируясь из «нищелюбия» в организованную помощь больным и страждущим, выработала такие формы общественного призрения, как богадельни для старых и увечных (1700 г.) – «гошпитали», которые были призваны осуществлять уход за убогими и престарелыми. Эти учреждения были ориентированы прежде всего на помощь больным и нищим.

Взгляд в прошлое

В XIX веке в России возникает первая община сестёр милосердия – петербургская Свято-Троицкая обитель (1844). Здесь открывается богадельня на 6 коек для неизлечимых больных. Первый в Москве приют для онкологических больных открыт 8 ноября 1903 г. по инициативе онколога, профессора Московского государственного университета Льва Левшина (1842–1911). По его инициативе и при его личном участии основан первый специальный институт для лечения раковых заболеваний, директором которого он оставался до конца жизни. В 1897 г. Л.Левшин проводил сбор пожертвований среди московских благотворителей, организовав фонд помощи онкобольным.

В 1903 г. Р.Клейном на Беговой улице был построен 4-этажный корпус для ухода за больными раком. Постепенно этот «раковый институт» превратился в полноценную лечебную и исследовательскую клинику, утратив в 1920-е годы функцию хосписа – сегодня это Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена. В 1911 г. в Санкт-Петербурге на средства купцов Елисеевых была построена Еленинская больница для бедных женщин, страдающих онкологическими заболеваниями.

На I Международной конференции по изучению рака (1906) вопросам медицинской помощи больным в терминальной стадии был посвящён ряд докладов русских учёных. На I Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями в 1914 г. было признано, что рак – болезнь социальная, и поэтому проблемами организации борьбы с раком и оказания помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только врачи-энтузиасты, но и государство.

Под эгидой ВОЗ

В современной истории в середине 1980-х годов на базе Московской городской больницы № 64 главным врачом Олегом Рутковским (1947–2008) было создано отделение по уходу за умирающими онкологическими больными.

В связи с прогрессирующим ростом заболеваемости злокачественными новообразованиями во всём мире в 1982 г. ВОЗ объявляет о необходимости создания нового направления здравоохранения – паллиативной помощи. В 1987 г. паллиативная медицина впервые была признана медицинской специальностью Королевской коллегией врачей Великобритании.

В РФ, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина начала своё становление в середине 80-х годов прошлого столетия, существуя де-факто на базе ведущих онкологических научных центров страны. Пионерами паллиативной ме-



Лев Левшин

печить лечение и уход в домашних условиях. К сожалению, это далеко не всегда выполнялось.

В 1987 г. практически одновременно открываются кабинеты противоболевой терапии в ведущих онкологических учреждениях – в Ростове, Ленинграде, Москве. На базе МНИОИ им. П.А.Герцена (директор – академик РАН В.Чиссов) в 1987 г. по инициативе профессора Н.Осиповой и профессора Г.Новикова был открыт один из первых кабинетов противоболевой терапии, а в 1991 г. по инициативе В.Чиссова, профессоров В.Старинского и Н.Осиповой в соответствии с приказом Министерства здравоохранения СССР и РСФСР

с онкологическими больными с 1973 г. В многочисленных публикациях, посвящённых первому российскому хоспису, почти не замеченным осталось открытие в 1991 г. второго в России хосписа в посёлке Ломинцево Тульской области (главный врач – Эльмира Каражаева).

В 1992 г. в Москве по инициативе Веры Миллионщиковой собралась небольшая группа добровольцев из медицинских работников, которая стала оказывать помощь больным с генерализованными формами рака на дому. В 1994 г. открывается первый московский хоспис, который после смерти В.Миллионщиковой носит её имя.

С 1993 по 2000 г. на базе кафедры анестезиологии и реанимации медицинского факультета Ставропольского государственного университета организуется факультативный цикл по вопросам лечения хронического болевого синдрома (доцент И.Гольяпина, А.Палехов), а в 2001 г. приказом Минздрава Ставропольского края кабинету противоболевой терапии придан статус краевого учебно-методического центра, начата работа по подготовке врачей по вопросам обезболивания с выездом в районы края. Тем же приказом назначены специалисты, ответственные за проведение адекватного обезболивания, выделены койки в составе терапевтических отделений. В со-

Тенденции

Избавляя от боли, облегчая страдания...

Паллиативная медицинская помощь в России: вчера, сегодня, завтра



дицины в России (в то время СССР) были анестезиологи и онкологи, которые делали всё возможное для того, чтобы облегчить страдания неизлечимых больных, – и которые в последующем сформировали отечественную школу паллиативной медицины (З.Павлова, И.Фрид, М.Исакова, Н.Осипова, В.Чиссов, В.Старинский, В.Брюзгин, Г.Новиков, Б.Прохоров, А.Палехов, В.Ручкин, М.Вайсман, С.Рудой, М.Наумов, П.Зотов, Е.Куликов, В.Соловьёв и др.). Невозможно переоценить роль профессора Надежды Осиповой, родоначальницы нового научного направления изучения и разработки инновационных подходов терапии хронической боли.

В СССР вопросы оказания медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы эпизодически отражались в различных директивных документах, в основном с ориентацией на их госпитализацию в соматические отделения лечебных учреждений общего профиля (приказ Министерства здравоохранения СССР и РСФСР № 590 от 25.04.1986). Территориям предписывалось обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений больных с генерализованными формами злокачественных опухолей при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности бес-

№ 128 от 31.07.1991 организован Российский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных (переименован приказом Министерства здравоохранения РФ № 222 от 27.06.2001 в Центр паллиативной помощи онкологическим больным). Руководителем центра был назначен профессор Г.Новиков. В 1993 г. по указанию Министерства здравоохранения РФ № 209-У от 13.07.1993 был создан Экспертный совет по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным, председателем которого была назначена Н.Осипова.

В последующем кабинеты противоболевой терапии были открыты во многих региональных онкологических диспансерах, что позволило в дальнейшем развивать это новое направление.

Движущая сила нового направления

Началом развития хосписного движения как одного из направлений паллиативной медицины в России следует считать создание первого хосписа в Лахте (Санкт-Петербург) в 1990 г. Вдохновителями и организаторами стали известный английский журналист Виктор Зорза, «движущая сила» создания хосписа, и первый главный врач Андрей Гнездилов, работавший психотерапевтом

В октябре 1992 г. открыт Кемровский областной хоспис (главный врач – Ольга Березикова). В настоящее время он имеет стационар на 30 коек, что даёт возможность ежегодно госпитализировать до 530 онкологических больных, и выездную службу.

В числе первых в стране была создана хосписная служба в Ярославле: патронажная служба организована в 1993 г., а в 1997 г. – открыт дневной стационар. В 1999 г. организована патронажная служба в Ростове Ярославской области, в 2001 г. начал работать круглосуточный стационар в селе Диево-Городище Некрасовского района Ярославской области. Сегодня этот хоспис является муниципальным учреждением, и, помимо дневного стационара и службы помощи онкологическим больным на дому, имеет в своём составе круглосуточный стационар.

В 1994 г. по благословению митрополита Санкт-Петербургского и Ладожского Иоанна (Снычева) в городе на Неве было основано сестричество во имя Святой преподобномученицы великой княгини Елисаветы. Состав сестричества сформировался из православных сотрудников и добровольцев первого в России хосписа.

В числе первых в 1992 г. в Ставропольском краевом онкологическом диспансере был создан кабинет противоболевой терапии, который возглавил врач-анестезиолог А.Палехов.

ответствии с результатами проведённой работы, по рекомендации профессора Г.Новикова, А.Палехов был назначен первым в нашей стране главным специалистом по противоболевой терапии регионального министерства здравоохранения.

Необходимо отметить, что уже в этот период начинают реализовываться основные принципы организации паллиативной медицинской помощи, позже сформулированные профессором Новиковым как «организация региональных моделей паллиативной помощи в субъектах РФ с учётом географических, демографических и экономических показателей».

В 1994 г. на базе городской клинической больницы № 11 Москвы по инициативе Л.Бененсона и Г.Новикова открыто первое отделение паллиативной помощи онкологическим больным в стационаре общетерапевтического профиля (отделением заведовали Е.Титкова, Б.Прохоров, М.Вайсман). В этом же году в Уфе открылось первое отделение паллиативной помощи в составе Башкирского республиканского клинического онкологического диспансера (главный врач – В.Ручкин, заведующий отделением – А.Газизов). Такое же отделение открылось в Тюменском областном онкологическом диспансере (главный врач – М.Наумов, заведующий отделением – П.Зотов).





Вера Миллионщикова

В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в становлении и развитии нового направления медицины под руководством Г.Новикова в 1995 г. был создан фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных» – первая в России некоммерческая организация, основной целью которой стало содействие разработке и внедрению в нашей стране инновационных методов паллиативной медицины, повышающих качество жизни больных с прогрессирующими формами хронических заболеваний. Приоритетными задачами фонда являются организация семинаров, конференций, конгрессов, издание тематической литературы и научно-практического журнала «Паллиативная медицина и реабилитация», который входит в Перечень рецензируемых научных журналов и изданий. С 1997 г. на привлечённые благотворительные средства фондом изданы книги, монографии, учебные пособия для врачей, а также курсы лекций, так остро необходимые на этапе становления этого нового направления. В результате в регионах были созданы условия для организации структурных подразделений паллиативной помощи онкологическим больным.

Конечно, невозможно рассказать обо всех начинаниях и людях, которые внесли большой вклад в наше общее важное дело. Но, акцентируя внимание на истоках, возвращаясь к сложному периоду зарождения паллиативной медицинской помощи как самостоятельного направления медицины, следует упомянуть об Ульяновске, где развитие этого нового направления было инициировано в 1992 г. на медицинском факультете Ульяновского государственного университета. У истоков организации паллиативной помощи в онкологии здесь стояли два замечательных доктора – профессор, заслуженный деятель науки РФ Олег Модников и Тофик Биктимиров.

Кадры решают всё

Невозможно создать эффективную систему паллиативной медицинской помощи без квалифицированных специалистов. Поэтому огромное значение имеет не только качественная подготовка кадров для работы в специализированных подразделениях, но и повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, связанных с оказанием паллиативной помощи.

Так, в 1999 г. на кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (заведующий кафедрой – В.Чиссов) началась подготовка врачей лечебных специальностей на курсе паллиативной помощи (заведующий курсом – Г.Новиков). Учебно-методическим объеди-

нением медицинских и фармацевтических вузов России в 2000 г. утверждена «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии». С 1999 по 2011 г. на курсе прошли тематическое усовершенствование 1432 врача. В связи с реорганизацией ММА в Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова в 2010 г. курс был объединён с кафедрой онкологии.

В 2013 г. по инициативе ректора Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, члена-корреспондента РАН О.Янушевича на факультете дополнительного профессионального образования создана первая в стране кафедра паллиативной медицины. К июлю 2017 г. повышение квалификации по вопросам паллиативной медицинской помощи прошли около 1500 врачей лечебных специальностей из Москвы и других субъектов РФ. Руководит кафедрой председатель правления Российской ассоциации паллиативной медицины, доктор медицинских наук, профессор Георгий Новиков – один из инициаторов и организаторов системы паллиативной помощи онкологическим больным и основатель научной школы паллиативной медицины в России. Под его руководством в нашей стране выполнены исследования по проблемам терапии хронической боли, коррекции нарушений гомеостаза, психологической поддержки инкурабельных онкологических больных, результаты которых внедрены в клиническую практику.

Для подготовки квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную помощь в субъектах РФ, очевидна необходимость создания курсов и кафедр во всех медицинских вузах страны. В целях реализации этого направления МГМСУ в рамках межвузовского сотрудничества оказывает методическое содействие в разработке образовательных программ по паллиативной медицине ряду ведущих медицинских вузов страны.

В 2014 г. на кафедре онкологии с курсом лучевой диагностики Рязанского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова начато преподавание паллиативной медицинской помощи онкологическим для студентов 6-го курса лечебного факультета (проректор по лечебной работе – профессор Е.Куликов).

Преодолевая трудности

Во многих регионах России вплоть до 2011 г. возникали трудности с организацией подразделений паллиативной помощи, как кабинетов противоболевой терапии, так и отделений паллиативной помощи и хосписов. Спе-

циалисты, оказывающие помощь инкурабельным больным, не имели порой никакой информации по вопросам организации паллиативной помощи и адекватного обезболивания, возможности общения друг с другом, не знали, где приобрести необходимые знания, литературу, опыт. С другой стороны, людям порой было очень сложно найти стационар, где больному могла быть оказана эффективная помощь.

Так, с целью содействия созданию системы паллиативной медицинской помощи в разных городах и регионах, предоставления площадки специалистам для обмена информацией и опытом, уже имеющимся в нашей стране и за рубежом, в 2006 г. энтузиастами из Нижнего Новгорода был создан информационный сайт «Паллиативная/хосписная помощь», который стал первым в РФ интернет-ресурсом, где были собраны все имеющиеся в то время документы, публикации, литературные источники (или ссылки на них) и информация по различным вопросам паллиативной/хосписной помощи на русском языке. Главным редактором и основателем сайта стала Е.Введенская, по инициативе и при участии которой в 2009 г. в Нижнем Новгороде был открыт первый хоспис для онкологических больных.

Паллиативная помощь онкологическим больным поступательно развивается в России уже более 25 лет. Но только в последние годы мы можем говорить о том, что создана и совершенствуется необходимая нормативная и организационная база здравоохранения, которая позволит осуществлять её развитие во всей стране на принципиально новом уровне. Определяющим шагом стало введение Федеральным законом № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи – паллиативной. В Федеральном законе № 323-ФЗ впервые даётся и определение этого понятия. В соответствии с законом такая помощь официально признана одним из самостоятельных видов медицинской помощи, оказываемой населению (статья 32), также законом определено, что она «оказывается медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи» (статья 36).

В 2015 г. в столице была организована первая в России университетская клиника паллиативной медицины, объединившая кадровый, научный и материальный потенциал структурных подразделений МГМСУ и Центра паллиативной медицины Департамента здравоохранения Москвы. С 2016 г. она осуществляет свою деятельность на базе Больницы Центросоюза РФ и включает кафедры паллиативной медицины, поликлинической терапии, фтизиатрии и пульмонологии, эндоскопической хирургии. Работа клиники позволяет разработать и внедрить в клиническую практику протоколы оказания паллиативной медицинской помощи, обеспечив высокое качество оказания данного вида медицинской помощи с применением современного комплекса медицинских вмешательств.

Как видим, паллиативная медицинская помощь в России имеет самобытную историю, свои корни и основоположников. Сегодня это ещё и один из видов медицинской помощи, который направлен на реализацию неотъемлемого права граждан на избавление от боли и облегчение страдания, связанного с хроническим прогрессирующим заболеванием.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Исследования

Онкологический анализ крови

Учёные из Великобритании создали и протестировали новый анализ крови для выявления злокачественных образований яичников, значительно превосходящий по эффективности всех своих предшественников.

Британская компания провела новый тест в исследовании, в котором приняли участие 400 пациенток. Оказалось, что новый тест на онкологические заболевания яичников способен определить наличие опухолевых клеток в циркулирующей крови больных в 95% случаев. Показатель ложноположительных результатов нового теста почти в два раза ниже, чем у доступных сейчас систем.

Разработчики теста отмечают, что он отличается пониженной травматичностью: пациенткам при выявлении образования в полости малого таза достаточно будет просто сдать анализ крови для определения злокачественного характера новообразования.

Исследования в области ранней диагностики онкологических заболеваний по анализу крови ведутся уже давно, и пока результаты не были ошеломляющими. Многочисленные эксперименты и исследования показали, что по анализу крови достаточно легко можно дифференцировать некоторые онкологические заболевания, уточнить их природу и локализацию, но о раннем выявлении заболевания, когда отсутствуют какие-либо другие его признаки, речи пока не шло.

В мае 2017 г. учёные из британского Эксетерского университета уже объявили о том, что открыт способ диагностики раковых заболеваний по составу крови. «Наше открытие в области тромбоцитоза указывает на явную связь с раком, особенно у мужчин – намного более сильную, чем между уплотнениями в груди и раком молочной железы у женщин», – говорит один из участников исследования Вилли Гамильтон. По его словам, изучение тромбоцитов поможет спасти сотни жизней ежегодно. Исследование Гамильтона показало, что наиболее выраженная связь проявляется между тромбоцитозом, раком лёгких и раком толстой кишки. Более того, треть протестированных больных не имела никаких других симптомов, кроме тромбоцитоза.

Исследование доктора Вилли Гамильтона продолжило работу учёных из Швеции, которые ещё в 2015 г. объявили о том, что по одной капле крови можно определить наличие онкологического заболевания с точностью 96%. В этом исследовании речь шла об онкологических заболеваниях лёгких, молочной и поджелудочной желёз, головного мозга, печени, толстой и прямой кишки. Правда, в исследовании принимали участие пациенты с уже диагностированными заболеваниями, то есть и в нём речь не шла о ранней диагностике.

В 2015 г. датские учёные объявили, что ими открыта мето-

дика обнаружения рака груди по анализу крови за 5 лет до начала его развития. Исследователи заявили, что точность их метода составляет не менее 80%, в то время как информативность маммографии не превышает 75%, причём уже после обнаружения заболевания. К сожалению, это исследование также всё ещё не вошло в свою завершающую фазу.

В онкологии широко известно такое понятие, как онкомаркёры. Под ними обычно понимают продукты изменённого метаболизма трансформированных клеток. Они могут быть определены либо при помощи цитологических методов исследования (это так называемые клеточные онкомаркёры), либо с использованием биохимических методов анализа сыворотки крови или других биологических жидкостей. Некоторые из них характерны только для одной опухоли (т.е. обладают опухолевой специфичностью), другие встречаются при различных опухолях.

У пациентов существует устойчивая вера в то, что опухолевые клетки выделяют определённые вещества, которые циркулируют в крови с момента зарождения новообразования, и достаточно периодически сдавать анализ крови на онкомаркёры, чтобы удостовериться, что рака нет. Существует множество материалов в интернете на эту тему, которые содержат, к сожалению, абсолютно ложные утверждения о том, что, проверяя кровь на онкомаркёры, возможно обнаружить заболевание на ранней стадии.

На самом деле использование онкомаркёров для достоверного выявления рака эффективно далеко не всегда и вызывает массу вопросов у учёных. Кроме того, даже значения онкомаркёров не всегда коррелируют с уже диагностированным заболеванием.

Онкомаркёры в настоящее время в основном используются для мониторинга течения заболевания и оценки эффективности лекарственной терапии опухолевых заболеваний. В том случае, если изначально при установлении диагноза у пациента было обнаружено повышение онкомаркёра, в дальнейшем с его помощью можно отслеживать, как проходит лечение.

Многочисленные исследования, которые учёные во всех странах мира проводят для того, чтобы найти метод ранней диагностики онкологии, пока не приносят результатов: то и дело мы видим заявления о том, что разработан новый метод ранней диагностики онкологического заболевания того или иного органа, но все они находятся на той или иной стадии разработки и испытаний, и до сих пор ни одно из них не было объявлено методикой, готовой найти широкое применение. Так что действительно ранняя диагностика всё ещё остаётся открытым вопросом.

Олег КУЗЬМИН.
По материалам Reuters.

Эхо трагедии

В Йемене свирепствует холера

Число предполагаемых случаев заболевания холерой в Йемене достигло полумиллионной отметки, сообщила Всемирная организация здравоохранения. За период с конца апреля, когда вспышка болезни начала стремительно распространяться, в стране скончались около 2 тыс. человек.

Однако с начала июля общее число новых случаев заболевания в стране уменьшается, особенно в наиболее затронутых эпидемией районах. Но число предполагаемых случаев этой смертельной болезни, передающейся через воду, по-прежнему остаётся крайне высоким в масштабах всей страны – по оценкам ВОЗ, ежедневно заболевают 5 тыс. человек.

Быстрое распространение эпидемии холеры в Йемене, крупнейшей в мире за последнее время, вызвано ухудшающимися гигиеническими и санитарными условиями и перебоями в водоснабжении в стране. Миллионы людей отрезаются от чистой воды, а в крупных городах прекращена уборка мусора.

Находящаяся, по оценке ВОЗ, на грани краха система здравоохранения пытается справиться с ситуацией, притом что более половины всех медицинских учреждений закрыты из-за причинённого ущерба, разрушений или отсутствия финансирования. Повсеместно наблюдается стойкая нехватка лекарственных средств и материалов, и 30 тыс. основных работников здравоохранения почти год не получают зарплаты.



Эпидемия унесла жизни тысяч людей

«Работники здравоохранения Йемена трудятся в неприемлемых условиях. Больны тысячи людей, но больниц, лекарственных средств и чистой воды не хватает. Эти врачи и медсёстры являются основным компонентом ответных мер в области здравоохранения – без них мы ничего не сможем сделать в Йемене. Чтобы продолжать спасать человеческие жизни, они должны получать зарплату», – заявил доктор Тедрос Адханом Гебрейесус, генеральный директор Всемирной организации здравоохранения.

ВОЗ и партнёры неустанно работают для создания клиник по лечению холеры, восстановления медицинских учреждений, доставки средств и материалов медицинского назначения и содействия национальным мерам реагирования в области здравоохранения. Более 99% людей с предполагаемой

холерой, которые имеют доступ к службам здравоохранения, выживают. Но около 15 млн человек не имеют доступа к базовым медико-санитарным услугам.

«Чтобы сегодня спасти жизни людей в Йемене, мы должны оказывать поддержку системе здравоохранения и, в частности, работникам здравоохранения. Мы призываем власти Йемена и всех тех, кто может сыграть роль на уровне региона и на других уровнях, найти политическое решение для урегулирования конфликта, уже причинившего столько страданий. Люди Йемена не в состоянии больше терпеть – им необходим мир, чтобы вернуться к нормальной жизни и восстановить свою страну», – добавил доктор Тедрос.

Константин ШАРЬИН.

По сообщению ВВС.

Опрос

Счастье продаётся и покупается

Международная группа учёных оспорила расхожее утверждение, что счастье за деньги не купишь. Согласно новому исследованию, каждый может сделать себя счастливее за деньги, например платя другим людям за выполнение рутинной работы по дому.

Исследователи во главе с профессором Эшли Уиллансом из Гарвардской школы бизнеса провели серию опросов среди 4,5 тыс. человек в США, Канаде, Дании и Нидерландах. В первую очередь участников спросили, платят ли они другим людям за выполнение «неприятных по-

вседневных дел», с тем чтобы «увеличить количество своего свободного времени». В 28% случаев ответ был утвердительным. В среднем эти люди тратят по 147,95 долл. в месяц на покупку дополнительного времени.

Далее учёные выяснили, что покупающие себе свободное время более удовлетворены жизнью, чем те, кто этого не делает. Также они меньше подвержены стрессу из-за нехватки времени. При этом, отмечают исследователи, уровень доходов каждого человека не влияет на полученное удовлетворение от приобретения свободы. «Люди на всём спектре доходов выиграли

от покупки времени», – говорится в исследовании.

Затем учёные провели ещё один тест: 60 работающим взрослым в Ванкувере два уикенда подряд выдавали по 40 долл. на расходы. Первую неделю добровольцев попросили потратить деньги на материальную покупку. Во вторую – на что-то, что сэкономило бы им время.

Выяснилось, что участники эксперимента испытывали больше позитивных чувств, таких как радость и энтузиазм, и меньше негативных эмоций, таких как злость, страх и нервозность, именно в ту неделю, когда «купили» себе свободное время.

По словам исследователей, эта работа показывает, что, тратя деньги на своё свободное время, можно получить счастье.

Дана СЛАВИНА.

По информации PNAS.

Дословно

Дискриминация в целях экономии

Президент США Дональд Трамп заявил через соцсеть Twitter, что запретит транссексуалам служить в армии США, чтобы не тратить бюджетные средства на специфическое медицинское обслуживание людей, сменивших или планирующих сменить пол.

«После консультаций с генералами и военными экспертами было решено, что правительство не должно позволять транссексуалам занимать какие-либо должности в армии США. Наша армия должна быть нацелена на решительные и ошеломляющие победы и не мо-

жет себе позволить нести тяжкое бремя медицинских расходов, а также терпеть дестабилизацию, которую транссексуалы внесут в ряды военных», – написал Д.Трамп в своём Twitter.

Решение о том, что транссексуалам нужно разрешить служить в армии, принял ещё предыдущий президент США Барак Обама, после чего Министерство обороны взяло паузу, занявшись разработкой всех необходимых процедур для их приёма на работу, специфического медобслуживания и т.д.

Заявление Д.Трампа означает, что эта работа будет прекращена.

Между тем критики Трампа уже отметили слабость его аргументации.

Оказание медицинской помощи трансгендерам, служащим в армии США, обойдётся Пентагону в 5,6 млн долл. в год. Такие данные приводятся в отчёте, опубликованном в научном журнале The New England Journal of Medicine. Это ничтожно малая сумма по сравнению с военным бюджетом США, который превышает 580 млрд долл.

Алина КРАЗУЗЕ.

По сообщению The Washington Post.

Угроза

Учёные из Канады смогли доказать, что страх увеличивает вероятность вымирания многочисленных популяций. Исследованием занимались на протяжении нескольких лет.

Страх приводит к вымиранию

Исследователи предположили, что на численность популяции оказывают непосредственное влияние сами хищники. Согласно проведённым ранее научным работам, угроза нападения, а как следствие и образующийся из-за этого страх, прямым образом влияет на поведение животных.

В большинстве своём животные под угрозой страха и нападений начинают проявлять бдительность на протяжении всего времени, всей своей жизни. Однако такое состояние негативно сказывается на размножении, процессе кормления.

Догадки учёных подтвердились в ходе экспериментов, которые провели при участии дрозофил.

Исследователи сформировали 4 популяции дрозофил различной плотности, а затем поместили их в пробирку. Всех животных, к слову, обработали запахом китайского богомола.

Его не использовали только в период размножения. А затем измерили репродуктивную функцию и массу тела потомства.

Благодаря полученным сведениям учёные доказали, что ряд условий способен повышать вероятность вымирания. В частности, к факторам внешней среды относятся хищничество и страх.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации Science Daily.

Идеи

Закурить? Не найдётся!

Министр здравоохранения Армении Левон Алтунян заявил, что власти страны введут повышенные штрафы за курение в общественных местах – только такие меры могут дать эффект.

Об ужесточении мер по борьбе с курением Л.Алтунян заявил в эфире Общественного телевидения Армении. По словам министра, согласно антитабачной програм-

ме предусмотрен полный запрет на курение в общественных местах, но он не работает в полной мере. Есть предложение повысить штраф за нарушение запрета до 10 тыс. долл. Глава армянского Минздрава убеждён, что это наиболее эффективный инструмент.

Герман АКОДИС.

По информации news.am.

Выводы

Магическая цифра 7



Некурящие, не употребляющие алкоголь или употребляющие его в небольших количествах и не обладающие лишним весом люди в среднем живут на 7 лет дольше. Таковы выводы немецких и американских учёных.

Исследователи изучили статистические данные 14 тыс. американцев в возрасте 50-89 лет, чей средний возраст жизни на 4-5 лет превышает средний возраст жизни большинства населения США.

В выводах отмечается, что воздействие вышеуказанных ключевых факторов, влияющих на продолжительность и качество жизни, носит неравноценный характер. Ожирение, по данным

статистики, более других связано с ранней инвалидностью, курение – с ранней смертностью, употребление алкоголя – с уменьшением продолжительности жизни и резким ухудшением здоровья.

Некурящие, не употребляющие алкоголь и не страдающие ожирением и предожирением мужчины в среднем живут на 11 лет дольше, чем те, кто употребляет алкоголь и табак и кто склонен к лишнему весу.

У женщин этот разрыв на год больше в пользу тех, кто не употребляет алкоголь, не курит и следит за уровнем веса.

Александра БЕРЧЕНКО.

По информации Health Affairs.

Юлиан Тувим родился в 1894 г. в польской Лодзи. Его детство пришлось на расцвет мануфактурного бума в городе. Но позже он стал свидетелем индустриального упадка. Родители будущего поэта, будучи евреями, стремились ассимилироваться в польскую среду, отвергнув ветхозаветные скрижали, исповедуя приоритеты польского языка и секулярного обихода.

Психологический климат небогатой семьи был напряжённым: мать поэта, Адель, страдала хроническими депрессиями, в связи с чем лечилась у психиатров. Её душевное состояние не отличалось стабильностью, что стало причиной привычного нервного климата в доме. Непредсказуемость реакций матери генерировала в семье тревожное ожидание неприятных последствий: никогда нельзя было знать заранее, в каком состоянии духа Адель Тувим окажется к вечеру, даже если утро сулило сугубо безоблачный день. У неё был трудный характер, но именно мать воспитала мальчика в любви к литературе и польскому языку.

Истоки агорафобии

На фотографиях поэт чаще всего снят в правый профиль: на его левой щеке было большое родимое пятно. Косметический дефект стал причиной издёвок и остракизма со стороны сверстников. Мать считала пятно «проклятием судьбы», мечтала об операции. Сестра Тувима вспоминала о том, как мать «договаривалась со знахаркой, которая должна была исцелить Юлека». Адель с подозрением относилась даже к нейтральным репликам прохожих, усматривая в них злонамеренные инсинуации по поводу внешности ребёнка. Не желая, чтобы мать выслушивала насмешки, воспринимаемые ею болезненно, мальчик отказался от совместных прогулок. Большую часть времени он проводил дома, где его психика была ограждена от наждака социальных трений. Дом тоже не был местом покоя, но события, происходившие там, были, по крайней мере, более предсказуемыми. Детская привычка сидеть в четырёх стенах, относясь к внешнему миру как к месту, полному потенциальных неприятностей и неведомых опасностей, безуслвно, стала одной из причин психиатрической проблемы, настигшей Тувима во взрослом возрасте. У него сформировалась агорафобия.

Клиника этого расстройства неспецифична: постоянное тревожное ожидание; утомительный аутомониторинг ипохондрического свойства; стремление уклониться от ситуаций, могущих спровоцировать панику... Приступ начинается остро, длится около получаса, сопровождается тахикардией, потливостью, чувством «нехватки воздуха», страхом смерти. Диагноз определяется обстоятельствами возникновения симптомов.

Термин «агорафобия» переводится с древнегреческого, как «боязнь рынка». Агора – рыночная площадь – не только архитектурное пространство, но и публика, внутри него обретающаяся; в связи с чем тревога пациента обусловлена не только его нахождением вне дома, но и пребыванием в толпе (общественные места, транспорт, открытые пространства...). Страх перед «позором», если приступ паники разовьётся на людях, усиливает симптоматику, ограничивая возможности человека, который может годами не покидать дом: работа и контакты возможны для него лишь в «безопасной» зоне. Тревога возникает

и в тех случаях, когда агорафоб считает окружающую среду неподконтрольной себе. «Не выходи из комнаты, не совершай ошибку», – как сформулировал позже И.Бродский.

Косметический дефект стал причиной школьных проблем мальчика: в шестом классе ему пришлось посидеть дважды. Тем не менее, окончив русскую гимназию Лодзи, Тувим поступил

дом для литературных скандалов вокруг Тувима были его стихи о евреях, не стремившихся вливаться в культуру страны своего обитания:

«Чёрные, хитрые, бородатые,
С безумными глазами,
В которых – вечный страх,
В которых – наследие веков».

Поэт призывал к культурной ассимиляции еврейского населения Польши, порой весьма нелестно

усиливались: они настаивали на предоставлении им работы за счёт увольнения евреев – даже с предприятий, принадлежавших еврейским фабрикантам. Власти оказывали этим требованиям административную поддержку. Спекулировать на антисемитской теме было легко: тем, кто победнее, говорилось о «еврейских банкирах, ростовщиках и фабрикантах»; тому, кто побогаче, годился

об убийстве польского ребёнка. Евреи опасались перемещаться по Польше: их сталкивали с поездов. Английский историк И.Гутман писал, что погромы не являлись делом рук отдельных бандитов, а были тщательно подготовлены. На бытовой антисемитизм в этих условиях уже никто не обращал внимания. Но всё же – как выходить на улицу? Как пересечь площадь?

Болезни великих

Чужой среди своих

Поэт Юлиан Тувим называл себя евреем-поляком



в Варшавский университет для изучения юриспруденции и филологии (1916–1918).

Поэт-экспериментатор

В литературе он дебютировал в 1913 г. Раннее творчество Тувима часто носило характер филологической игры. Поэт охотно экспериментировал со словами и был большим охотником до вербальной эквилибристики:

«Слова, как мячики живые,
Кидаю по орбитам плоским
И вмиг на стержни звуковые
Ловлю одним движеньем бро-ским».

С юных лет он коллекционировал лексемы, которые были созвучны друг другу, но имели различные значения в разных языках. Слова часто становились не менее важными действующими лицами стихов Тувима, нежели их персонажи. Новые непривычные звучания освежали его строки, придавая им неожиданные смысловые повороты.

Видимо, отсюда и интерес Тувима к эсперанто, на котором он тоже охотно писал стихи, и к переводческой деятельности, и к словотворчеству. Некоторые поэтические эскзерсисы польского мастера литературоведы сопоставляют с заумными текстами Велимира Хлебникова. Например, «Зелень», где звуки Тувима выходят за пределы семантики слов. Превосходно получались у него детские стихи, становящиеся и книжной страницей, и вербальной игрой.

Полемические эскапады поэта часто помещали его в центр скандалов. Пацифистское стихотворение «Простому человеку» стало причиной судебного процесса против Тувима. В стихотворении «Бал в опере» (опубликовано лишь в 1946 г.) он проехался по спесивой национальной элите, издевательски отозвавшись о бессмыслице её идеологии и лицемерии властей – и этим нажив серьёзных врагов. Особым пово-

отзываясь о некоторых обычаях и манерах своего народа. (Знаменательно, что одной из главных претензий Тувима к еврейской диаспоре было «уродование польского языка»). Разумеется, он попал в разряд предателей. Когда на одном из поэтических вечеров поэт прочитал стихотворение «Биржевики», полиции пришлось защищать его от возмущённых соплеменников. Едкая ирония Тувима прожигала насквозь. Логика его поэтического языка была острой и разящей. Но социальные трения, возникающие в связи с его текстами, усиливались, и проблемы усугублялись. Для евреев он перестал быть своим. Но и для очень многих поляков он остался лишь ещё одним еврейским поэтом, зачем-то пишущим по-польски, забавным парадоксом-оксюмороном – «еврей-антисемит», хотя сам Тувим называл себя «еврей-поляк».

М.Цветаева заметила: «В сём христианнейшем из миров – «поэты – жида!». Разумеется, она имела в виду инакость любого поэта, его отличие от остальных людей, уникальное устройство его психического аппарата, мыслящего особым образом. Тувим, напротив, стремился к культурной интеграции, но на своём парадоксальном пути сделал немыслимый пируэт, в результате которого оказался «жидом» даже для евреев.

Трагедия польских евреев

Тем временем мануфактурный расцвет Лодзи подошёл к закату. Во время Первой мировой войны многие фабрики города были разрушены. Для оставшихся после Октябрьской революции был потерян русский рынок. Еврейские фабрики не имели финансовой поддержки от правительства, многие были закрыты. Сильный удар по промышленности Лодзи нанёс мировой экономический кризис, начавшийся в 1929 г. Выросла безработица. Антисемитские настроения среди рабочих

вариант о «евреях-коммунистах»; для совсем уж тёмных сходил старый сказ о «маце, замешанной на крови христианских младенцев». Антисемитские выступления случались ежегодно: апрель 1933 г., май 1934 г., сентябрь 1935 г. На городских выборах 1934 г. политики, выступавшие под лозунгом «Очистить город от евреев!», получили подавляющее большинство голосов. В 1935 г. умер отец Тувима, не дожив до совсем уж мрачных времён. В 1938 г., ещё до начала войны, богатые евреи были арестованы, перед еврейскими магазинами была поставлена охрана, дабы не впускать в них покупателей-неевреев. История мануфактурной Лодзи постепенно завершалась.

В 1930-е годы Тувим резко критиковал фашизм, что наряду с еврейским происхождением поэта стало причиной его эмиграции. В 1939 г. ему удалось бежать в Румынию, затем – через Францию, Португалию и Бразилию – в США.

Во время немецкой оккупации Лодзь была переименована в Лицманштадт. Здесь было сформировано гетто (второе по величине в Польше), которое Геббельс называл «образцовым». Плотность населения здесь составляла более 40 тыс. человек на квадратный километр. К моменту освобождения Лодзи Советской армией (январь 1945 г.), из 204 тыс. евреев гетто осталось 880.

Адель Тувим во время войны лечилась в психиатрической больнице в Отвоцке (близ Варшавы) и была убита гитлеровцами в 1942 г. (Возможно, она покончила жизнь самоубийством.) Вернувшись из эмиграции в 1946 г., Тувим перенёс её останки на лодзинское кладбище.

Трагедия геноцида еврейского народа потрясла Тувима. В 1944 г., находясь в эмиграции, он опубликовал манифест «Мы, польские евреи». Поэт писал: «Обильными, глубокими ручьями струится кровь евреев. И в этом новом Иордане я принимаю крещение». Но он не изменял и своему былому кредо: «Я поляк, ибо живёт во мне тайное суеверное желание, не подвластное ни разуму, ни логике, чтобы мёртвое моё тело приняла и вобрала польская земля».

После войны в Польшу вернулось около 500 тыс. евреев. И тут оказалось, что их квартиры и дома уже принадлежали новым хозяевам. Потом выяснилось, что у некоторых возвратившихся нашлись принадлежавшие им ранее заводы, фабрики и иной гешефт. Нежелание возвращать евреям имущество, разграбленное польским населением, стало важным обстоятельством для возобновления погромов. «Обоснованием» для них часто становились слухи

Рухнувшие надежды

Вначале поэт был исполнен счастья, связанного с концом оккупации Польши и надежд на будущее. Эренбург вспоминал: «Тувим днём, вечером, ночью водил меня по развалинам Варшавы. Город был страшен. Груды щебня, развороченные дома с ключьями обоев, с повисшей в небе винтовой лестницей, люди, которые ютятся в подвалах, в землянках, в щелях. Но Тувим видел красоту и в сожжённой, истерзанной Варшаве: на то он был поляком, и на то он был поэтом». Агорафоб Тувим не увидел прежних улиц и площадей. Руины предполагали новое строительство, о котором поэт хотел думать не только как о полной перестройке всех прежних пространств, но и как о переустройстве социальных отношений...

Близкий друг поэта литератор Ю.Виттлин говорил: «Тувим – доказательство существования Бога, ибо невозможно, чтобы такой ограниченный человек был таким великим поэтом». Но всё же, скорее всего, Виттлин имел в виду политическую наивность Тувима, восхищавшегося коммунизмом, советской Россией, социалистическим строительством и пр. В СССР ещё не наступило время «борьбы с космополитами» и «дела врачей». «Величие замысла» коммунистической идеологии пока могло выглядеть интегрирующим фактором – особенно для людей, искренне желавших поверить в идею. Воплощение многих концепций реализуется недостойными их методами. Но Тувиму была близка мысль Иоанна Златоуста: «Господь не токмо дела приемлет, но и намерения целует». (Кажется, что христианство ему было понятно: не случайно же он говорил о «крещении в Иордане еврейской крови».)

Агорафобия Тувима усиливалась. Симптоматика обострялась, даже если он просто смотрел в окно. Поэт регулярно получал угрозы антисемитского содержания. Обратил ли он внимание на то, что незаметно для себя оказался в гетто? Когда Тувим выходил на улицу в сопровождении жены (иначе уже не получалось) и переходил дорогу под взглядами польских антисемитов, задыхаясь от тревоги, с заполошно бьющимся сердцем, – его облику не доставало только белой нарукавной повязки и жёлтой звезды на груди.

В конце 1953 г. поэт и его жена решили провести Рождество на одном из курортов в Закопане.

27 декабря 1953 г. у Тувима случился инфаркт. Еврей-поляк умер.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСАНДРОВ

Чудо межрайонного масштаба

Коридор этого лечебно-диагностического учреждения был весь увешан пожелтевшими, поблекшими призывами типа: «Береги честь смолоду, а здоровье – всегда!», «Не начинай заботиться о здоровье тогда, когда заботиться уже не о чем!», «Помни, что только в по-настоящему здоровом теле всегда есть дух противоречия болезням!»

Уставший от жизни Евгений Самолётов терпеливо ожидал, сидя в коридоре, когда лечащий доктор вновь возьмётся за ремонт его пошатнувшейся вегетативной нервной системы. Он чётко знал, что специалист выдаст ему соответствующие рецепты и заветный больничный лист с привычными словами «вегетососудистая дистония».

Болеет и кружится думающий орган. Поэтому Евгений пытался не вспоминать бурлящий водоворот двух последних, совершивших основательный надлом его здоровья дней.

Облик доктора предстал перед Самолётовым неясной тенью, колеблющейся в яростном свете бабье-летнего солнца, прущего из окна врачебного кабинета. Облик невролога казался незнакомым.

«Новый», – насторожился Евгений и тут же начал жаловаться на распирающую головную боль.

Доктор странно хмыкнул и объяснил болезненное проявление передозировкой «коктейля» из пива «Хмельная бочка» в сочетании со «Стрелецкой».



Поражённый точностью диагностики пациент отодвинулся от врачебного стола и стал выдыхать внутрь себя.

Затем, ненадолго задержав дыхание, он полушёпотом спросил:

– А как же шатание?... Чего это меня так швыряет, как в шторм на палубе?

– Фальсификат, то есть суррогат! – доходчиво объяснил специалист. – После него чувствуешь себя как «утром стрелецкой казни»! И вообще, с пивной «бочкой» это несочетаемо!

– Во, как... – испуганно икнул Самолётов.

– А икота – она от «Монастырского кагора», который у нас гастарбайтеры гонят из подземных вод и наземных трав в своих подвалах, – доходчиво разъяснил специалист.

Пациент в ужасе задрожал.

– А тремор, – продолжил разъяснять хозяин кабинета, – он от энергетика «Энердайджест». В нём же треть самогона, а остальное – спитой чай вместе с цикорием. Его теперь варганят в загородном посёлке «Семитабуреткино».

Панические мысли поперли неостановимым потоком в пока ещё думающий подчёрпной орган Самолётова: – «Всё точно!.. Как это он?! Это же надо!..» И тут же к ним добавилось и некое прозрение в виде мутного воспоминания о том, что ещё, кажется, и «красное крепкое» было...

– А «красное»... – начал было он.

– Так ведь, как известно, «дурак красному рад!» – почти радостно воскликнул диа-

гност. – От него краснеют не только носы, но и некоторые политики!

– Чего-чего?... – не понял пациент, которого почему-то тут же облило, как кипятком, горячим потом.

– Того-того! – строго произнёс диагност. – Гипергидроз сейчас у вас! Повышенное потоотделение то есть. А оно чаще всего возникает после приёма «красного крепкого» производства Тьмутараканского района!

– Тьму... тараканского?! – с омерзением оторвал страдалец. – Во, твари, что творят! Уже из тьмы тараканов начали гнать, блин?!..

– Да и блинов вы, явно, перели вчера.

– Каких ещё блинов?

– Тех, что под видом итальянской пиццы вам доставили из

«Пиццерии», которая в подвале вашего дома.

«Во, даёт! – мысленно поразился блестящему подбору кадров своей межрайонной поликлиники Евгений. – Может, телепат или экстрасенс?... Или ещё кто?..» Он затравленно оглянулся в надежде обнаружить чудо-аппаратуру – индикатор какой-нибудь или, там, локатор, на худой конец.

Узрев в углу кабинета подозрительную тумбочку, Самолётов в прозрении ахнул и принялся бессвязно сознаваться: – Было... нарушал... но всего два дня... Так ведь торжество какое... у соседей... Нервы бы теперь подправить... здоровье бы... – жалобно запричитал он. – Не буду больше. Завяжу. Здоровьем клянусь! Последним...

Через несколько минут, сжимая в кулаке рецепты на противонервные и противоастенические препараты, Евгений, почему-то прихрамывая, начал пятиться назад – к входной, а точнее, теперь уже для него выходной двери врачебного кабинета.

– Двухдневная пляска – это огромная нагрузка и огромный вред для коленных и голеностопных суставов, – донёсся до него голос «провидца».

– Всеми святыми клянусь!.. – пролепетал Самолётов. – Никогда! Ни капли! И даже ни одного лишнего куса!..

В этот момент слепившее его глаза солнце скрылось за тёмным осенним облаком, и Евгений вдруг узнал в докторе чопорного соседа по праздничному столу, врезавшего ему не только по голеностопу, но и по коленному суставу во время вчерашней коллективной пляски...

Московская область.

СКАНВОРД									
Родственница куницы	Бриллиант	Кондит. изделие	Пьеса Брехта	Кэмерон, фильм	"... и Этери", Палиашвили	Планистка ... Вирсаладзе	Глазные капли	Муз. текст	Амер. джазовый трубач
Франц. врач, анатом	Фрамидин	Легкая мотыга	Берестяной короб	Роман Золя	Кушанье под соусом	Старин. страна, Суматра	Часть боевого патрона	Чурикова, фильм	Бунин, очерк
Овца	Парагвайский чай	Мельбурн, река	Земледелец, Спарта	Греч. богиня старости	Металл	Истор. город, Мьянма	Насморк	Итал. живописец	Трагедия Еврипида
Пачка	Шотл. мате-матик	"... и Лоллий", Прокофьев	Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р
Аватор Валерий Шаршуков	Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Т Л Ю К
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Х У Л О К
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	П Р О В Е Р А
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	А С О
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	М А Т Р Ы Н О К
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Л О Ж А
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Г Т О
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Д Ы М
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	З Л Е О Н
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	О П Е Р Ш
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	А Э Л А Р А
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Т А И С
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	С О М А
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Р М Д Р А М
Мороженое	Парковое дерево	Вулканич. воронка	Сотка	Л О Т Т О А	Б У Л А Т	Р	О Б Е Л Ц О Р М И Н	Ф И А К Р	Т Е О Д О Р

Ответы на сканворд, опубликованный в № 66 от 06.09.2017.