

Медицинская

28 июля 2017 г.
пятница
№ 55 (7773)

Газета®

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

Начало

Право на врачебную практику

В омских поликлиниках в ближайшее время ожидается серьёзное кадровое пополнение



Впервые выпускники Омского государственного медицинского университета придут работать в первичное звено здравоохранения без прохождения ординатуры или в прошлом интернатуры.

В прошлом году первичная аккредитация в ОмГМУ проводилась по специальностям «стоматология» и «фармация», сегодня её впервые ввели для выпускников лечебного факультета.

– Второй год все медицинские вузы нашей страны проходят процедуру государственной аккредитации, – отметил исполняющий обязанности ректора ОмГМУ профессор Виталий Охлопков. – Это для нас новая задача. Выпускники должны показать, чему они научились за вре-

Волнение не помешало студентам успешно сдать экзамены

мя обучения, насколько они готовы оказывать медицинскую помощь и работать врачами общего профиля. Мы знаем, что сегодня в первичном звене существуют кадровые проблемы. Руководство страны и сферы здравоохранения таким образом собирается решить проблему нехватки кадров в сельских и отдалённых районах, в поликлиниках. Приятно отметить, что наши студенты хорошо подготовились к аккредитации. Мы видим, что они прекрасно справляются с тестовыми, практическими и теоретическими заданиями.

Экзамены в рамках аккредитации принимают не преподаватели, а практикующие врачи, заместители главных врачей, заведующие терапевтическими отделениями крупных

клиник, будущие коллеги молодых специалистов.

– Согласитесь, можно учиться на «отлично», а в практической деятельности недопонимать или неправильно использовать знания, – считает председатель аккредитационной комиссии главный врач городской поликлиники № 4 Алексей Романов. – Поэтому наши эксперты должны выбрать специалистов, которые будут грамотно, со знанием дела подходить к своей практической деятельности, когда им доверят работу с пациентами.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Фото автора.

Особый случай

Помощь землякам гарантирована

Специалисты Кемеровского областного центра медицины катастроф эвакуировали из Вьетнама кузбассовца, перенёвшего инсульт.

Около 2 месяцев назад у 62-летнего врача из Кемерово во время отдыха во Вьетнаме случился инсульт. Пациента, путешествовавшего с медицинской страховкой, доставили в госпиталь Нячанга. Местные медики оказали ему необходимую помощь, но его состояние оставалось достаточно тяжёлым. За период реабилитации оно улучшилось, однако лимит страхового обеспечения по полису путешественника подошёл к

концу. И в администрации Кемеровской области было принято решение об эвакуации пациента на родину. Сложная реанимационная аппаратура и носилки для этого уже не требовались: мужчина мог полулежать в кресле салона бизнес-класса. А вот сопровождение реаниматолога было обязательным.

Сотрудники областного центра медицины катастроф взяли на себя решение оргвопросов: подбор рейса и места в самолёте, прохождение таможи с медицинскими препаратами и инструментами и т.д. В итоге все необходимые процедуры были со-

блюдены. Кемеровчанин был успешно доставлен в Новосибирск. А затем его на реанимобиле центра перевезли в Кемеровский кардиодиспансер.

«В Кузбассе действует негласное правило: если наши земляки попадают в беду за пределами области, мы обеспечиваем их транспортировку домой», – поясняет заместитель директора областного центра медицины катастроф по медицинской эвакуации Ксения Радивилко.

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Петер ХЕГИ (Венгрия),
генеральный секретарь
Европейского
панкреатологического клуба,
профессор:

Чем тяжелее исходная форма панкреатита у пациента, тем более врачи склонны начинать лечение с антибиотиков, что в большинстве случаев совершенно не является необходимым.

Стр. 4



Александр КОНОПЛЯНИКОВ,
главный акушер-гинеколог
Департамента
здравоохранения Москвы,
профессор:

Медицинское сообщество достаточно консервативно, поэтому любые нововведения находят определённое противодействие.

Стр. 5



Гюнтер ДОЙШЛЬ,
президент Европейской
академии неврологии:

Наша цель в том, чтобы 10 лет спустя любой европейский больной мог иметь доступ к одинаковым диагностическим и лечебным процедурам.

Стр. 10-11

Накануне

Кампус мирового уровня

Строительство общежития вышло на финишную прямую

Подходит к завершению строительство общежития на улице Озёрная (район Очаково-Матвеевское) для студентов и аспирантов Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. Это один из самых глобальных строительных проектов Сеченовского университета последних лет. С его вводом в эксплуатацию у ведущего медицинского вуза страны сформируется современный благоустроенный кампус, задающий новые стандарты комфорта.

Его строительство началось в 2015 г. На объект Сеченовским университетом было выделено порядка 760 млн руб., в то время как среди других вузов новые общежития не строились уже очень давно.

«Для руководства университета важно, чтобы студенты и молодые учёные могли в ближайшее время комфортно разместиться в новом общежитии. У нас обучаются более 15 тыс. человек, из них иногородних – больше половины, поэтому жилищный вопрос остро стоит перед нами. С вводом в эксплуатацию кампуса в Очаково мы намерены его решить», – сообщил ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глы-

бочко, лично курирующий строительство объекта.

Общая площадь общежития – 18 тыс. м², из них 13 тыс. – жилые помещения. В нём будут светлые просторные комнаты, отдельные кухни, душевые и туалеты на блок или комнату. На каждом этаже предусмотрены просторные холлы с местами для отдыха. Кроме того, для студентов будет организован wi-fi доступ в интернет. На цокольном этаже планируется разместить спортзалы, столы для настольного тенниса, небольшое кафе и прачечную. Один из подъездов общежития будет мало-семейного типа, где поселятся аспиранты, а остальная часть – блочного, где будут жить студенты. Общежитие рассчитано на 1200 жильцов.

Благоустройство территории планируется завершить к 10 августа. В настоящее время уже установлены бордюры вдоль будущих пешеходных дорожек, обустроена часть газонов, идёт подготовка к укладке асфальта как на дорожках, так и на территории будущей автостоянки на 62 места. Ввод в эксплуатацию общежития в Очаково состоится в конце 2017 г.

Василий СЕРЕБРЯКОВ,
МИА Сито!

Москва.

Новости

Максимально — к населению

Специалисты городской клинической больницы № 11 Рязани в рамках реализации проекта «Здоровый трудовой коллектив – высокая производительность труда» провели скрининговое обследование на наличие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета сотрудникам Рязанского картонно-рубероидного завода.

Медицинские скрининги на предприятиях – проект, инициированный трудовыми коллективами и поддержанный медицинским сообществом Рязанской области. Он помогает решить задачу, поставленную главой региона максимально приблизить медицинскую помощь к населению.

В рамках работы выездной бригады осмотрено 200 работников предприятия. Врачи проводили диагностику при помощи компьютерной системы «Кардиовизор», позволяющей выявлять нарушения в работе сердца, газоанализатора «Смокчек», определяющего концентрацию угарного газа в выдыхаемом воздухе у курящих. Кроме того, измеряли уровень глюкозы в крови, артериальное давление, выполнялась спирография, тестирование на никотинозависимость. По результатам обследования врачами определялось общее состояние здоровья заводчан, назначалось лечение там, где это было необходимо.

В настоящее время проект «Здоровье трудового коллектива – высокая производительность труда» реализуется на ряде предприятий Рязани, а также в 18 муниципальных образованиях области.

Галина НОВИЦКАЯ.

Рязань.

Кандидат в сенаторы

Первый заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Игорь Каграманян, возможно, покинет свою должность. На днях губернатор Ярославской области Дмитрий Миронов представил в региональный избирком кандидатов в члены Совета Федерации, среди которых также и Игорь Каграманян. Он работает в Минздраве России с 2012 г., курирует вопросы лекарственного обеспечения, скорой помощи, образования, кадров и другие направления. Как сообщается в министерстве, уже готов соответствующий приказ об увольнении. Официально пока эту тему не комментируют.

Соб. инф.

Они нуждаются
в обезболивании

Менее 1% пациентов психоневрологических интернатов получают обезболивающие лекарства в необходимом объеме. Об этом в ходе «круглого стола» в Совете Федерации заявила Анна Федермессер, директор Московского многопрофильного центра паллиативной помощи Департамента здравоохранения Москвы.

Результаты мониторинга учреждений Москвы показывают, что в отделениях милосердия живут люди с нарушениями центральной нервной системы, последствиями инсультов, инфарктов и другими заболеваниями. Исходя из расчётов Всемирной организации здравоохранения, более 40% людей с такими заболеваниями и степени инвалидизации нуждаются в обезболивании, подчеркнула она.

Как сообщила А.Федермессер, аптеки психоневрологических интернатов полностью оборудованы и приспособлены для того, чтобы там хранить наркотические препараты. «То есть вкладывать средства, чтобы оборудовать эти учреждения специальными помещениями, вообще не нужно, – добавила она. – Это просто вопрос взаимодействия между департаментами труда и социальной защиты и департаментами здравоохранения. И вопрос желания руководства обращать внимание на то, что чувствуют и от чего умирают подопечные отделений милосердия в психоневрологических интернатах».

Алексей ПИМШИН.

Москва.

Офис для первичной помощи

Открылся центр общей врачебной парковки на станции Хворостянка Липецкой области. На его строительство было затрачено 17 млн руб.

Для села это как мини-больница. Здесь и дневной стационар, и физиокабинет, и стоматологический кабинет, другие необходимые медикам и пациентам помещения. В центре будут работать врач общей практики, стоматолог, 3 медсестры и фельдшер-лаборант. Они будут обслуживать 1728 человек, в том числе 256 детей.

Строительство всех объектов здравоохранения в области ведётся с учётом современных требований охраны окружающей среды, санитарно-гигиенических норм и пожарной безопасности, а также использования их инвалидами и маломобильными группами населения. Кроме того, в каждом селе есть специально обученные волонтеры, которые оказывают первую помощь до приезда фельдшера или «скорой помощи». Всего в регионе в сельских поселениях с численностью населения менее 100 человек организовано 150 домовых хозяйств с выделением ответственных лиц, прошедших обучение по программе, и оснащением необходимыми средствами для оказания первой помощи.

В целом в Липецкой области работают около 400 ФАПов. В течение ближайших 2-3 лет в дополнение к строящимся за счёт областного бюджета будут введены в эксплуатацию 25 современных центров общей врачебной практики. Кроме того, в регионе осуществляется адресная доставка лекарств на дом пожилым, одиноким и маломобильным гражданам, организован доступный отпуск медикаментов гражданам, имеющим право на набор социальных услуг.

Галина УРАЛЬСКАЯ.

Липецкая область.

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

Работают мастера

Удалена
ГИГАНТСКАЯ ОПУХОЛЬ

Ростовские хирурги избавили пациента от новообразования весом 37 кг

В Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (РНИОИ) Минздрава России обратился пациент, который жаловался на огромный размер живота. Новообразование постепенно увеличивалось, но больной не стал обращаться к врачу, пока оно не достигло гигантских размеров – примерно 60х60 см, вес больного вырос на треть. Пациент чувствовал себя нормально, с питанием проблем не возникало, однако он с трудом мог лежать на спине. Спустя 3 года (!) больной обратился к врачу, который диагностировал забрюшинную опухоль.

Операцию проводила бригада онкохирургов абдоминального отделения № 1 РНИОИ. Учитывая огромные объёмы опухоли, в состав операционной группы, кроме оперирующего хирурга и двух ассистентов, вошли два дополнительных ассистента (чтобы поддерживать опухоль на весу) и пластический хирург.

– Мы удалили злокачественное новообразование и правый фланг ободочной кишки, так как её сосуды были вовлечены в опухоль. Из-за огромного веса и размера новообразования у пациента фактически изменилась анатомия брюшной полости – правая почка была оттеснена в правое поддиафрагмальное пространство, тонкий кишечник оказался в левом поддиафрагмальном пространстве. Органы вернули на место, после чего к нашей работе подключился пластический хирург. Был иссечён избыток передней брюшной стенки и проведена пластика, – отметил оперирующий хирург, руководитель РНИОИ член-корреспондент РАН Олег Кит.



Самый ответственный момент операции

Напомним, что липосаркома – опухоль, образованная из жировой ткани. Чаще всего встречается в возрасте 50-60 лет, у мужчин немного чаще, чем у женщин. Этиология липосаркомы до конца не изучена, но предполагается, что причинами возникновения могут быть механические травмы, ионизирующее излучение и действие химических канцерогенов. Данный вид опухоли может появиться в любой части тела, где имеются жировые клетки. В забрюшинном пространстве она протекает практически бессимптомно. Больной может наблюдать лишь косметический дефект, увеличение веса. Пациенты редко обращают на это внимание, пока опухоль не начинает сдавливать внутренние органы, нарушая их функции и вызывая болевые ощущения. Иногда эту патологию выявляют случайно, при обследовании по поводу других заболеваний.

– В данном случае мы столкнулись с высококодифференци-

рованной липосаркомой. Она редко даёт метастазы, но часто случаются рецидивы, – говорит патоморфолог РНИОИ Николай Карнаухов. – Однако существуют и другие формы липосарком, которые отличаются по гистологическим, биологическим и молекулярно-генетическим характеристикам. Чтобы правильно определить дальнейшую тактику лечения и прогноза опухоли, мы провели комплекс морфологических и молекулярно-генетических исследований.

В данном случае пациенту было показано только хирургическое лечение. Мужчина благополучно перенёс операцию и выписан домой. Лечение проводилось бесплатно за счёт средств из федерального бюджета по программе высокотехнологичной медицинской помощи.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Фото автора.

Перспективы

В Махачкале появится гамма-нож

Расширяются возможности для оказания ВМП

Председатель правительства Республики Дагестан Абдурамадов Гамидов проинспектировал ход строительства центра лучевой терапии на базе Республиканской клинической больницы. Вместе с министром здравоохранения региона Танкой Ибрагимовым и главным врачом этой больницы Ибрагимов Магомедовым премьер-министр республики осмотрел территорию, на которой в начале июня начались строительные работы.

Комментируя итоги осмотра, А.Гамидов подчеркнул, что в строящемся центре предусмотрено специальное помещение для размещения аппарата «Гамма-нож». Он предназначен для проведения высокоточного облучения различных патологических образований. По оценкам экспертов, на данный момент в России имеются всего 5 таких аппаратов.

«Благодаря усилиям главы Дагестана Рамазана Абдулатипова были найдены инвесторы, которые выразили готовность вложить деньги для заказа аппа-

рата «Гамма-нож» в нашу республику. Его стоимость составляет 4 млрд руб. Все расходы на его закупку берут на себя инвесторы. При этом из республиканского бюджета деньги будут выделены только на строительство самого здания центра», – рассказал премьер-министр.

А.Гамидов подчеркнул, что строительные работы должны быть завершены к концу октября текущего года, а открытие центра запланировано на весну 2018 г.

«После того, как была получена проектно-сметная документация, начались строительные работы. В результате здесь будет построено двухэтажное здание, общая площадь помещений составит 1400 м². Отмечу, что строительство данного центра с использованием суперсовременного оборудования поможет оказать профессиональную медицинскую помощь онкологическим больным и соседних территорий», – подчеркнул премьер-министр.

«Аппарат уже заказан, на его изготовление потребуется около 7 месяцев. Он производится только по специальному заказу. Как

известно, этот метод заключается в точном воздействии лучей на самые недоступные поражённые участки головного мозга. Тем самым гамма-лучи прижигают и уменьшают новообразования, что позволяет избежать проведения операции. Кроме того, в новом центре будут также расположены лаборатория, МРТ, томограф. Диагностика будет проводиться на самом высоком уровне. Отмечу, что есть договорённость с производителями аппарата о том, что ко дню открытия центра сюда приедет зарубежный специалист, который будет консультировать наших специалистов и делиться опытом в работе с аппаратом «Гамма-нож». Конечно, дагестанские врачи пройдут специальное обучение», – отметил Т.Ибрагимов.

По словам И.Магомедова, одна из сложных задач в реализации данного проекта – подготовить квалифицированных специалистов для работы в центре, но она успешно решается.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Решения

Телемедицина войдёт в повседневную практику

Использовать телемедицинские технологии для дистанционного взаимодействия «врач – врач», «врач – пациент» при проведении консилиумов, консультаций, дистанционного медицинского наблюдения за состоянием здоровья пациента позволяет Федеральный закон «О применении информационных технологий в сфере охраны здоровья». Предполагается, что принятый Госдумой на заключительном пленарном заседании весенней парламентской сессии в третьем, окончательном чтении он вступит в силу с 1 января 2018 г.

Консультации и состояние здоровья – дистанционно

Основной целью закона является закрепление в законодательстве норм, связанных с оказанием медицинской помощи с применением телемедицинских технологий, а также создание в нашей стране Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, отметил председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. При этом телемедицинские технологии не должны применяться для постановки пациенту диагноза и назначения лечения.

Закон легализует оказание медицинской помощи путём проведения консультаций и консилиумов с помощью телемедицинских технологий, которые обеспечивают дистанционное взаимодействие врачей между собой, врача и пациента или его законного представителя, а также дистанционный мониторинг состояния здоровья пациента. Организацию и порядок проведения таких консультаций и консилиумов и правила идентификации их участников определит уполномоченный федеральный орган исполнительной власти.

Консультировать пациента можно будет в двух случаях: для наблюдения за состоянием здоровья его лечащим врачом или для принятия решения о необходимости очного визита. Во время онлайн-консультации врачам разрешили корректировать уже назначенное лечение, но впервые поставить диагноз и определить терапию можно будет только на очном приёме. Пациенты смогут получать рецепты на лекарства и медицинскую документацию о состоянии здоровья в электронной форме.

Законопроект также разрешает выписывать в электронном виде рецепты на наркотические или

психотропные вещества: они должны оформляться на специальных бланках на бумажном носителе или составляться с согласия пациента или его законного представителя в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи лечащего врача. Электронные рецепты будут направляться непосредственно в аптечные организации. Порядок назначения лекарственных препаратов и формы электронных рецептурных бланков утвердит Минздрав России.

Принятый законопроект предполагает создание единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, определяет её оператора, состав обрабатываемых в ней сведений, правовые основы её работы и связи с другими информационными системами, поставщиков и пользователей информации. Положение о системе утвердит Правительство.

Закон прошёл с пакетом поправок

В 2016 г. было разработано два законопроекта о телемедицине, один из них подготовил Минздрав, другой – представители интернет-сообщества. Правительство России внесло в Госдуму РФ законопроект о телемедицине, разработанный Министерством здравоохранения, 13 мая, после чего поступил в думские комитеты по информационной политике и по охране здоровья. Оба комитета выявили ряд правовых пробелов в законопроекте. Впоследствии документ был одобрен и принят в первом чтении 16 июня 2017 г.

Во втором чтении законопроект дошёл с рядом поправок: из 85 изменений, предложенных депутатами, было принято 20, предложенные Д.Морозовым. Отдельно депутаты голосовали по 3 поправкам депутата от «Справедливой России» Федота Тумусова и по 4 поправкам депутата от КПРФ Алексея Куринного.

«В результате проведённой оптимизации в отдалённых населённых пунктах уже нет койко-мест, нет специалистов. С другой стороны, мы понимаем, что в каждой маленькой деревне мы медицинские центры не поставим. Здесь возникает опасность, что мы людей в отдалённых населённых пунктах будем лечить только дистанционно», – заявил Ф.Тумусов. По его словам, закон о телемедицине необходимо дополнить поправкой, которая позволит использовать

мобильные телемедицинские комплексы при оказании первичной помощи.

В ответ на это предложение Д.Морозов пояснил, что этот вопрос не является предметом обсуждаемого закона. «Но мы обсуждали этот вопрос, и Министерство здравоохранения заверило нас в том, что это найдёт отражение в подзаконных актах в другом законодательном поле», – добавил глава профильного комитета Госдумы.

Насколько полно учтены поправки Национальной медицинской палаты, о которых писала «МГ», пока неизвестно.

Завтра наступило уже сегодня

По расчётам Минздрава России, доступ к дистанционным консультациям у россиян появился уже с 2019 г., хотя инвесторы уже начали активно вкладываться в телемедицинские стартапы.

Принятие закона о телемедицине положит конец анонимным онлайн-консультациям и создаст надёжную информационную систему, которая позволит россиянам законно получать консультации у своего лечащего врача по интернету. «Ответственность врача прописана, – сказал Д.Морозов. – Те системы, которые в законе звучат как «иные системы», они не смогут функционировать и заниматься лечением, если не будут соответствовать требованиям к государственным медицинским информационным системам, это есть в законе».

По его словам, ответственность медицинского работника и защита прав пациентов в этом вопросе имеют решающее значение. Те люди, которые позволяют себе легко консультировать на разных сайтах, это просто непрофессионалы, а шарлатаны. Ответственный доктор 250 раз подумает, прежде чем что-нибудь сказать – и очно, и уж тем более дистанционно.

У частных медицинских организаций не должно возникнуть критических проблем, считает Д.Морозов. Их участие в телемедицине также предусмотрено законопроектом. «Лечить может любой, любые агрегаторы, системы могут функционировать без всяких проблем, но при одном условии – если они соответствуют требованиям, установленным Правительством», – пояснил председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья.

Константин ЩЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Поздравляем!

Доктор, который дарит надежду...

Главный врач Центра патологии речи и нейрореабилитации нейро-сенсорных и двигательных нарушений Министерства здравоохранения Республики Марий Эл, профессор кафедры радиотехнических и медико-биологических систем Поволжского государственного технологического университета, доктор медицинских наук Виктор Севастьянов вчера отметил свой юбилей.



пов многоканальных электростимуляторов, которые запатентованы в США, Японии, Франции, Нидерландах, Германии, Великобритании, Швеции. Ему удалось вместе с профессором Яковом Фурманом создать в Поволжском государственном технологическом

университете научную школу по обработке изображений. Более 30 лет проводятся исследования в области математического аппарата контурного анализа, который может применяться и для расшифровки электроэнцефалограмм, что повысило объективность поставленных по ним заключений. Это обещает исследователям в ближайшем будущем совершить следующий прорыв – создать систему автоматического формирования клинического заключения по электроэнцефалограммам.

И все годы своей медицинской и научной деятельности он работает по высоким меркам и самым лучшим критериям своей профессии. Журналистский коллектив «МГ» присоединяется к поздравлениям Виктора Викторовича с 75-летием! О нём можно говорить много и восторженно, но для нас, журналистов, он остаётся интересным собеседником, у которого к каждому маленькому пациенту есть свой «подход», золотой ключик.

Желаем профессору Севастьянову новых достижений, больше счастливых дней, крепкого здоровья, оптимизма, силы духа и созидательной энергии в работе с маленькими пациентами.

Виктор Викторович – один из тех врачей, попасть на консультацию к которому мечтают сотни пациентов. Очередь на госпитализацию в его центр расписана на 3 года вперёд. Такой популярности и признания в подлинном смысле этого слова у родителей и родственников не достигнешь, если после проведённых курсов лечения их детям не становится лучше.

Настоящее чудо, когда у маленьких пациентов, признанных в ведущих региональных лечебных учреждениях incurable, происходит активизация психических функций... После трёх курсов лечения в центре Севастьянова часть таких малышей становится на ноги, начинают говорить, социально адаптироваться. Это лучший подарок для доктора Севастьянова и всего коллектива центра.

В.Севастьянов – учёный, интересы которого определяют полученные им два высших образования: в Казанском медицинском и Рязанском радиотехническом институтах. Он автор новых ти-

Акценты

Долой ненужные бумаги!

Более 5 млн москвичей получили электронные медицинские карты. Каждый день врачи столичных поликлиник создают в электронном виде в среднем 6,2 тыс. медицинских карт. Об этом сообщает официальный портал мэра и правительства Москвы.

Как недавно заявил заместитель руководителя Департамента здравоохранения Москвы Алексей Погонин, электронная медкарта доступна всем врачам, работающим в системе Единой медицинской информационно-аналитической системы (ЕМИАС). «Даже если пациент перейдёт лечиться в другую городскую поликлинику, врачи нового лечебного учреждения также будут иметь доступ к его электронной карте», – подчеркнул он.

Помимо врачей в поликлиниках, доступ к ней имеют сотрудники скорой и неотложной помощи. Преемственность медицинской информации во всех учреждениях столичной систе-

мы здравоохранения поможет повысить качество лечения и улучшить здоровье москвичей. «Цель внедрения электронной карты – открытие врачам полной и достоверной клинической картины здоровья пациента, независимо от местонахождения пациента. Это поможет им принимать обоснованные решения для его лечения», – отметил А.Погонин.

Как известно, в столичном регионе с 2011 г. действует ЕМИАС. Работу столичных поликлиник, а вслед за ними и стационаров постепенно автоматизируют. В электронный вид переведена запись на приём к врачу, выписка рецептов и больничных листов. С 2015 г. ведётся создание электронных медкарт. К настоящему времени в ЕМИАС уже зарегистрированы более 9 млн пациентов и более 23 тыс. врачей.

Яков ЯНОВСКИЙ, МИА Сити!

Москва.

ОМС: реальность и перспективы

Санкции стали меньше

Очередное рабочее совещание председателя Федерального фонда ОМС Натальи Стадченко и президента Национальной медицинской палаты (НМП) Леонида Рошаля прошло в Москве.

В рамках реализации соглашения о взаимодействии ФОМС и НМП такие встречи проводятся на регулярной основе. На этот раз стороны обсудили предложения медицинского сообщества, действующего под эгидой НМП, в части организации экспертной деятельности страховых медицинских компаний, также результаты введения нового порядка наложения санкций на медицинские организации по результатам контроля качества медпомощи.

Благодаря взаимодействию сторон приказом ФОМС (от 22 февраля 2017 г.) изменён порядок проведения контроля и качества медицинской помощи в части уменьшения размера санкций по ряду дефектов с 10 до 50%.

В частности, по дефекту «повторное обращение застрахованного лица за медицинской помощью по поводу того же заболевания в течение 30 дней со дня завершения амбулаторного лечения и 90 дней со дня завершения лечения в стационаре» – на 40%. В два раза стали ниже санкции за повторное посещение врача одной и той же специализации в один день при оказании амбулаторной медицинской помощи. Размер штрафа за

отсутствие информированности застрахованного населения уменьшен на 40%.

Изменения порядка применения санкций направлены в том числе на исключение фактора субъективизма оценки экспертами страховых компаний качества оказания медицинской помощи. Они также учитывают обстоятельства, вызвавшие нарушения при оказании медицинской помощи, но не являющиеся причиной неверных действий медиков. Стороны отметили позитивные изменения в результате принятых решений.

Павел АЛЕКСЕЕВ, корр. «МГ».

Москва.

Европейский регистр больных острым панкреатитом может стать для российских врачей эффективным инструментом улучшения диагностики и лечения данной категории пациентов. При одном условии: специалист, который хотел бы иметь доступ к международной базе данных, тоже должен принимать участие в её формировании, заносить в регистр информацию о своих пациентах.

Об этом шла речь на конференции, прошедшей в Институте хирургии им. А.В.Вишневского. Участниками форума стали врачи московских клиник, а главным докладчиком – генеральный секретарь Европейского панкреатологического клуба, президент Центрально-Восточноевропейской группы по изучению поджелудочной железы, профессор Петер Хеги (Венгрия). Его сообщение о формировании Европейского регистра больных острым панкреатитом и проводимых с его помощью многоцентровых научных исследованиях по лечению заболеваний поджелудочной железы вызвало живой интерес российских хирургов.

Как это работает?

Любой регистр больных, о какой бы патологии ни шла речь, является важным элементом трансляционной медицины, которая объединяет клиницистов и учёных для решения единой задачи – улучшить лечение пациентов.

По мнению профессора Хеги, острый панкреатит (ОП) – одно из наиболее подходящих направлений для трансляционной медицины, поскольку за последнее десятилетие заболеваемость ОП выросла на 30%, смертность от тяжёлых форм ОП по-прежнему остаётся очень высокой, а количество научно-клинических исследований в этой области медицины за последние 50 лет сократилось вдвое. Регистр больных ОП и научные исследования, выполняемые на основе его данных, которые, в свою очередь, обработаны и проанализированы современными методами биостатистики, позволяют не просто накопить большой объём знаний об эффективности тех или иных подходов к лечению пациентов с разными формами одного и того же заболевания, но и вернуть эти знания в клинику в виде новой терапии. Таким образом, регистры пациентов с их огромными массивами информации стали важнейшей потребностью для медицинской науки, ведь авторы многих научных публикаций ссылаются именно на статистику регистров.

Что касается Европейского регистра больных острым панкреатитом, мы начали собирать в него клинические данные в 2011 г. Вначале в этой работе принимали участие всего 4 медицинских центра, а сегодня их свыше 100 из 120 стран. В регистре имеются сведения о более чем 3,5 тыс. пациентах, также сформирован биобанк, в котором 2 тыс. образцов крови. Загружать в регистр информацию о своих пациентах и быть участником масштабного научного проекта может любой врач из любой клиники мира, – говорит Петер Хеги.

Шаблоны ломаются

В настоящее время Центрально-Восточноевропейская группа по изучению поджелудочной железы проводит целый ряд рандомизированных исследований по панкреатиту у детей и у взрослых. Одна из задач – сформировать систему прогноза тяжёлых форм заболевания на основе определённых индексов. Ими, в частности, могут быть ранние признаки дисфункции митохондрий и повышения уровня провоспалительных цитокинов – процессов, которые приводят к полиорганной недостаточности и во многих случаях к смерти больного.

Проблемы и решения

Регистр – не цель, а средство

Российские врачи приглашены к участию в международном проекте



– Логично предположить, что, если правильно оценить прогноз тяжести заболевания для конкретного пациента и вмешаться на начальном этапе, можно предотвратить развитие тяжёлой формы ОП. Это даст возможность выжить большему числу больных. Изучив данные о 600 пациентах, мы выяснили, что у мужчин гораздо более высокий риск тяжёлых форм острого панкреатита. Возраст – ещё один очень важный фактор. Также если у пациента имеется абдоминальное напряжение, скопление жидкости в плевральной полости, это следует рассматривать как признаки развития тяжёлой формы ОП, – продолжает профессор.

В то же время он предостерегает коллег от абсолютизации такого лабораторного показателя, как С-реактивный белок (СРБ). Во многих медицинских центрах традиционно принято считать, будто уровень СРБ более 150 мг/л является главным фактором риска тяжёлой формы острого панкреатита у пациента. Однако с использованием данных Европейского регистра удалось доказать, что это заблуждение. Специалисты по биостатистике проанализировали информацию о 379 пациентах, оказалось, что у части из них показатель С-реактивного белка был меньше 150 мг/л, а предиктивное значение риска тяжёлой формы ОП с учётом всех факторов риска составило 95%. У другой части

больных уровень СРБ был выше 150 мг/л, а предиктивное значение тяжёлой формы острого панкреатита – всего 44%.

– Мы вправе сделать вывод: С-реактивный белок не может считаться единственно достаточным биомаркером для того, чтобы разграничить формы тяжёлого панкреатита и панкреатита средней тяжести, – подчёркивает учёный.

Тема раннего энтерального питания пациентов с ОП тоже получила дополнительные «оттенки» по результатам анализа информации о пациентах, занесённых в регистр.

были такими же, как в группе, где больных лечили антибиотиками. Более того, есть отдельная группа больных, которым антибиотики назначались в качестве профилактики развития тяжёлых форм панкреатита, так здесь длительность госпитализации была больше и уровень тяжёлых форм ОП в пять раз выше, чем в группе больных, не получавших такие препараты профилактически, – продолжает удивлять аудиторию венгерский учёный.

Обобщая сказанное, генеральный секретарь Европейского пан-

достоверной. Регистр может и должен быть использован как готовый инструмент для анализа врачом или клиникой результатов собственной практики и сопоставления их с результатами работы других клиник.

Главный хирург Департамента здравоохранения Москвы, главный врач ГКБ им. С.П.Боткина, член-корреспондент РАН Алексей Шабунин согласен и с тем, что создание в России специализированных панкреатологических центров было бы оптимальным решением для повышения уровня помощи данной категории больных.

креатологического клуба обратил внимание на целесообразность создания панкреатологических центров, куда больных с ОП доставляют из других стационаров. Сравнение исходов лечения пациентов с острым панкреатитом в специализированных центрах и в других клиниках выявило существенную разницу. Оказалось, что показатель применения раннего энтерального питания в специализированных центрах выше, а использование антибиотиков на 30% меньше, чем в больницах общего профиля. И это, конечно, приводит к значительному различию сроков госпитализации и показателей смертности больных.

Исключительно добровольно

Итак, приглашение прозвучало: каждый российский врач, будь то гастроэнтеролог или хирург-панкреатолог, может принимать участие в формировании Европейского регистра больных острым панкреатитом.

– Некоторые врачи очень не любят изменения. Они говорят: я уже 20 лет лечу пациентов одним способом, зачем мне менять подходы? Регистр как раз и помогает понять важность перемен. В России, по моим данным, каждый год регистрируется примерно 100 тыс. новых случаев панкреатита. Все знают, что лечение тяжёлых форм ОП – дорогостоящее занятие, значительная часть пациентов требует пребывания в отделениях реанимации. Если бы нам удалось добиться того, чтобы все пациенты в России лечились на основе принципов доказательной медицины, можно было бы снизить долю тяжёлых форм панкреатита на 7% и спасти несколько тысяч человеческих жизней, – резюмирует Петер Хеги.

По мнению президента российского Панкреатологического клуба, директора Московского клинического научного центра им. А.С.Логина, члена-корреспондента РАН Игоря Хатькова, создание любых регистров – важная форма накопления данных о лечении пациентов, о реакциях организма на проводимое лечение, и эта база данных является наиболее

– Мы организовали в Москве центры по лечению кишечной непроходимости, и это уже дало результаты: если в первом полугодии 2016 г. летальность больных с опухолевой непроходимостью достигала 14,5%, то за первые полгода 2017 г. она снизилась до 10%, – проводит аналогию главный хирург Москвы.

Итак, понятно, что специализированные панкреатологические центры нужны, но возникает закономерный вопрос о деньгах. Как прозвучало на конференции, лечение пациента с панкреонекрозом обходится примерно в 2 млн руб., а по тарифам ОМС больницы получают даже с учётом расходов на реанимацию при сепсисе в 4 раза меньше реальных затрат.

– Если мы создаём панкреатологические центры, то необходимо быть уверенными в их адекватном финансовом обеспечении. Со своей стороны я готов вступить в переговоры с территориальным фондом ОМС, чтобы финансирование данного раздела медицинской помощи было пересмотрено, – заверил коллег А.Шабунин.

Подводя итоги конференции, заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневского, доктор медицинских наук, профессор Алексей Чжао ответил на реплики тех участников конференции, которые усомнились в том, что российскому врачу при его загруженности хватит сил и времени на работу с каким-либо регистром.

– Участие российских специалистов в формировании регистра не является императивом, мы никого не можем заставить, решение принимает каждый для себя. Если врач считает, что ему важно сравнить свои результаты с результатами других клиник, иметь легитимный доступ к международной базе данных, участвовать в многоцентровых исследованиях и публиковать свои научные работы, то он найдёт время и возможности, чтобы вносить информацию о своих пациентах в регистр, – убеждён профессор А.Чжао.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Опыт

В Кузбассе впервые проведена тромбэкстракция при инсульте: врачи городской клинической больницы № 1 Новокузнецка механическим путём удалили тромб из сосуда, питающего мозг пациента. До этого единственным методом лечения инсультов в Кемеровской области был тромболизис.

При оказании экстренной помощи пациентам с сосудистыми катастрофами важно попасть в «терапевтическое окно»: оказать её в такой период времени, когда последствия заболевания инфаркта можно свести до минимума.

Высокие технологии против инсультов

По словам специалистов, тромблизис позволяет существенно снизить риск осложнений, если он выполнен в течение первых 4 часов после развития инсульта. Новый метод лечения – тромбэкстракция – увеличивает «терапевтическое окно» до 6 часов, повышая шансы больного на успешную реабилитацию и снижая вероятность инвалидизации.

На сегодняшний день в ГКБ № 1 Новокузнецка по новой технологии

пролечено уже 3 пациентов. 26 июня специалисты впервые провели механическое удаление тромба из внутренней сонной артерии 72-летнему мужчине. В больницу он поступил с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» с признаками лёгкого пареза лицевой мускулатуры и речевыми расстройствами. По результатам обследования был диагностирован ишемический инсульт.

В срочном порядке пациента до-

ставили в рентгеноперационную. Здесь под рентгеноконтролем ему ввели в закупоренный сосуд стент-ретривер: оказавшись в нужном месте, это мини-устройство быстро восстанавливает кровоток и удаляет сгусток крови, ставший причиной инсульта. Операцию провёл заведующий отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения кандидат медицинских наук Максим Верещагин. Состояние больного значительно улучши-

лось уже на операционном столе: у него восстановилась речь. А через 4 дня он был выписан из стационара.

Как уточнил главный врач Новокузнецкой городской клинической больницы № 1 Василий Мальчиков, дорогостоящие операции стоимостью порядка 350 тыс. руб. каждая для пациентов были совершенно бесплатными.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».
Кемеровская область.

Одним из приоритетных направлений совершенствования системы здравоохранения традиционно является охрана материнства и детства. Так, в столичном регионе работа в этом направлении велась всегда, однако особенно заметные структурные изменения в данной сфере произошли за последние несколько лет.

О том, как проходил этот процесс и какие изменения ожидают акушерско-гинекологическую службу Москвы в ближайшей перспективе, в интервью «Медицинской газете» рассказал главный акушер-гинеколог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры акушерства и гинекологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Александр КОНОПЛЯНИКОВ.

— Александр Георгиевич, вы курируете работу акушерско-гинекологической службы столицы более 4 лет, поэтому все происходящие в этой сфере изменения происходят при вашем непосредственном участии. В чём они заключаются и какие цели преследуют?

— Если мы вернёмся в историю, почти 4,5 года назад начались изменения. Первое, что мы сделали в рамках модернизации нашей службы, — объединили отдельно стоящие родильные дома с многопрофильными больницами. На тот момент сама структура оказания акушерско-гинекологической помощи в городе была устроена так, что только часть роддомов находилась в структуре многопрофильных больниц. Другие же существовали отдельно, у них не было всех возможностей стационара с мощными реанимациями, хирургическими, сосудистыми, терапевтическими отделениями, отделениями функциональной диагностики, которые столичные власти за последние 5 лет оснастили самой современной аппаратурой.

Если возникла какая-то ситуация, связанная с осложнениями и патологиями, то на помощь этому родильному дому выезжала специализированная бригада — реанимационная, сосудистая и т.п. После того, как все акушерские стационары оказались административно присоединены к многопрофильным больницам, при наступлении критической ситуации все службы многопрофильного стационара помогают родильному дому. Необходимость в сформированных ранее выездных специализированных бригадах утратила актуальность. Поэтому служба перепрофилирована для выполнения других задач.

Сейчас за каждую беременную, поступающую в родильный дом, отвечает не только заместитель главного врача по родовспоможению, а сам главный врач. Оказание медицинской помощи беременным является лакмусовой бумажкой доступности медпомощи в целом. Именно главный врач должен обеспечить правильность организации медицинской помощи в учреждении, подведомственном ему. Соответственно, повысилась его мотивация для повышения квалификации персонала, внедрения новых технологий.

Как результат — возросла безопасность и для пациентки, и для плода. Успешная реализация первого этапа реформы системы оказания акушерско-гинекологической помощи в Москве позволила качественно повысить уровень оказания медицинской помощи как беременным, так и пациентам с гинекологическими заболеваниями в целом.

Нам удалось улучшить ситуацию с такими осложнениями, как массивные акушерские кровотечения при родах, которые до сих пор в России являются одной из основных причин материнской смертности. Благодаря внедрению доказательной медицины с применением только современных технологий (например, рентгенохирургии), применению эффективных лекарственных препаратов и оборудования (например, в каждом роддоме Москвы есть cell-сейверы, позволяющие минимизировать применение донорской крови за

Беседы с главными специалистами

Александр КОНОПЛЯНИКОВ:

Акушер-гинеколог не должен быть узким специалистом

Он обязан одинаково хорошо разбираться не только в своей, но и в смежных областях



счёт использования своей) на протяжении последних лет в медицинских организациях Москвы от кровотечения не умерла ни одна родильница...

— Как изменения воспринимались профессиональным сообществом?

— Поначалу несколько настороженно. Медицинское сообщество достаточно консервативно, поэтому любые нововведения, полностью меняющие привычную схему работы, находят определённое противодействие. Не менее важно то, что ранее в каждом родильном доме был главный врач, который в новой схеме становился заместителем главного врача больницы по акушерству и гинекологии — то есть происходило понижение его функциональных возможностей.

С другой стороны, начав работать в системе многопрофильных больниц, и руководство, и персонал родильных домов поняли, что теперь перед ними открываются принципиально новые возможности. У них появился своего рода «старший брат», который в любой ситуации придёт на помощь этому учреждению. Например, если пациентка требует дальнейшего наблюдения, диагностики и внутри роддома получить их по каким-то объективным причинам не может (например, там нет возможности провести КТ или МРТ), то в многопрофильной больнице это всё есть. То есть при необходимости пациентка может быть транспортирована в больницу для дальнейшего обследования и лечения.

Таким образом, все поняли пользу от нововведения: и врачи, и пациенты.

— Летом этого года начался процесс объединения многопрофильных стационаров с женскими консультациями...

— Совершенно верно. Причём пилотный проект в этом направлении ранее уже отработывался в столичном Центре планирования семьи и репродукции, к которому были присоединены 9 женских консультаций. В Москве раньше была 131 женская консультация, куда впервые приходили беременные или пациентки с жалобами на какие-то болезни или осложнения.

А ведь первые, кто видит пациентов, — врачи амбулаторного звена. Это самый ответственный момент: первая встреча с пациенткой, грамотный сбор анамнеза, выявление рисков и решение вопросов, связанных с наблюдением и лечением беременных и пациенток с гинекологическими заболеваниями. Вот почему так важно было не просто решить организационные и административные вопросы, но и поднять профессиональный уровень персонала женских консультаций.

Поставив перед собой такую цель, мы 3 года назад создали Московскую школу акушера-гинеколога. Я пригласил туда поликлинических врачей, чтобы поднять их

образовательный уровень и чтобы они одинаково вели всех пациентов и одинаково лечили все формы заболеваний.

В июне нынешнего года был подписан приказ столичного Департамента здравоохранения об объединении многопрофильных больниц, в структуре которых есть акушерские отделения, с женскими консультациями. По территориальному признаку мы присоединили женские консультации к 17 многопрофильным больницам. Реализация такого подхода позволит обеспечить оказание медицинской помощи нашим пациенткам — начиная от обращения в женскую консультацию и заканчивая оказанием специализированной помощи как во время беременности и родов, так и при гинекологических заболеваниях. При необходимости получать лечение в одной медицинской организации: от диагностики заболевания до реабилитации после оперативного лечения. За неё будет нести ответственность одна медицинская организация, а не несколько.

Важно отметить, что для пациенток ничего не меняется: они по-прежнему обращаются в ЖК по месту жительства (территориально всё остаётся на своих местах). Для врачей меняется только работодатель: теперь они являются сотрудниками той или иной больницы, но физически приходят на своё прежнее рабочее место.

Полностью же процесс объединения завершится в сентябре этого года.

— Работа по этой модели предъявляет совершенно иные требования к профессиональной подготовке задействованных в ней докторов. Как будет обеспечиваться этот процесс?

— В современных условиях представителям нашей профессии необходимо становиться настоящими универсалами, способными на одинаково высоком уровне оказывать помощь и в амбулаторном звене, и в гинекологическом стационаре, и в процессе сопровождения беременности и родов.

В дипломах и врачей женских консультаций, и врачей стационаров написана одна специальность — врач акушер-гинеколог. К сожалению, мы постепенно утратили универсальность, разделившись по признаку места работы. Когда все эти врачи станут врачами структурных подразделений многопрофильных больниц, в городе появится основной участок акушерско-гинекологического звена, включающий амбулаторию, стационар и роддом. Такая структура позволит обеспечить постоянное профессиональное общение врачей, обмен опытом, создание условий, при которых врач, к примеру, амбулаторного звена может зайти и в родильное, и в гинекологическое отделение, посмотреть, оправдана ли госпитализация для той или иной пациентки. То же самое относится к его коллегам из роддома или стационара. В настоящее время мы совместно с Департаментом здравоохранения Москвы решаем вопрос о том, чтобы после завершения процесса объединения все акушеры-гинекологи работали по одним клиническим протоколам.

— При условии, что в новой модели организации медицинской помощи будут включены все «звенья» — от женской консультации до специализированного отделения больницы — не появится ли риск того, что на определённом этапе пациентка захочет обратиться в другую медицинскую организацию? Ведь в таком случае о сохранении ответственности в лечении можно будет забыть...

— На системном уровне руководство медицинской организации будет заинтересовано в том, чтобы пациентки получали медицинскую помощь именно в данной структуре — начиная от первого обращения в женскую консультацию и заканчивая родами либо получением специализированной помощи. Никаких иных рычагов, кроме создания комфортных условий для пациента, привлечения максимально квалифицированных кадров и повышения эффективности работы учреждения, нет. Пациенты, согласно действующему законодательству, имеют право выбора медицинской организации. То, как эта работа будет организована и насколько она окажется результативной, является показателем профессионализма руководителя медицинской организации.

Кстати, если мы уже упомянули финансовую тему, то стоит отметить, что уровень заработной платы медицинского персонала женских консультаций при смене работодателя не изменится. Для обеспечения данного условия в настоящее время рассматривается вопрос о повышении тарифов на ведение беременности в женских консультациях, для обеспечения фонда заработной платы. Есть все основания полагать, что этот вопрос будет решён положительно.

— Помимо организационных изменений, в акушерско-гинекологической службе столицы произошёл, если так можно выразиться, и качественный технологический скачок. Можно рассказать об этом поподробнее?

— Одним из наиболее заметных положительных результатов модернизации службы акушерско-гинекологической помощи стало создание сети перинатальных кабинетов. Именно работа специалистов в этих кабинетах позволила добиться того, что диагноз ставится во время беременности. Семейная пара после предоставления информации о возможности коррекции данного заболевания сама принимает решение о возможности сохранения беременности. Всё меньше и меньше становится неприятных ситуаций, когда какой-либо диагноз ставится малышу после родов, когда для родителей это как «гром среди ясного неба».

Когда обсуждался вопрос о создании этой сети, я выступал за то, что их должно быть как минимум по одному на округ — то есть не менее 11 в Москве, учитывая, что каждый административный округ — это, по сути, город-«миллионник». В итоге по инициативе главных окружных акушеров-гинекологов, исходя из принципа территориальной доступности, было создано в общей сложности 37 таких кабинетов. Выстроена чёткая служба пренатальной диагностики.

Все женские консультации направляют в кабинеты пренатальной диагностики беременных в сроки 11-14 недель, а также в 18-21-ю неделю для прохождения пренатального скрининга на предмет не только выявления пороков развития у плода, но и прогнозирования риска задержки роста плода, развития такого грозного осложнения беременности, как преэклампсия. В ходе первого пренатального скрининга (11-14 недель) проводится не только ультразвуковое исследование, но и биохимическое, так как исследование данных маркёров (РАРР-а и β-ХГЧ) позволяет более точно рассчитать индивидуальный риск развития не только патологии плода, но и фетоплацентарной недостаточности.

Сейчас все кабинеты пренатальной диагностики объединены в единую информационную сеть. При выявлении отклонений беременные направляются на медико-генетиче-

ское консультирование, где после проведения экспертного ультразвукового исследования принимается решение о необходимости проведения инвазивной диагностики.

В кабинетах пренатальной диагностики работают акушеры-гинекологи, имеющие не только сертификат врача ультразвуковой диагностики, но и международный сертификат. Также врачи КПД ежемесячно проходят аудит (правильность проведения УЗИ).

Раньше от взятия анализа до получения результата проходило 2 недели. Теперь благодаря этой системе — 2 дня. Это очень важный показатель, поскольку мы ограничены жёсткими временными рамками для принятия решения о прерывании беременности в случае выявления пороков развития у плода.

— Как вы оцениваете решение о внедрении статуса «Московский врач» применительно к акушерам-гинекологам?

— Моя личная позиция по вопросу о том, как и кому может быть присвоен статус «Московский врач», вполне может вызвать определённое недовольство коллег. Однако я принципиально считаю, что этот статус не должен стать массовым и не должен быть доступным для всех желающих. Он должен быть престижным и действительно представлять собой профессиональное отличие того или иного специалиста и присваиваться не «по совокупности заслуг», а по объективным критериям.

Акушер-гинеколог в статусе «Московский врач» не должен быть узким специалистом в какой-то области. Он обязан одинаково хорошо разбираться не только в своей, но и в смежных специальностях — и в сопровождении беременности, и в родах, и в лечении гинекологической патологии, урогинекологии, онкогинекологии и т.д. Именно поэтому при разработке материалов для сдачи экзамена на получение этого статуса мы исходили из того, что они должны быть общими и универсальными для всех направлений акушерства и гинекологии. Причём, на мой взгляд, тестовые задания вместе с правильными ответами в обязательном порядке должны находиться в открытом доступе вне зависимости от того, будет ли врачом принято решение идти на экзамен, полученные при знакомстве с билетами знания не будут лишними.

Второй этап экзамена предусматривает использование симуляционных технологий: претендент должен принять роды, сделать вакуумную экстракцию, продемонстрировать знание лапароскопических хирургических техник и умение проводить и интерпретировать результаты УЗИ беременных и т.д. Повторюсь, всё это вне зависимости от фактического места работы и должности. «Московский врач» должен уметь всё...

Наконец, в ходе третьего этапа претенденту будет предложено решить ситуационную задачу, в ходе чего ему надо продемонстрировать не только профессиональные навыки, но и умение действовать в нестандартной ситуации. Очень важный момент: на экзамене должен присутствовать главный врач медицинской организации. Ведь именно ему в конечном итоге необходимо представлять уровень компетентности своего сотрудника — хотя бы для того, чтобы понимать его потенциал.

Вообще, если говорить о моём видении профессии, то оно заключается в том, что врач не должен ограничивать свои профессиональные обязанности работой только в амбулаторно-поликлиническом звене либо в гинекологическом отделении. Мы имеем сертификат по специальности врач акушер-гинеколог. Это предполагает, что специалист при необходимости должен быть одинаково эффективен и в области гинекологии, и в области акушерства. Он должен быть универсалом, который может прийти и на приём, и принять роды, и провести операцию в гинекологическом отделении. Вот тогда это будет полноценный акушер-гинеколог, и к этому надо стремиться...

Беседа вел
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Сегодня в России стала активно развиваться гериатрическая служба, главным объектом которой является пациент с синдромом старческой астении и каскадом приводящих к нему других гериатрических синдромов, таких как синдром падений, синдром дегидратации, депрессивный синдром и пр. Всё это объясняет формирование постоянной зависимости в повседневной жизни от посторонней помощи, являются важными возраст-ассоциированными факторами прогноза инвалидности и смертности.

Программа лечения – прежде всего

Особенностью осмотра пациента пожилого и особенно старческого возраста является применение наряду с традиционными принципами сбора анамнеза и физикального обследования комплекса простых и необременительных опросников и шкал, которые позволяют выявить синдром старческой астении и другие гериатрические синдромы. Специфику обследования возрастного пациента подчёркивают новые для отечественной клинической практики термины-синонимы «гериатрический осмотр» и «комплексная гериатрическая оценка». Таким образом, в настоящее время сформировался гериатрический подход к пациенту, когда наиболее важным является оценка его функционального статуса, понимание которого позволяет лечащему врачу сформировать полную и адекватную программу лечения и реабилитации. Описанные принципы подхода к пациенту являются универсальными и должны активно внедряться при оказании помощи разного профиля, в том числе хирургического.

В ряду более чем 65 гериатрических синдромов, которые определяют степень функциональности пациента пожилого и старческого возраста, одним из наиболее распространённых и значимых в клиническом плане является синдром недостаточности питания, или синдром мальнутриции. Данный синдром важен и в терапевтической, и в хирургической практике. При длительном динамическом наблюдении в поликлинических условиях синдром недостаточности питания важен как фактор прогноза повышенной уязвимости гериатрического пациента, его повышенной подверженности осложнениям сердечно-сосудистых, неврологических заболеваний, острой и хронической патологии дыхательной системы.

Для своевременного выявления и оценки риска развития синдрома недостаточности питания в амбулаторно-поликлинической практике можно применять, например, шкалу MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), которая разработана и рекомендована к применению Британской ас-

Практика

Компьютерная программа — хороший помощник

Гериатрический подход к хирургическому пациенту

социацией парентерального и энтерального питания (British Association for Parenteral and Enteral Nutrition). Шкала включает в себя следующие три позиции, каждая из которых оценивается в баллах:

- расчёт индекса массы тела: больше 20 = 0 баллов; 18,5 = 1 балл; менее 18,5 = 2 балла;
- оценка снижения массы тела за последние 3-6 месяцев в процентах: менее чем на 3% = 0 баллов; 5% = 1 балл; более 10% = 2 балла;
- наличие острого заболевания с недостаточным приёмом пищи на протяжении 5 дней и более = 2 балла.

В зависимости от количества баллов разрабатывается тактика ведения пациента:

- 0 баллов – низкий риск развития синдрома недостаточности питания, необходимо повторить тест через один месяц, проводить динамическое наблюдение за состоянием пациента;
- 1 балл – средний риск развития синдрома недостаточности питания, при этом важно провести анализ диеты на протяжении не менее чем 3 дней, провести коррекцию диеты, определить степень доступности пищи, оценить состояние стоматологического здоровья, провести повторное тестирование через 2-3 месяца;
- 2 балла и более – имеет место высокий риск развития синдрома недостаточности питания, когда нужна консультация необходимых специалистов, работа с пациентом по бригадному принципу.

Как при оказании амбулаторно-поликлинической, так и стационарной помощи пациенту гериатрического профиля нередко применяется шкала Mini Nutritional Assessment, которая позволяет подробно оценить статус питания с разных сторон.

В помощь врачу

Безусловно, в настоящее время важным является более активное внедрение гериатрического подхода при оказании помощи пациентам пожилого и старческого возраста в хирургических клиниках. В том числе важным является оценка статуса питания и расчёт метаболических потребностей пожилого пациента. Специалистами нашей кафедры и Научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология» разработана электронная программа для врачей, которую

NutCulc

Масса 65

Температура 39

Рост 168

Возраст 87

Пол

Мужчина

Женщина

Фактор активности

Релаксированный больным на ИВЛ

Постельный режим

Полупостельный режим

Общий режим

Фактор повреждения

Пациент без осложнений

Небольшая операция

Большая операция

можно скачать на доступные гаджеты на сайте научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология» (раздел «Библиотека», подраздел «Наши проекты») без предварительной регистрации и бесплатно, что позволит пользоваться алгоритмом расчёта энергетических потребностей пациентов в ежедневной хирургической практике.

В основу разработки программы легли показатели метаболических потребностей пациента (в баллах). При этом важно учесть факторы:

- активности пациента (ФА) – постельный режим – 1,1, палат-

ный режим – 1,2, общий режим – 1,3 балла;

- фактор повреждения (ФП) – небольшие операции – 1,1, большие операции – 1,2, перитонит – 1,4, сепсис – 1,5;
- температурный фактор (ТФ) – 38°C – 1,1, 39°C – 1,2, 40°C – 1,3;
- величину дефицита массы тела (ДМТ) – 10-20% – 1,1, 20-30% – 1,2, более 30% – 1,3.

Расчёт энергетических потребностей пациента осуществляется с использованием вышеописанных параметров по формуле энергетических затрат (определяются по известной формуле Харриса – Бенедикта).

$RЭ = УОО \times ФА \times ФП \times ТФ \times ДМТ$, где $ДМТ(\%) = 100 \times x1 - ФМТ$ (фактическая масса тела)/ИДМ (идеальная масса тела), ИДМ (формула Брока) = рост (см) - 100.

Как видно из представленного описания, расчёт энергетических потребностей пациентов является достаточно трудоёмким, требует значительных временных затрат. Предложенная нами компьютерная программа в значительной степени их сокращает, а полученные результаты являются гораздо более точными. На снимке представлен пример операционного окна программы, которая инсталлирована в мобильный телефон.

В нашей практике мы активно применяем компьютерные технологии при проведении уточнения функционального состояния гериатрических пациентов посредством опросников и шкал у пациентов пожилого возраста. В частности, нами разработана программа для проведения гериатрического осмотра пациентов, перенёсших офтальмологические операции. Применение данной программы позволило повысить качество жизни пациентов за счёт формирования комплексных реабилитационных программ, которые ориентированы в том числе на коррекцию гериатрических синдромов недостаточности питания, депрессии, нарушения походки и баланса, когнитивного дефицита, в том числе у пациентов с высокой степенью зависимости от посторонней помощи.

Таким образом, с нашей точки зрения, применение разного рода компьютерных программ, удобных для врача-пользователя, позволяет более активно внедрять современные технологии диагностики в гериатрии, принципы гериатрического подхода в систему оказания помощи пациентам разного профиля, включая хирургический, повышать уровень подготовки врачей разных специальностей по гериатрии.

Андрей ИЛЬНИЦКИЙ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Кирилл ПРОЩАЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор.

Светлана ГОРЕЛИК,
доктор медицинских наук,
профессор.

В регионах

В Омске после масштабной реконструкции строители готовятся сдать в эксплуатацию обновлённый хирургический корпус городской детской клинической больницы № 3.

Работы на объекте начались в 2012 г. На реконструкцию здания 1961 г. постройки и оснащение его оборудованием, сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, из

Обновлённый корпус детской хирургии

федерального и регионального бюджетов было выделено 733 млн руб. Строителям пришлось капитально усилить грунты по периметру строения, проверить несущую способность фундамента и привести в соответствие с современными нормами все внутренние помещения, инже-

нерные сети и коммуникации. На днях, в ходе выездного совещания, заместитель министра строительства и жилищно-коммунального комплекса региона Сергей Кошелев, директор КУОО «Омскоблстройзаказчик» Алексей Ильиных и главный врач лечебного учреждения Андрей Сухарев

оценили готовность возрождённого, буквально, «от основания» хирургического корпуса детской больницы № 3.

Под его крышей «пропишутся» 3 лечебных отделения – гнойноторакальной, челюстно-лицевой и лор-хирургии, а также два вспомогательных отделения:

приёмно-диагностическое, с комплексом лучевой диагностики и центральное стерилизационное. Здание рассчитано на 90 койко-мест в палатах лечебных отделений и 6 мест – в реанимации.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

В этом году отмечается 90-летие со дня рождения академика Святослава Фёдорова и 50-летие микроинвазивной энергетической технологии удаления катаракты с помощью ультразвукового воздействия и аспирации через самогерметизирующий прокол.

Этот способ хирургии разрабатывался Чарльзом Келманом. Впоследствии он вспоминал, что идея разрушения хрусталика внутри капсульного мешка пришла ему в голову, когда он сидел в кресле у стоматолога. Им были испробованы ротационные, вибрационные инструменты, и только применение ультразвуковых колебаний способствовало реализации идеи. Стало возможным эмульсифицировать хрусталик глаза и удалить продукты распада. Однако ультразвуковое воздействие на роговицу и окружающие хрусталик ткани было столь существенным, что нередко приводило к дистрофии роговицы и утрате предметного зрения. Возникла необходимость дополнить операцию предварительной мануальной фрагментацией ядра хрусталика с помощью специальных крючков (чопперов), чтобы сократить количество используемого ультразвука.

За последние 50 лет совершенствовались не только приборы и расходные материалы, но и хирургические приёмы операции фактоэмульсификации в условиях микрохирургии. Хирурги стали работать, сидя за операционным микроскопом. Было создано специальное коаксиальное освещение, при котором на рефлексе с глазного дна объёмные стали видны все слои хрусталика и его помутнения. Для защиты заднего эпителия роговицы и восполнения тонуса глаза в процессе операции разработан специальный сбалансированный офтальмологический раствор и гелеобразный протектор (вискоэластик), усовершенствованы методы анестезии и способы интраоперационного расширения и сужения зрачка. Но все эти разработки не могли гарантированно защитить структуры глаза от ультразвука.

В первые десятилетия развития фактоэмульсификации было много противников метода. Его применяли только в случаях мягких катаракт с высокой исходной остротой зрения у молодых пациентов. При этом финансовые затраты на проведение операции были в несколько раз выше традиционных мануальных методов экстракапсулярной хирургии хрусталика. Офтальмохирурги всего мира, в том числе и в МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, совершенствовали хирургические приёмы работы с ультразвуковой энергией, изучали предельную энергетическую ультразвуковую нагрузку, научились безопасно использовать вакуум прибора, ультразвуковые пульсирующие колебания иглы и применение ассистирующего инструмента. В современном виде ультразвуковая фактоэмульсификация стала постоянным стандартом хирургии катаракты, эффективным методом работы на закрытом глазу со стабильным внутриглазным давлением и температурным режимом. Теперь мы уже забыли про малозатратные мануальные методы хирургии: склеральный разрез в пределах половины окружности роговицы многоразовым ножом, извлечение хрусталика петлёй и ушивание раны множеством узловых швов.

В наши дни полностью изменилась идеология в отношении показаний к оперативному лечению катаракты. Раньше хирургия ката-

ракты производилась только при полном помутнении хрусталика, чтобы испытать шанс получить предметное зрение. Пациенты с незрелой катарактой и с низкими функциями вынуждены были дожидаться созревания катаракты до уровня светоощущения. Современные показания расширились благодаря надёжности метода операции и низкому числу осложнений. Операции выпол-

ственные хрусталики в свёрнутом состоянии с помощью специальных инъекторных систем. Одним из первых исследователей, разработчиков и даже производителей ИОЛ в Советском Союзе, а потом и в России был наш учитель академик С.Фёдоров. Под его руководством в МНТК «Микрохирургия глаза» были использованы силиконовые материалы, сополимер коллагена, акрилы и

воспользоваться катарактально-рефракционным комплексом. Пациент проходит обследование на диагностическом модуле, где выполняются необходимые измерения и расчёты с цифровой фотографией глаза. Последующий операционный этап – фемтолазерное сопровождение хирургии катаракты. Этот сложный лазерный прибор призван исключить случайности в хирургии, ав-

С физической точки зрения, лазерное излучение является более эффективным видом энергии для разрушения хрусталика. Это объясняется возможностью внесения значительно большего объёма энергии в сравнении с тем эффектом, который создают колебания ультразвуковой иглы. В противовес ультразвуковой фактоэмульсификации катаракты лазерный наконечник не является колющим или режущим. Его функция – доставить энергию. Он едва касается вещества хрусталика, не оказывает никакого давления на поверхность хрусталика и цинновы связи. В содружестве с Санкт-Петербургским университетом точной механики и оптики создана отечественная лазерная установка «Ракот». Первые 100 операций были выполнены под личным контролем академика С.Фёдорова. Последовательное совершенствование технологии отражено в 17 патентах России, США и Германии. Всестороннее экспериментальное и клиническое изучение технологии отражено в 2 докторских и 8 кандидатских научных исследованиях. Технология используется в России, Украине, Киргизии, Узбекистане, на Кипре – там, где встречаются катаракты высокой степени плотности ядра.

Последняя модификация нашей технологии ЛЭК (2010) создана на основе принципиально новой научной идеологии соединения работы высокоэнергетического лазера-эндодиссектора Nd-YAG 1,44 мкм и второго низкоинтенсивного излучения эндобиостимулятора He-Ne 0,63 мкм, доставляемых в полость глаза одним световодом для предотвращения посттравматического воспаления на начальном этапе запуска патофизиологических механизмов внутриклеточных изменений.

Данная технология основана на механизме «хрупкого раскалывания» вещества хрусталика, обладает рядом уникальных свойств, которых нет в других известных методах как лазерной, так и ультразвуковой хирургии катаракты: разрушается хрусталик любой степени плотности без ультразвука, без мануальной фрагментации ядра, без вакуумной компрессии, без разделения операции на 2 этапа. При этом: обеспечивается автоматический энергетический раскол и расслоение ядра, попутно оказывается энергетическое биостимулирующее воздействие на клеточные структуры глазного яблока, энергия эндодиссектора не выходит за пределы хрусталика.

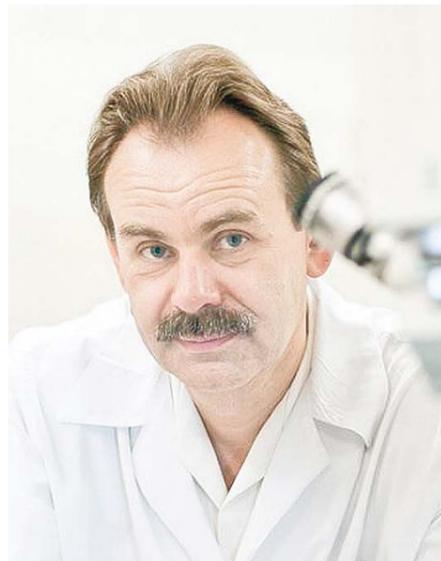
Преимущества ЛЭК как более щадящей технологии максимально выражены при удалении осложнённых катаракт и катаракт с высокой плотностью ядер (диабет, глаукома, псевдоэкзофолиативный синдром, подвывих хрусталика, перезрелые катаракты и др.). Объективным подтверждением являются статистически достоверные различия, выявленные при основных методах исследования. Дополнение операции лечебно-профилактическим компонентом открывает принципиально новое направление в хирургической практике, которое может использоваться при лечении другой патологии глаза, а также в других медицинских специальностях.

Сергей КОПАЕВ,
заведующий отделом хирургии
хрусталика и интраокулярной
коррекции МНТК «Микрохирургия
глаза» им. С.Н. Фёдорова
Минздрава России,
доктор медицинских наук.

Новые подходы

Путь к прозрению

Микроинвазивная хирургия хрусталика глаза и интраокулярная коррекция



С. Копяев

няются не только при видимых помутнениях в хрусталике, но и при прозрачном хрусталике с целью изменения рефракции глаза, для коррекции высокой степени близорукости или дальнозоркости, при предрасположенности к глаукоме, когда набухающий хрусталик сдавливает дренажную систему глаза, и даже при нарушениях аккомодации.

Интраокулярная коррекция

Расширение показаний к хирургии катаракты во многом определялось перспективами дальнейшего развития проблемы интраокулярной коррекции зрения после удаления хрусталика. До настоящего времени ещё можно встретить пациентов, которым ранее была выполнена экстракция катаракты без замены хрусталика, и в результате они носят толстые стёкла очков. Меняется жизнь этих людей, а иногда и профессия, ограничивается возможность использования личного транспорта.

Возможность замены мутного хрусталика на искусственный изучалась задолго до появления энергетической хирургии. Первые успешные имплантации искусственных хрусталиков осуществил англичанин Гарольд Ридли в конце 1949 г. Самое сложное было закрепить линзу в полости глаза, максимально уменьшить её массу. Поскольку уровень хирургии катаракты того времени требовал широкого вскрытия оперируемого глаза, производители первых интраокулярных линз (ИОЛ) могли использовать жёсткий материал – полиметилметакрилат. Развитие метода ультразвуковой фактоэмульсификации позволило ограничить размеры операционной раны до 1,8-2 мм. Через такой доступ в настоящее время проходят все современные эластичные искус-

другие эластичные материалы для изготовления ИОЛ, помещаемых внутрь капсулы удалённого хрусталика. В современной хирургии возможно качественное удаление мутного вещества хрусталика через операционный прокол и точный расчёт послеоперационной оптики глаза с учётом коррекции роговичной астигматизма, пожеланий пациента, его профессии или образа жизни.

Какой хрусталик предложить пациенту?

Сейчас в рамках программы госгарантий пациенты с катарактой имеют возможность получить интраокулярную коррекцию с покрытием расходов за счёт страхового полиса. В первую очередь хирурги рассматривают возможность надёжной фиксации ИОЛ и этот фактор определяет модель и конструкцию линзы. Второй по важности вопрос адекватного расчёта оптической силы линзы. Современные методы операционной подготовки включают автоматический расчёт необходимой оптической силы линзы для максимального зрения вдаль. Только в случаях перезрелых катаракт с поздним сроком обращения пациента приходится хирургу самостоятельно на основе ультразвуковых исследований и измерений преломляющей способности роговицы, пользуясь формулами, определять необходимую оптику для данного пациента. В случаях повышенных требований пациента для обеспечения зрения на разных расстояниях с одноментальной коррекцией астигматизма, оптических aberrаций глаза может быть предложен индивидуальный вариант мультифокальных и торических линз вне программы госгарантий.

Настоящее и будущее хирургии катаракты

Хирургия хрусталика начинается с комплексной диагностики состояния глаз перед операцией. Катаракта может сопровождаться другими нарушениями в полости глаза. Поэтому на этапе определения показаний к хирургическому лечению требуется тщательно обследовать пациента, чтобы выявить возможную патологию заднего отрезка глаза, изменения в сетчатке и зрительном тракте, от которых будет зависеть функциональный результат операции. Для этого недостаточно обычного осмотра катарактального хирурга. На современном этапе можно

томатически распознать пациента и определить запланированный глаз. Глазное яблоко фиксируется с помощью вакуума, и последовательно выполняются лазерные хирургические разрезы в той зоне, где они минимально могут оказать влияние на геометрию роговицы. Следующим этапом лазерная установка выполняет отверстие в передней капсуле хрусталика точно по центру и необходимого диаметра для обеспечения надёжной центрации искусственного хрусталика. Завершается лазерное воздействие фрагментацией плотной части ядра хрусталика. Все эти манипуляции длятся не более минуты на закрытом герметичном глазу. Но без участия хирурга пока не удаётся полностью выполнить операцию. Пациент перемещается под операционный микроскоп, где хирургом аспирируется содержимое капсульного мешка с привлечением нескольких секунд ультразвукового воздействия и инъецируется рассчитанная ИОЛ. По завершении операции на операционном столе проверяется оптический результат. Первые такие комплексы уже работают в МНТК «Микрохирургия глаза».

В это оборудование вложены серьёзные усилия передовой инженерной мысли всего мира. Однако есть недостаток, который кроется в главном физическом свойстве ультразвука – распространении акустической волны далеко за пределы глазного яблока. Участие фемтолазера в этой технологии не привело к решению основных задач: не удалось отказаться от ультразвука и мануальной процедуры фрагментации ядра. Хирургия стала более сложной, многоэтапной и более дорогой.

Отечественные разработки

Первая и единственная в мире технология лазерной экстракции катаракты (ЛЭК), которая не частично, а полностью исключает ультразвук, была создана в России под руководством С.Фёдорова. Она не только исключает ультразвук, но и не нуждается в ручной фрагментации ядра.

Экспериментальные исследования начинались в 1994 г. с глубокого изучения физических характеристик лазерного излучения по критериям требований катарактальной хирургии. Оптимальным оказалось излучение неодимового ИАГ (Nd-YAG) лазера с оригинальной длиной волны 1,44 мкм, которая ранее не использовалась в хирургии. Практика подтвердила: за 20 лет в мире не было предложено более эффективной или более безопасной лазерной методики в хирургии катаракты.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 52 (2082)

(Продолжение. Начало в № 53 от 21.07.2017.)

Депрессивные синдромы

К депрессивным синдромам относятся состояния, включающие облигатный симптом – снижение настроения от лёгкой печали, грусти до глубокой подавленности – и факультативные симптомы – снижение психической активности, двигательные расстройства, запоры, снижение аппетита и т.п.). Классическая депрессия характеризуется тягостным аффектом в виде мучительной тоски, тревоги с ощущениями пустоты и подавленности. Побуждения снижены, мышление замедленное по темпу, непродуктивное. Тоска ощущается как тяжесть на сердце и в груди.

В тяжёлых случаях наступает полная безучастность и обездвиженность (депрессивный ступор) или беспокойство, проявляющееся невозможностью оставаться на одном месте или суетливостью (ажитированная депрессия). При углублении меланхолического состояния возникают бредовые идеи вины, неизвестной или неизлечимой болезни (ипохондрические), обнищания и разорения, нигилистические (бред Котара). К соматическим симптомам относятся учащение пульса, расширение зрачков, склонность к запорам (триада Протопопова), нарушения сна (ранние пробуждения), ухудшение самочувствия по утрам, заметное снижение аппетита, снижение веса, снижение либидо, у женщин – нарушение менструального цикла.

Психогенные депрессии клинически сходны с депрессией эндогенной, развиваются на фоне психотравмирующей ситуации. Содержание переживаний определяется психотравмирующими обстоятельствами. Тоскливое настроение усиливается к вечеру и при оживлении воспоминаний о несчастье. Все виды депрессий, как психотические, так и непсихотические, отличаются повышенным суицидальным риском.

Неотложные состояния при расстройствах настроения (аффективных расстройствах)

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами
- Ступор
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций
- Психотические состояния без нарушения витальных функций.

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (F40-F48)

Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации

Расстройства, возникшие вследствие чрезвычайно интенсивного или нетяжёлого, но затяжного стресса. Стрессовые события или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным или преобладающим причинным фактором, и расстройство не могло бы возникнуть без их влияния.

Острая реакция на стресс. Преходящее расстройство, которое развивается у человека в ответ на необычный физический или психический стресс и обычно стихает через несколько часов или дней. В распространённости и тяжести стрессовых реакций имеют значение индивидуальные ранимость и способность владеть собой. Симптомы показывают типичную смешанную и изменчивую картину и включают первоначальное состояние «ошеломления» с некоторым сужением области сознания и внимания, невозможностью полностью осознать раздражители и дезориентированностью. Это состояние может сопровождаться последующим «уходом» из окружающей ситуации (до состояния диссоциативного ступора) или ажитацией и сверхактивностью (реакция «полёта» или «фуги»). Обычно присутствуют отдельные черты панического расстройства (тахикардия, избыточное потоотделение, покраснение). Симптоматика обычно проявляется через несколько минут после воздействия стрессовых стимулов и исчезает через 2-3 дня (часто через несколько часов). Может присутствовать частичная или полная амнезия на стрессовое событие.

Паническое расстройство

Паническое расстройство проявляется приступами (пароксизмами) выраженной тревоги – паническими атаками. Панические атаки сопровождаются тахикардией,

потливостью, головокружением, одышкой, тремором, переживанием страхов различного содержания (чаще всего страх смерти). В тяжёлых случаях наблюдается потеря чувства реальности окружающего мира (дереализация) и дезорганизация поведения. Панические атаки в частных случаях провоцирует развитие острой сердечно-сосудистой патологии, способствуя в дальнейшем её более тяжёлому течению. Паническое расстройство приводит к появлению стойких опасений относительно привычного образа жизни и тем самым ограничивает социальное функционирование человека.

Оказание скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Клинические рекомендации

Неотложные состояния при реакциях на тяжёлый стресс и нарушениях адаптации (F43)

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами
- Ступор
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций
- Непсихотические реакции с нарушением витальных функций
- Психотические состояния без нарушения витальных функций.

Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (F50-F59).

В эту группу входят: расстройства приёма пищи (нервная анорексия и нервная булимия), расстройства сна неорганической этиологии, сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями, психические расстройства и расстройства поведения, связанные с послеродовым периодом. Опасность для жизни представляют тяжёлые случаи алиментарной дистрофии, вызванной нервной анорексией и послеродовые психозы. Физиологические нарушения могут служить источником острой или хронической психической травмы, соответственно, вызывать реакцию на стресс.

Неотложные состояния при поведенческих синдромах, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами.

- Непсихотические реакции с нарушением витальных функций
- Психотические состояния без нарушения витальных функций
- Психотические состояния с нарушением витальных функций.

Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F60-F69).

Этот блок включает различные состояния и модели поведения клинической значимости, имеющие тенденцию к устойчивости и возникающие как выражение характерного образа жизни индивида и его взаимоотношений с окружающими. Некоторые из этих состояний и образцов поведения появляются рано в ходе индивидуального развития как результат одновременного воздействия конституциональных факторов и социального опыта, в то время как другие приобретаются на более поздних этапах жизни.

Такие расстройства представляют собой чрезвычайно или значительно отклонения от способа, которым обычный человек данного уровня культуры воспринимает, мыслит, чувствует и общается с окружающими.

Неотложные состояния при расстройствах личности и поведения в зрелом возрасте

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов.

Умственная отсталость (F70-F79)

Состояние задержанного или неполного умственного развития, которое характеризуется прежде всего снижением навыков, возникающих в процессе развития, и навыков, которые определяют общий уровень интеллекта (т.е. познавательных способностей, языка, моторики, социальной дееспособности). Умственная отсталость может возникнуть на фоне другого психического или физического нарушения либо без него.

Степень умственной отсталости обычно оценивается стандартизованными тестами, определяющими состояние пациента. Они могут быть дополнены шкалами, оценивающими социальную адаптацию в данной окружающей обстановке. Эти методики обеспечивают ориентировочное определение степени умственной отсталости. Диагноз будет также зависеть от общей оценки интеллектуального функционирования по выявленному уровню навыков.

Интеллектуальные способности и социальная адаптация со временем могут

больного, в деликатной форме разъяснить ему неуместность его поведения. Следует по возможности предупредить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения повреждений другим людям.

Действия на вызове

Диагностика основана на выявлении характерных для всех видов агрессии симптомов: высокой импульсивности, снижении или потери самоконтроля, непредсказуемых изменений настроения, оценке риска разрушительного поведения.

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление психотических признаков, определяющих агрессию, – напряжение, гневливость, тревогу, растерянность, деперсонализацию и дереализацию, идеи преследования, воздействия, ревности и отравления.

Лечение

Показания к госпитализации. Абсолютные.

измениться, однако достаточно слабо. Это улучшение может явиться результатом тренировок и реабилитации. Диагноз должен базироваться на достигнутом на настоящий момент уровне умственной деятельности.

Степени умственной отсталости различают с указанием на:

- отсутствие или слабую выраженность нарушения поведения
- значительное нарушение поведения, требующее ухода и лечения
- другое нарушение поведения
- без указаний на нарушение поведения.

Неотложные состояния при умственной отсталости

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Суицидальное поведение
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Ступор
- Непсихотические реакции без нарушения витальных функций.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Агрессия

Агрессия встречается при многих психических расстройствах, в частности при шизофрении, маниакальной фазе биполярного расстройства, злоупотреблениях психоактивными веществами и алкоголем, расстройствах личности и др.

Клиническая картина

Агрессивное поведение характеризуется насильственными действиями со стороны пациента, направленными на причинение физического, морального или иного ущерба людям или другим объектам окружающей среды. Агрессивное поведение противоречит нормам и правилам существования людей в обществе, нанося вред объектам нападения.

Дифференциальная диагностика

При проведении дифференциальной диагностики следует иметь в виду, что агрессивное поведение может иметь место как у психически здоровых, так и у психически больных. У последних существенное влияние на формирование агрессивного поведения и реализацию агрессии могут оказывать психопатологические проявления, главным образом актуальных психопатологический синдром. Наиболее опасны состояния помраченного сознания с полной дезорганизацией поведения при сохранности моторных функций. В реализации агрессии при всех психопатологических синдромах, кроме расстройств сознания, значительную роль играют преморбидные личностные установки больного.

Вопросы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить особенности поведения больного: проявляет ли он раздражительность, буйство, словесные и физические угрозы.

Советы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо попытаться успокоить

Мероприятия на догоспитальном этапе: если больной возбуждён, агрессивен и склонен к насильственным, разрушительным действиям – следует провести физическое стеснение пациента (наименее травматичные, исключающие возможность нанесения переломов и увечий формы сдерживания персоналом или фиксация с помощью эластичных полос материи, специальных манжеток). Физическое стеснение требует участия достаточного количества людей и применения минимума силы. В тяжёлых случаях необходимо привлечение работников полиции. Не следует пытаться входить в физический контакт с больным, в том числе и для обследования соматического состояния, пока больной не успокоится и даст своё согласие на осмотр или не будет физически стеснён. Особая осторожность требуется при обращении с пациентом, если предполагается, что он вооружён или завладел каким-либо предметом, который может быть использован как орудие нападения.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, далее феназепам)

– при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 1 мг (1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут,

или
диазепам – при в/в или в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В случаях, когда пациент получал ранее нейролептики и отмечалась хорошая переносимость препаратов, возможно введение:

хлорпромазин – при в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2,5%-ного раствора) под контролем артериального давления,

или
галоперидол – 5-10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В тяжёлых случаях допускаются комбинации феназепама или диазепама с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Часто встречающиеся ошибки

1. Оставление больного без надлежащего наблюдения и контроля за его поведением.

2. Неправильное использование мер физического стеснения больного с последующей возможной травматизацией пациента или медицинского персонала.

3. Неиспользование корректоров при введении нейролептиков, способных вызывать побочные экстрапирамидные расстройства.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

В стационарных условиях должен быть организован строгий режим наблюдения и назначение соответствующих психофармакологических средств. При лечении выраженной агрессии показаны комбинации быстро действующих бензодиазепинов с сильнодействующими нейролептиками.

Наиболее часто рекомендуемые препараты:

Название	Дозы (мг)	
	Разовая	Среднесуточная
Хлорпромазин	100-150	300-400
Галоперидол	5-10	20-30
Зуклопентиксол	25	75-100
Хлорпротиксен	50-100	150-300
Клозапин	50-100	300-450
Оланзапин	5-10	15-20
Рисперидон	1-2	4-6
Кветиапин	150-200	300-450
Диазепам	5-10	20-30
Феназепам	1-2	2-4

Для коррекции экстрапирамидных нарушений применяют тригексифенидил (циклодол) 2-4 мг перорально, биперидин (акинетон) в/м и в/в в среднесуточных дозах 2-10 мг.

Аутоагрессия

К аутоагрессии относятся действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему здоровью: суицидальное поведение и преднамеренные аутодеструктивные поступки без осознанной цели лишить себя жизни.

Наиболее часто аутоагрессивные действия совершаются при психогенных реакциях на фоне расстройств личности, а также при галлюцинозно-параноидных, кататонических, обсессивно-компульсивных синдромах.

Клиническая картина

Суицидальное поведение – включает любую сознательную активность, направленную на лишение себя жизни (мысли, высказывания, угрозы, попытки, покушения и пр.).

Суицидальная попытка – это действие с нефатальным исходом, в ходе которого человек намеренно инициирует самоповреждение с целью лишить себя жизни. Например, он намеренно употребляет лекарственное вещество в дозе, превышающей назначенную или обычно используемую терапевтическую дозу. Суицидальное поведение обусловлено как психопатологическими, так и ситуационными причинами. К первым относятся прежде всего депрессия и злоупотребления ПАВ, неизлечимая соматическая болезнь, ко вторым – социальные факторы: разочарование, потеря, недостаток социальной поддержки, импульсивность.

Клиническая картина пресуицидального периода часто характеризуется депрессией с идеями самоубийства, чувством вины, несоответствия и безнадёжности, ощущением низкой ценности собственной личности. Нередко суицид является реакцией на острую или хроническую психогению (психическую травму). Значительно реже суицид совершается на фоне психоза с императивными (настойчивыми, непреодолимыми) галлюцинациями, когда «голос приказывает совершить самоубийство». Суицидальные попытки могут иметь место у больных, получающих антидепрессанты, когда моторные компоненты депрессии восстанавливаются скорее, чем подавленность. Отличительной чертой демонстративно-шантажных суицидальных попыток является наличие в их мотивах желания извлечь из своих действий некую выгоду, которая будет заключаться или в разрешении межличностного конфликта, или в удовлетворении желаний, в которых окружающие ранее отказывали, или в достижении других, иногда неосознанных, субъективно значимых целей.

В основе **аутодеструктивных поступков** лежат мотивы избегания, протеста, призыва обратить на себя внимание. Мотивы могут быть также бредовыми (бред одержимости, воздействия, преследования). При этом больные наносят себе самопорезы предплечий, ожоги ограниченной локализации, укусы, преимущественно в области предплечий и кистей, линейные царапины на лице и груди посредством ногтей, а также наносят себе удары и другие повреждения, ведущие к появлению ссадин и кровоподтёков. В более тяжёлых случаях имеют место глубокие непроникающие резаные и колотые раны шеи, груди. В других случаях больные принимают внутрь агрессивные жидкости или лекарственные средства, не имея достаточного представления об их действии на организм. При этом, несмотря на тяжёлые анатомо-физиологические повреждения, цель лишить себя жизни отсутствует.

Дифференциальная диагностика

Следует отличать суицидальное аутоагрессивное поведение от несуйцидальных аутодеструкций. В последнем случае нанесение самоповреждений мотивировано либо бредовой фабулой: «извлечь из тела насекомых», «удалить дурную кровь» и т.д., либо попытками уменьшить интенсивность «голосов», депрессивных переживаний посредством боли.

Вопросы позвонившему. До приезда выездной бригады скорой медицинской помощи необходимо выяснить характер самоповреждений, особенности поведения больного: раздражительность, беспокойство, тревожность.

Советы позвонившему. Выяснив характер самоповреждений, специалист может дать рекомендации по оказанию первой помощи пострадавшему. Следует по возможности ограничить доступ больного к колющим и режущим предметам, а также к любым другим предметам, которые можно использовать для нанесения самоповреждений.

**Действия на вызове
Диагностика**

Важное значение имеют аутоагрессивные действия в анамнезе, наличие признаков бреда воздействия, одержимости, преследования, ипохондрического и дисморфоманического. Следует обратить внимание на кожные покровы больного. Здесь могут быть обнаружены кровоподтёки и следы различных повреждений, в том числе порезов, имеющих разную давность.

При диагностике суицидального поведения необходимо выяснить, переживал ли пациент в ближайшем прошлом тяжёлую стрессовую ситуацию, страдает ли он депрессией с идеями вины, самоуничтожения, чрезмерным чувством стыда, имеют ли место слуховые галлюцинации, требующие покончить с собой, злоупотребляет ли пациент алкоголем, как длительно, в какой дозе, были ли запои; как давно и когда в последний раз у больного появились мысли о самоубийстве; с кем живёт больной (недостаток социальной поддержки), каковы взаимоотношения в семье (выявление семейных конфликтов или отсутствия гармонии в семье); наличие или отсутствие чёткого плана самоубийства, приготовления к самоубийству (например, накопление таблеток) и пр. Имеются известные трудности в разграничении аутоагрессивного и суицидального поведения, однако в частных случаях они могут представлять одинаковую опасность для больного.

Осмотр

При осмотре обращают внимание на выявление характера самоповреждений и психотических признаков, определяющих аутоагрессию – бред, галлюцинации, импульсивность.

Лечение

Показания к госпитализации. Абсолютные.

При наличии повреждений, требующих хирургической, токсикологической или иной помощи, целесообразна госпитализация в многопрофильный стационар с психосоматическим (соматопсихиатрическим) отделением. Во всех случаях суицидального поведения, если соматическое состояние больного не представляет опасности, он подлежит госпитализации в психиатрический стационар. При наличии угрозы жизни пациенты с незавершённым суицидом должны быть госпитализированы в профильные отделения в зависимости от вида суицида и тяжести состояния (при отравлениях – в отделение токсикологии, при ранениях – в отделение хирургии, реанимационные блоки и др.).

Перед транспортировкой пациента с суицидальным поведением в стационар надлежит тщательно осмотреть его вещи, предотвратить сокрытие предметов, которые могут быть использованы в дальнейшем для самоповреждения или нападения на окружающих. Во время перевозки медицинские работники должны проявлять повышенную бдительность, наблюдая за пациентом.

Мероприятия на догоспитальном этапе

При необходимости оказания на месте хирургической, токсикологической или другой помощи должна быть вызвана выездная бригада скорой помощи соответствующего профиля. При психомоторном возбуждении применяется медикаментозная терапия. Основной задачей при суицидальном поведении на догоспитальном этапе является

обеспечение безопасности жизни больного (неотложные медицинские мероприятия при отравлении или ранениях) и предотвращение повторного суицида. Необходимо осмотреть помещение, обратить внимание на орудие самоубийства, особенно на колюще-режущие предметы, флаконы, блистеры с таблетками, ампулы, шприцы. При наличии риска суицида необходим тщательный надзор за больным, удаление возможных средств самоубийства и решение психиатром вопроса о необходимости неотложной госпитализации.

Способ применения и дозы лекарственных средств (D,4)

Феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут, или диазепам – при в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора) с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В случаях, когда пациент получал ранее нейролептики и отмечалась хорошая переносимость препаратов, возможно введение: хлорпромазин – при в/м введении разовая доза 25-50 мг (1-2 мл 2,5%-ного раствора) под контролем артериального давления, или галоперидол – 5-10 мг в/м или в/в с возможным одно- или двукратным повторным введением через 30-40 минут.

В тяжёлых случаях допускаются комбинации феназепама или диазепама с хлорпромазином или галоперидолом в средних разовых дозах.

Часто встречающиеся ошибки

Недооценка тяжести и характера самоповреждений: проникающих ранений грудной и брюшной полостей, трахеи. Оставление больного без наблюдения.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Тактика оказания скорой медицинской помощи определяется характером ведущего синдрома. При наличии повреждённых оказывается квалифицированная хирургическая помощь (см. разделы: «Хирургия», «Травматология»). В период хирургического лечения проводится мониторинг психического состояния. Применение психотропных средств определяется характером ведущего психопатологического синдрома. В стационаре больным с суицидальной попыткой проводится тщательное обследование, мониторинг жизненно важных функций и определение химических веществ в биологических средах в случае отравления. Клиническая оценка должна быть направлена как на определение психиатрического диагноза, так и на установление рисков и других факторов, влияющих на суицидальное поведение.

Психомоторное возбуждение

Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами

Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами включает состояния, развивающиеся на фоне острых стадий инфекционных заболеваний, тяжёлых черепно-мозговых травм, эпилепсии, острых и хронических интоксикаций вследствие злоупотребления ПАВ, гипоксии и токсических поражениях головного мозга в прекоматозных и коматозных состояниях различной этиологии; на фоне аффективных психозов и психических расстройств шизофренического спектра. Особое место занимают состояния при аффективно суженном сознании – острых реакциях на стресс при экстремальных ситуациях (реактивный психоз).

Возбуждение усугубляет обменные нарушения в организме, ведёт к избыточному расходованию энергетических и пластических ресурсов.

Клиническая картина

К острому психомоторному возбуждению относятся состояния, характеризующиеся дезорганизацией речевого, двигательного компонентов, нарушениями поведения, агрессивностью, растерянностью, тревогой, страхом. Возбуждённый больной совершает множество нецеленаправленных действий, не поддаётся уговорам и попыткам его успокоить. Познавательная деятельность в далеко зашедших случаях сопровождается полной потерей отражения окружающей действительности, что приводит к нелепым поступкам и речевой бессвязности. Выделяют следующие состояния психомоторного возбуждения с помрачением сознания.

Аментивное возбуждение – наблюдается в структуре соматогенных, послеродовых психозов, тяжёлых интоксикаций. Возбуждение обычно ограничивается пределами постели.

Возбуждение при деменции (суеливостарческой) – наблюдается при выраженном атеросклерозе мозговых сосудов и

атрофических процессах головного мозга у больных пожилого и старческого возраста. Больные дезориентированы, устраивают «сборы в дорогу», складывают вещи, что-то разыскивают, стремятся выйти из дома. При попытке удерживания активно сопротивляются, иногда проявляют агрессию.

Эпилептическое возбуждение – встречается при эпилепсии и характеризуется внезапным началом, дезориентировкой в месте и времени. В структуре аффекта беспричинная тоска, тревога, витальный страх, злоба, гнев, экстаз. Агрессивно-разрушительные действия нередко приводят к тяжёлым последствиям (увечьям, убийству). Могут отмечаться иллюзорно-галлюцинозные эпизоды, отрывочные бредовые идеи. Длительность приступа варьирует от нескольких минут до нескольких часов, в редких случаях до 2-3 дней. Состоянию может предшествовать серия судорожных припадков, оглушённость, нередко дисфория. Выход внезапный, часто через сон. По выраженности отдельных симптомов выделяют галлюцинозный, бредовый и дисфорический варианты. Дисфорический вариант с неистовым возбуждением представляет наибольшую социальную опасность.

Делириозное возбуждение – см. «Делирий, не обусловленный алкоголем и другими психоактивными веществами» и «Алкогольный делирий».

Острые реакции на стресс могут сопровождаться аффективно суженным состоянием сознания, при этом наблюдается **психогенное (реактивно-обусловленное) возбуждение** – возникает при экстремальных психогенных воздействиях, в ситуациях, остро угрожающих жизни и характеризуется переживанием ужаса, отчаяния, глубоким аффективно-суженным состоянием сознания, утратой контакта с окружающими, двигательными и вегетативными расстройствами. Проявляется бесцельным, лишённым сознательного плана, нецеленаправленным двигательным возбуждением: больные бегают в противоположных направлениях, пренебрегают опасностью, на лице выражение страха, ужаса. Иногда больные выкрикивают непонятные, отрывистые фразы, издают нечленораздельные звуки.

Возбуждение при истерическом сумеречном помрачении сознания – развивается на высоте или спаде аффективного напряжения в психотравмирующей ситуации. Нарушается ориентировка во времени, частично в месте, нередко возникает двойная ориентировка. Аффективная окраска определяется содержанием психической травмы: в структуре аффекта либо отчаяние, безысходность, недоумение, растерянность, страх, либо умиление, радость, довольство, бурное веселье.

Восприятие обстановки избирательно: иллюзии, галлюцинации отражают доминирующие переживания. Мышление также обусловливается характером психической травмы, реальные отношения отнесаются или подменяются. Память нарушается частично: сохраняется избирательная способность воспроизведения отдельных эмоционально насыщенных моментов психотравмирующих ситуаций. Течение синдрома – волнообразное, длится от нескольких часов до 2 недель. Выход постепенный, последующие воспоминания о пережитом – фрагментарны.

Психомоторное возбуждение наблюдается при шизофрении в следующих формах.

Галлюцинозно-бредовое возбуждение возникает при сочетании угрожающих, чаще слуховых галлюцинаций и бреда преследования, отравления, воздействия. Переживания презрения, ненависти, угрозы со стороны окружающих сопровождаются аффектом страха, тревоги. Больные напряжены, тревожны, злобы. На высоте бредового аффекта бредовая активность возрастает, отмечается переход к этапу «бредовой атаки», иногда с попытками реализовать акцию расправы, «бредовой мести». В некоторых случаях больные вооружаются, баррикадируются, оказывают сопротивление при госпитализации.

(Продолжение следует.)

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

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

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

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

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

Ежегодный конгресс ЕАН в Амстердаме собрал около 6 тыс. специалистов. Снаружи здания конгресс-центра, где он проходил, висели гигантские щиты синего цвета с девизом данного форума («Превращая цифры в лечение: оценка исходов в неврологии») и развешены разноцветные знамёна с логотипом ЕАН, но рекламу конгресса можно было найти и внутри здания – например, в туалетах. При входе – тотальный досмотр сумок. В один из дней работы конгресс посетила королева Нидерландов Максима. Другим событием стал концерт камерной классической музыки, исполняемой неврологами – профессор Клаус Тойка (К.Тойка, Германия) играл на скрипке, а профессор Ханна Кок (Н.Сокк, Великобритания) – на флейте.

Учиться, учиться и учиться

Церемония открытия началась с приветствий президента ЕАН Гюнтера Дойшля (G.Deuschl, Германия) и президента Всемирной федерации неврологии Раада Шакира (R.Shakir, Великобритания), рассказавших о социальной значимости неврологических заболеваний, а также о новых инициативах по борьбе с ними в европейском и всемирном масштабах. В частности, удалось добиться включения цереброваскулярных расстройств (в том числе инсульта) в раздел «заболевания нервной системы» МКБ (до этого они относились к разделу «сердечно-сосудистые заболевания»).

С блестящей лекцией о меняющихся подходах к оценке качества лечения выступил Бастиан Блём (B.Vloem, Нидерланды). Неврология – это искусство, причём артистами являются как врачи, так и больные. Блём привёл три случая. Первым был присутствующий в зале концертмейстер филармонического оркестра с болезнью Паркинсона. При прослушивании скрипичной сонаты Баха в его исполнении можно было «услышать» брадикинезию (а затем «увидеть» её на аудиограмме). Насколько же отличается такая оценка состояния от различных шкал, где надо поставить галочку в соответствующей клеточке! Как объединить оба подхода (артистический и научный)? Блём выделяет три качественных периода (quality cycles). Первый: «Верь мне, я врач». Речь идёт о патернализме и безусловной вере эксперта. Медицина рассматривается как саморегулируемая система и сравнивается со средневековым замком. Второй: «Верь мне, у меня есть цифры». Имеется в виду так называемая доказательная медицина, где исходы определяются количеством баллов по той или иной шкале (наглядным примером является Международный консорциум по измерению исходов здоровья – International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)). Это заполнение анкет и опросников (tick-box culture) отнимает время от общения с больным, ведёт к сверхупрощению (oversimplification) и пренебрегает творчеству. Бюрократическая рутинная является одной из причин эмоционального выгорания. Что же делать? Вернуться к первому периоду? Нет, утверждает Блём, надо переходить к третьему: «Верь мне, я хочу учиться».

Понятие «качество медицинской помощи» многогранно и зависит от стадии болезни, места лечения, возраста и т.д. При опросах больных на первом месте среди качеств врача оказалась его способность к сочувствию (эмпатия), а вовсе не уровень знаний. Определение здоровья, принятое ВОЗ в 1948 г. («состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»), является устаревшим. Сегодня здоровье определяется как «способность приспосабливаться и управлять собой» (ability to adapt

and self-manage). «Учи правила как профессионал, чтобы нарушать их как художник», – процитировал Блём Пикассо. Качество помощи должны оценивать сами больные аналогично тому, как оценивают услуги потребители на различных сайтах («покупатель голосует ногами»). Например, при выборе гостиницы мы читаем отзывы тех, кто в ней уже останавливался. По аналогии с сайтом booking.com в

Председатель программного комитета ЕАН Пауль Боон (P.Boon, Бельгия) рассказал об успехах эпилептологии:

– На этом конгрессе впервые не было представлено результатов новых РКИ. Тем не менее новые данные прозвучали. Впервые, обсуждались новые и более надёжные методы регистрации эпилепсии. Обычно они оцениваются с помощью ЭЭГ

струкции при введении электрода. П.Боон: Открывается заманчивая перспектива – неврологи осуществляют инвазивные нехирургические вмешательства, а нейрохирурги занимаются возникшими осложнениями. Это настоящая смена парадигм (все смеются – Б.Л.). Я лишь процитировал одного нейрохирурга. Та же картина наблюдается сейчас в кардиологии.

клинические симптомы, но на МРТ грубой патологии не выявлялось. Таким образом, происходит смена парадигм: вместо несовпадения данных диффузионной и перфузионной МРТ (diffusion-perfusion mismatch) оценивается несовпадение данных клиники и диффузионной МРТ (clinical-diffusion mismatch). По-видимому, у этих больных имелось коллатеральное кровообращение.

Конференции

Цыплят по осени считают

Главной темой III конгресса Европейской академии неврологии (ЕАН) стала оценка исходов



Слева направо – П.Боон, Г.Дойшль, Ф.Фацеказ

Нидерландах для больных паркинсонизмом создана ParkinsonNet, включающая более 3 тыс. профессионалов 12 специальностей и примерно 70 региональных центров. Таким образом, больной сам решает, куда и к кому обратиться. В качестве аналогии докладчик привёл пример дзюдо – у одного жёлтый пояс, а у другого – чёрный. Таким образом, периоды качества – поездка со многими пассажирами. Это стимул для обучения. «Никогда не переставай учиться», – призывает Блём, почти цитируя отечественного классика («Учиться, учиться и ещё раз учиться»).

Смена неврологических парадигм

Невозможно в рамках одного обзора подробно рассказать обо всех докладах, прозвучавших на конгрессе. Но общее представление удалось получить, посетив необычную пресс-конференцию, в которой участвовали руководители ЕАН. Журналистам было примерно столько же, сколько отвечавших на их вопросы специалистов, и все уместились за одним длинным столом. Предлагаем читателям «МГ» стенограмму этого заседания.

Какие сообщения на конгрессе представляют наибольший интерес? Первым ответил на этот вопрос президент ЕАН Гюнтер Дойшль:

– Сферой моих научных интересов являются двигательные расстройства, – сказал он. – Для меня представляется очень важным исследование апоморфина, потому что в результате мы имеем новый способ лечения болезни Паркинсона с доказанной эффективностью. Конечно, он должен применяться на поздних стадиях заболевания. В некоторых случаях эффект поразителен. Сейчас мы можем помочь таким больным путём глубокой стимуляции мозга (deep brain stimulation – DBS) и имплантации интестинальной помпы, но оба этих метода являются инвазивными. А теперь достаточно поместить под кожу маленькую иглу, что менее травматично. Конечно, это не панацея, но у больных с флуктуациями уровня леводопы (on и off периодами), удалось получить очень хорошие результаты.

или дневников больных. Сейчас на рынке появились сотни устройств, распознающих приступы. Вопрос в том, какие из них хороши, а какие – ненадёжны. То есть нужна валидизация предлагаемых гаджетов. Сегодня появились способы оценки новых приборов, основанных на ЭЭГ, ЭКГ и актографии (детекции движений). Их сочетание позволяет намного повысить точность распознавания приступов. Что касается лекарственного лечения, то на подходе пара новых препаратов, но надо подождать полгода-год, прежде чем делать выводы об их эффективности. Также хотел бы отметить, что нелекарственные способы лечения (нейромодуляция и нейростимуляция), занимавшие ранее периферийное место в лечении эпилепсии, смещаются в центр нашего внимания. Самый яркий пример – недавнее одобрение в Европе стимуляции переднего ядра таламуса (ANT) для купирования эпилепсии. В США, где была разработана данная методика, одобрение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) ещё не получено. Также были созданы нейростимуляторы на основе смартфонов (smart neurostimulators). Сейчас изучается стимуляция блуждающего нерва с использованием смартфона.

– А что нового в хирургии эпилепсии?

– Хирургия эпилепсии широко применяется в Европе. Появилась пара новых техник, таких как применение фокального ультразвука и лазерная абляция, которые были представлены на других конгрессах. О фокальном ультразвуке расскажу чуть подробнее. Данная методика позволяет неврологам осуществлять вмешательства самому, не прибегая к услугам нейрохирурга. Время покажет, оправдаются ли эти ожидания.

Г.Дойшль: Эта методика также применялась для лечения тремора, особенно при болезни Паркинсона, поскольку мы точно знаем место, где должно быть произведено повреждение. С помощью ультразвука через неповреждённый череп удаётся осуществить термодеструкцию нужной мишени путём её нагревания до 70 градусов. Эффект получается такой же, как при стереотаксической де-

Затем выступил вице-президент и президент-элект ЕАН Франц Фацеказ (F.Fazekas, Австрия):

– Я хотел бы осветить достижения в области рассеянного склероза и инсульта. Общее у них то, что в обоих случаях мы имеем поражения белого вещества мозга. Кстати, когда три десятилетия назад появилась МРТ, то возникла проблема дифференциальной диагностики возрастных изменений в белом веществе и его изменений при рассеянном склерозе (РС). Результаты больших РКИ при РС докладываются на специализированных конференциях, таких какECTRIMS. На прошлогоднем конгрессе в Лондоне прозвучали данные об эффективности окрелизумаба при первично прогрессирующем РС. Сейчас мы услышали результаты в отдельных подгруппах больных. Также прозвучали данные о применении сипонимода при вторично прогрессирующем РС. Таким образом, мы можем теперь лечить не только рецидивирующие, но и прогрессирующие формы РС. При этом надо помнить, что эффективность лечения зависит от активности процесса. Новые препараты показаны для больных молодого возраста, у которых заболевание проявилось недавно и имеются МРТ-признаки активности заболевания. Так что не надо напрасно обнадёживать тех, кто уже инвалидизирован.

Что касается инсульта, то основной прорыв здесь – результаты исследования DAWN, доложенные месяц назад на конгрессе Европейского общества инсульта в Праге. Появились свидетельства эффективности тромбэктомии в сроки более 6 часов от начала инсульта. В исследовании были включены больные, перенёвшие инсульт от 6 до 24 часов до тромбэктомии. Следует отметить, что две трети случаев были «инсультами пробуждения» (wake-up strokes). Оценивалось время от момента, когда больной чувство-

– Почему девизом конгресса стала оценка исходов?

Г.Дойшль: Теперь у каждого конгресса будет свой девиз. Хорошо заявить основную тему, так чтобы на ней было сосредоточено внимание аудитории. Оценка исходов лечения очень важна: что мы оцениваем, с чьих позиций – врача, больного или прибора? Это требует размышления и широко обсуждалось на съезде. Речь идёт не только о прогрессировании болезни, но и об эффективности лечения. Например, если результаты исследования при болезни Паркинсона говорят об улучшении на 6 баллов по шкале UPDRS, что это значит? Не является ли лучшим измерителем исходов качество жизни больного? Означает ли предлагаемый метод лечения изменение качества жизни? Это новая область исследования.

Ф.Фацеказ: Разные специализации по-разному подходят к данному вопросу. Если посмотреть литературу по инсульту, там одни методики оценки исходов, в нейроонкологии – другие, в нервно-мышечных заболеваниях – третьи. Но любой специалист может почерпнуть что-то полезное для оценки исходов в других специализациях. И это одна из целей нашего конгресса – знакомить общих неврологов с новыми знаниями в различных разделах неврологии.

– Следующий конгресс пройдёт под другим девизом?

Г.Дойшль: Он будет посвящён нейрогенетике.

П.Боон: Это решение не одного человека, а результат работы членов научного комитета. Правление получает список из 5-10 тем, рекомендованных в качестве основных для следующего конгресса, из которых отбираются наиболее важные. При этом также учитывается возможность участия местного неврологического сообщества. Нидерландское неврологическое



Реклама не пахнет

вал себя хорошо (т.е. отхождения ко сну) до момента вмешательства. Поскольку мы не знаем, когда именно во сне произошёл инсульт, фактическое время от дебюта заболевания до тромбэктомии могло быть короче предполагаемого. Тем не менее получены впечатляющие результаты, даже если время до вмешательства превышало 6 часов. Больные тщательно отбирались – у них были выраженные

сообщество имеет очень хорошие наработки в области оценки исходов различных неврологических расстройств, что послужило дополнительным аргументом при выборе девиза нынешнего конгресса. Выбор нейрогенетики в качестве основной темы следующего конгресса связан с её огромной важностью. Колоссальные успехи достигнуты в области лечения спинальной мышечной атрофии.



Конгресс посетила королева Нидерландов Максима

Г.Дойшль: Генная терапия может быть особенно перспективна при редких заболеваниях, например связанных с патологией одного гена.

П.Боон: Разрешите привести пример из той области, которой я занимаюсь, – эпилептологии. Путь mTog тесно связан с патофизиологией туберозного склероза. Подавление или модуляция этого пути позволяет подавить припадки гораздо эффективнее, чем это было ранее возможно при назначении обычных противосудорожных препаратов. В разных разделах неврологии знание генетики помогает получить хорошие результаты.

– Почему черепно-мозговая травма по-прежнему остаётся Золушкой неврологии? Ведь её частота не меньше, чем инсульта, но в программе конгресса она занимала очень скромное место. На встрече рабочей группы по нейротравме говорилось, что в программе следующего конгресса сессии по данной проблеме не предусмотрено.

П.Боон: Так получилось вследствие двух причин. Во-первых, нам нужны заявки от неврологического сообщества. Если по какой-то проблеме заявки не поступили, то маловероятно, что она будет фигурировать в программе конгресса. Во-вторых, ЕАН объединяет всех неврологов, и наш конгресс длится лишь несколько дней. Невозможно охватить за это время все темы. Мы стремимся, чтобы распространённые неврологические расстройства были хорошо представлены на каждом конгрессе, а менее значимые или не вызывающие большого интереса в неврологическом сообществе заболевания были представлены на каждом втором или третьем конгрессе. Так что через год нейротравма будет заявлена в качестве одной из основных тем конгресса.

– Разве нейротравма не является распространённой неврологической патологией?

П.Боон: Это как посмотреть. С точки зрения больного, далеко не все случаи нейротравмы попадают в поле зрения невролога. Ею занимаются различные специалисты. Поэтому у невролога возникает впечатление о её малой частоте.

Ф.Фацеказ: Нейротравма действительно находится на положении Золушки, но неврологи в этом не виноваты. Во многих странах пациентов с нейротравмой ведут травматологи, нейрохирурги, а затем – специалисты по реабилитации. Больные передаются хирургами реабилитологам. Пациенты с когнитивными нарушениями и посттравматической эпилепсией могут направляться психиатрам.

Здесь нужна более тесная координация различных специалистов. Наверное, нам надо работать сообща.

– Сейчас во многих специальных областях дебатировались этические вопросы, но сессии по нейротравме в программе конгресса нет...

П.Боон: Была сессия по паллиативной помощи, где эти вопросы в какой-то степени затрагивались. Но мы обсуждали этические проблемы неврологии на прошломодном съезде.

Г.Дойшль: Съезд длился 4 дня. Как вы собираетесь охватить всю неврологию за это время? Это просто невозможно. Не имеет смысла посвящать этике одно 15-минутное выступление. Должна быть отдельная сессия. Мы не можем организовать её каждый год, но, поверьте, этические вопросы имеют для нас первостепенное значение, особенно в европейском контексте. Например, не думаю, что этика в Турции и в Норвегии будет одинаковой. Это была бы интересная (challenging) сессия.

П.Боон: Надо очень внимательно изучить ваше предложение (улыбается) – Б.Л.).

– Как представлена Восточная Европа (включая Россию) в ЕАН? Этот вопрос адресован председателю комитета по связям ЕАН Давиду Водушке (D.Vodušek, Словения).

Д.Водушек: Европа очень разнится по культуре, уровню технического развития, религии, и всё это отражается на здравоохранении. Неврология в разных странах также находится на разном уровне развития. В одних странах, как, например, в Ирландии, неврологов очень мало, а в других (например, в России) их очень много. Продолжительность последиопломной подготовки (специализации) по неврологии также различна. ЕАН является площадкой, где происходят встречи и обмен опытом неврологов многих стран. Хотя некоторые страны Южной и Восточной Европы могут в чём-то отставать, их опыт может быть полезен для коллег из более благополучных стран. Конечно, возникают вопросы, связанные с финансированием научно-исследовательской работы и, что важнее, системы здравоохранения в целом.

Г.Дойшль: Наша цель в том, чтобы 10 лет спустя любой европейский больной мог иметь доступ к одинаковому диагностическим и лечебным процедурам. Для достижения этой цели мы пытаемся подключить национальные неврологические общества. Интенсивно работаем с чиновниками Евросоюза в Брюсселе, убеждая их в том, что неврология – один из самых

важных разделов медицины. Неврологические расстройства занимают третье место по числу госпитализаций (после внутренних болезней и хирургии). Чем старше мы становимся, тем больше страдаем от мозговых болезней.

Новые ландшафты

Наиболее яркие сообщения были суммированы в конце конгресса на пленарном симпозиуме. Было подчёркнуто, что клинические данные должны использоваться в научных целях, крайне необходимы физиологические модели различных расстройств. Прогнозировалось, что машинное распознавание и глубокое обучение окажут колоссальное влияние на медицину. В качестве примера была приведена недавняя публикация в журнале Nature (Esteva et al., 2017), в которой показано, что распознавание разнообразностей рака кожи с помощью искусственного интеллекта не уступает по точности диагностике дерматологом. Прозвучал призыв теснее сотрудничать с нейрочеловеками.

Иллюстрацией такого подхода стало выступление Эдуардо Тиццано (E.Tizzano, Испания), завершавшее научную программу конгресса и посвящённое новым методам лечения спинальной мышечной атрофии (СМА). Как известно, при СМА поражаются нижние мотонейроны, идущие от спинного мозга к мышцам. Для нормального функционирования этих мотонейронов необходим белок SMN (survival motor neuron), контролируемый геном SMN1. Кроме гена SMN1, имеется также ген SMN2, который продуцирует примерно 10% белка SMN. При анализе ДНК выявляется мутация гена SMN1 на 5-й хромосоме. Выделяют четыре типа данного заболевания. При СМА1 имеет делеция 7-го эксона SMN1. Дегенерация мотонейронов приводит к общему параличу, в том числе дыхательной мускулатуры. Ребёнок, как правило, погибает в течение года из-за хронической дыхательной недостаточности. Данная патология встречается в одном случае на каждые 6-10 тыс. живорождений. До настоящего времени такие дети получали только паллиативную помощь. Сейчас синтезирован препарат нусинерсен, который стимулирует выработку белка геном SMN2 (antisense oligonucleotide splicing modifier). Что касается дефектного гена SMN1, то его заменяют здоровым. Антисенсная терапия вначале была испытана на мышах, а затем на детях с поздним и ранним началом СМА. Были представлены результаты III фазы РКИ ENDEAR у 110 младенцев (до 7 месяцев) с первым типом СМА, в котором участвовало 30 центров. Дети, получавшие нусинерсен, показали существенно лучшие результаты по сравнению с группой плацебо (частота смерти или постоянной ИВЛ составила 39 и 68% соответственно). По данным РКИ CHERISH, у детей 2-12 лет, не способных к самостоятельной ходьбе, в группе получавших лечение результаты также лучше. Нусинерсен был применён у нескольких сотен детей и был одобрен как FDA (декабрь 2016 г.), так и Европейским агентством по лекарствам (EMA) (июнь 2017 г.). Также были представлены данные I фазы КИ по замене гена SMN1 при первом типе СМА у младенцев. При этом используется вирусный вектор AVXS-101, который вводится однократно внутривенно, хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер и содержит нормальный ген SMN1. Все 15 детей, участвующие в данном КИ, живы спустя 1,5-3 года после инъекции, и их двигательные функции улучшились. Так что в лечении СМА произошёл подлинный прорыв, и обречённые дети получили возможность вести полноценную жизнь.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Амстердам – Москва.

Выводы

ВОЗ: мир активно борется с курением

Масштабы спасающих жизни мер борьбы против табака за последнее десятилетие значительно увеличились, констатирует опубликованный в Женеве последний доклад Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) о глобальной табачной эпидемии. Наглядные предупреждения о вреде курения на пачках, запрет рекламы табачных изделий, организация свободных от табака общественных зон и другие меры охватывают сегодня 4,7 млрд человек. Как минимум одной комплексной антитабачной мерой защищены 63% населения мира.

Объединить усилия, несмотря на противодействие

Это вчетверо больше по сравнению с 2007 г., когда такие меры распространялись только на 1 млрд человек или 15% населения планеты. Благодаря реализации стратегии миллионы человек избежали преждевременной смерти.

В опубликованном докладе ВОЗ делается вывод о серьёзном увеличении за последнее десятилетие числа стран, которые провели в жизнь различные меры по борьбе с табаком. Это стало возможным благодаря реализации стратегий Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ) и принятой в 2008 г. Концепции MPOWER, призванной побудить правительства принять меры для выполнения шести вытекающих из конвенции положений.

Вместе с тем отмечается, что табачная промышленность продолжает противодействовать усилиям правительств по полномасштабной реализации мер, позволяющих спасти человеческие жизни и сократить расходы на лечение болезней, вызванных курением.

«Правительства различных стран мира не должны медлить с включением всех положений РКБТ ВОЗ в свои национальные антитабачные программы и стратегии, – отмечает генеральный директор организации Тедрос Адханом Гебрейесус. – Им также надлежит жёстко пресекать незаконную торговлю табачными изделиями, которая усугубляет глобальную табачную эпидемию и вызываемые ею последствия для здоровья, общества и экономики. Объединяя усилия, страны имеют возможность ежегодно уберегать миллионы людей от смерти от предотвратимых болезней, связанных с табаком, и каждый год экономить миллиарды долларов, избегая дополнительных убытков в виде расходов на здравоохранение и снижения производительности», – добавляет Т.Гебрейесус.

«Каждая десятая смерть в мире вызвана табаком, но мы можем изменить ситуацию благодаря антитабачным мерам MPOWER, которые доказали свою исключительную эффективность, – отмечает Майкл Р.Блумберг, Глобальный посол ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями и основатель Благотворительного фонда Блумберга. – Успехи, которые достигнуты во всём мире и о которых идёт речь в различных разделах доклада, свидетельствуют о том, что страны способны переломить тенденцию. Благотворительный фонд Блумберга надеется сотрудничать с генеральным директором Т.Гебрейесусом и продолжать нашу работу с ВОЗ».

В докладе делается вывод о том, что комплексные системы мониторинга потребления табака имеются у одной трети стран.

Это больше чем в 2007 г., когда мониторингом потребления табака в рекомендованном объёме занималась лишь четверть стран, однако и сейчас правительствам необходимо уделять больше внимания и финансовых ресурсов этому направлению работы.

На основе единой антитабачной политики

Вот некоторые ключевые выводы, сделанные в докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2017 г.

Двумя и более мерами MPOWER самого высокого уровня охвачены 43% населения мира (3,2 млрд человек), что почти в 7 раз больше, чем в 2007 г. Восемь стран, в том числе 5 стран с низким или средним уровнем дохода, на самом высоком уровне внедрили 4 или более мер MPOWER (Бразилия, Исламская Республика Иран, Ирландия, Мадагаскар, Мальта, Панама, Турция и Соединённое Королевство Великобритании и Северной Ирландии).

Непал, Индия и Филиппины входят в число стран, которые при поддержке ВОЗ осуществили инициативы по мониторингу потребления табака и затем приняли меры по защите людей от табака.

В Непале, например, после обследования домохозяйств, в ходе которого власти посредством ряда вопросов о потреблении табака выявили значительную распространённость курения среди взрослых мужчин, а также большое число потребителей бездымных изделий, в мае 2015 г. были введены самые крупные в мире предупреждающие надписи о вреде для здоровья на упаковке табачных изделий (занимающие 90% её поверхности).

Всеобъемлющее законодательство о бездымной среде в настоящее время распространяется почти на 1,5 млрд человек в 55 странах. Начиная с 2007 г., заметный прогресс наметился в странах с низким и средним уровнями доходов, из которых 35 стран приняли за это время комплексные законы о бездымной среде.

Подходящее лечение для отказа от курения доступно 2,4 млрд человек в 26 странах. Такой мерой защиты, как размещение выразительных и наглядных предупреждений на пачках, охвачено больше людей, чем какой-либо другой мерой MPOWER, – почти 3,5 млрд человек в 78 странах или практически половина (47%) населения мира. 3,2 млрд человек живут в странах, каждая из которых за последние 2 года провела в средствах массовой информации как минимум одну всеобъемлющую общенациональную кампанию против табака.

Борьба с употреблением табака является важнейшим элементом повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. Документ предусматривает такие задачи, как активизация осуществления РКБТ ВОЗ в странах и уменьшение на треть преждевременной смертности от неинфекционных заболеваний, в том числе заболеваний сердца и лёгких, рака и диабета. Употребление табака является ведущим общим фактором риска НИЗ, от которых ежегодно умирают 40 млн человек, что составляет 70% всех смертей в мире, в том числе 15 млн человек в возрасте от 30 до 69 лет. Более 80% таких «преждевременных» смертей происходят в странах с низким и средним уровнями доходов.

Подготовил
Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Нынешнее поколение врачей, занимающихся проблемами гепатита С, стало свидетелем по-настоящему исторических событий. Они застали и открытие вируса, и изучение его свойств и характеристик, и первые попытки лечения хронического гепатита С интерфероновыми схемами. А несколько лет назад медики стали свидетелями и непосредственными участниками революции в терапии: заболевание, которое считалось трудноизлечимым (а то и вовсе неизлечимым), начали побеждать практически со 100-процентным эффектом.

О распространении заболевания в мире и в стране, о достижениях современной терапии гепатита С и возможностях (а чаще – невозможностях) оказания помощи пациентам в рамках системы ОМС мы беседуем с главным инфекционистом Министрства здравоохранения Челябинской области, заведующей 2-м инфекционным отделением клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета, доктором медицинских наук Ольгой САГАЛОВОЙ.

– Ольга Игоревна, какова ситуация с гепатитом в России?

– По данным российского и всех наших локальных регистров, гепатит С занимает в зависимости от региона примерно от 70 до 80% в общем количестве всех хронических вирусных заболеваний печени.

Не случайно Правительство в своё время оценило серьёзность проблемы и включило гепатиты С и В в перечень социально значимых и опасных болезней.

– Но медики гораздо чаще говорят о гепатите С. А с гепатитом В проблем меньше?

– Мы знаем случаи, когда благодаря вакцинации удавалось искоренить ту или иную инфекцию – натуральную оспу, корь и т.д. После того, как вакцинация от гепатита В вошла в Национальный календарь прививок, ситуация с гепатитом В существенно изменилась к лучшему. Кроме того, с появлением препаратов нуклеозидных аналогов появилась возможность по крайней мере сдерживать развитие болезни.

Что касается гепатита С, то вакцины в этом случае нет и в ближайшем будущем, наверное, не будет – вирус очень изменчивый и сложный.

Но здесь есть серьёзные достижения в области лечения: в последние годы появились такие препараты и их комбинации, эффективность которых достигает 95-100% в зависимости от разновидности вируса, состояния печени и других факторов. При этом лечение стало намного проще и для пациента, и для врача, так как препараты эти пероральные, а не инъекционные, они действуют непосредственно на вирус и практически не вызывают нежелательных явлений.

Благодаря этой революции появилась возможность создания стратегии борьбы с гепатитом ВОЗ до 2030 г., направленной на элиминацию вирусного гепатита С как проблемы общественного здравоохранения.

– В чём сущность данного метода лечения?

– Вирус может быть полностью удалён из организма. Если у больного в течение 12 недель после окончания лечения вирус в крови не обнаруживается, то он считается здоровым. И у 99,2% больных он никогда не возвращается – разве что только вследствие повторного заражения (среди внутривенных потребителей наркотиков это нередкая ситуация, они реинфицируются до 20%). Благодаря возможности эрадикации вируса лечение может работать как профилактика – такое на моей памяти происходит в первый раз.

Сегодня – Всемирный день борьбы с гепатитом

Наших пациентов можно вылечить!

Но не во всех регионах на это есть средства



Иммунитета к гепатиту С, к сожалению, нет. У больных вырабатываются антитела, у некоторых они могут сохраняться всю жизнь, но эти антитела не имеют защитного эффекта. Они лишь указывают на то, что организм сталкивался с инфекцией.

Поэтому антитела могут обнаруживаться у людей, которые были инфицированы и выздоровели без лечения – это встречается в 20-30% случаев. Тем не менее у 60-70% инфицированных заболевание прогрессирует и переходит в хроническую стадию.

Самая большая опасность этой болезни в том, что она, как правило, долгое время протекает незаметно; даже острая стадия чаще всего проходит бессимптомно или под маской другого заболевания (например, ОРВИ, обострение гастрита и никаких проявлений желтухи!). И только спустя годы появляются либо внепечёночные проявления, либо симптомы тяжёлого повреждения печени.

Конечно, с одной стороны, и больные редко обращаются к врачам, особенно если они работают, а с другой стороны, и врачи могут пропустить заболевание, если не назначат необходимые анализы.

Между тем сегодня гепатит С можно вылечить практически у каждого. Схема лечения не единственная, их много. И чем дальше, тем их будет больше – продолжается разработка новых

препаратов, более эффективных, универсальных, с более коротким сроком действия. Уже есть схемы лечения за 8 недель для больных без цирроза печени, очень удачные и высокоэффективные. Плюс сейчас это уже для многих схем одна таблетка, удобный приём без связи с пищей.

– Насколько быстро передовые технологии приходят в отечественное здравоохранение?

– В Европе первые препараты прямого противовирусного действия были зарегистрированы в

печени 3-й степени (F3) и компенсированным циррозом печени. В 2016-2017 гг. у нас все больные с 1-м генотипом получают только безинтерфероновые режимы. А для 2-го и 3-го генотипов, к сожалению, пока ещё действует старая схема.

– Сколько зарегистрированных пациентов охвачено терапией?

– В областном регистре сейчас чуть больше 28 тыс. человек с хроническим гепатитом. По России, наверное, порядка 400-500 тыс. Но не все регионы (только 70, к

больше всего внесли в него больных. Это достаточно сложная работа, потому что до сих пор нет нормативной базы, регламентирующей ведение этого регистра.

Кроме того, у нас организовано оказание помощи на трёх уровнях. В прошлом году наконец-то вышел приказ о маршрутизации пациентов, где чётко расписано, что должно делаться на каждом уровне, каковы задачи кабинетов инфекционных заболеваний, межрайонного центра в Магнитогорске и у нас, в Гепатологическом центре клиники Южно-Уральского

2011 г., а у нас только в 2013 г. В 2015 г., всего год спустя после Европы, в России зарегистрирован первый безинтерфероновый режим 3D-терапии, включающий три препарата прямого действия – такая терапия в 2015 г. вошла в Европейские рекомендации лечения гепатита С.

Процесс регистрации в нашей стране гораздо более длительный, чем за границей, и довольно сложный. У нас ещё до сих пор не могут зарегистрировать препараты, в клинических исследованиях которых мы участвовали. Исследования уже давно закончились, данные опубликованы...

– Новые препараты доступны для пациентов?

– Сейчас доступ к этим лекарствам есть, но ограниченный – ведь они приобретаются за счёт региональных бюджетов. Какие-то области с хорошим базовым тарифом ОМС смогли включить лечение хронического гепатита С в ОМС, хотя и с некоторыми ограничениями. Здесь в лидерах Московская область. Там первыми начали лечить по ОМС ещё до появления прямых противовирусных препаратов.

Во многих регионах базовые тарифы ОМС низкие, местные территориальные фонды не идут на их повышение, пациенты там нередко не лечатся или лечатся за счёт региональных программ. А сколько денег даст губернатор каждой области – зависит от многих факторов.

У нас в Челябинской области программа есть, хотя и не очень масштабная. К счастью, нам никогда не запрещали лечить пациентов в соответствии с новейшими рекомендациями. Но региональное финансирование и низкий базовый тариф не дают возможности покрыть все потребности.

– Какие пациенты получают лечение современными препаратами?

– Мы тщательно отбираем пациентов для назначения терапии на основании всех рекомендаций, и российских, и международных. Если денег мало, значит, надо отдавать приоритет самым трудным пациентам – с фиброзом

сожалению) ведут этот регистр. По ВИЧ-инфицированным тоже не всегда вносится информация, а у них поражённость гепатитом С очень высокая.

При этом важно отметить, что только примерно 43% больных у нас вообще диагностировано – как я уже говорила, болезнь протекает практически бессимптомно.

В нашей области в лечении в ближайшее время нуждаются порядка трети пациентов, то есть примерно 6 тыс. человек. Мы лечим в год около 50-70. Это всё, что возможно сделать за бюджетные деньги.

Есть много международных публикаций (в том числе с нашим участием) по моделированию процесса: что будет, если никого не лечить, если лечить мало или лечить всех. Оказалось, для того чтобы у нас снизилась смертность от осложнений цирроза, мы должны лечить не менее 3% зарегистрированных пациентов в год с упором на продвинутые стадии. В нашей области это должно быть примерно 600 человек в год, что в денежном выражении равно 300-400 млн руб.

А для России 3% – это не меньше 128 тыс. больных ежегодно. Если же мы хотим снизить заболеваемость, лечить надо гораздо больше – 200 тыс. в год, и только тогда это начнёт оказывать хоть какое-то влияние на ситуацию.

Понятно, что и государство не может нам завтра дать денег на всех пациентов. Кроме того, для начала лечения и больные должны быть полностью обследованы, и врачи – готовы принять такое количество пациентов.

Кстати, Москва выделяет сейчас довольно много денег, больше 1 млрд руб., но для неё этого тоже недостаточно. Там лечат 1-1,5 тыс. пациентов в год, но, если это экстраполировать на нашу область, охват получается примерно одинаковый.

– Что ещё можно отнести к особенностям работы в регионе?

– Челябинская область участвовала во второй очереди проекта национального регистра. Мы в числе трёх регионов, которые

ГМУ. В частности, мы, помимо консультативно-диагностической помощи, больше занимаемся подбором терапии и схем лечения.

Я уже говорила: к сожалению, у нас недостаточный региональный базовый тариф – 6800 руб. для дневного стационара, причём хоть для терапии, хоть для онкологии. Но мы работаем в этом направлении. Например, уже сейчас принят специальный тариф для оказания помощи третьего уровня – амбулаторного приёма, который включает в себя дорогостоящие методы диагностики.

Я считаю, что для решения проблемы вирусных гепатитов должна быть постоянно действующая система, а не какие-то временные проекты, необходима федеральная или национальная программа по аналогии с борьбой с ВИЧ.

Большие надежды мы связываем с поручением Президента РФ Правительству к сентябрю представить программу по гепатиту.

У современной гепатологии огромные перспективы. Если мы вылечим большинство больных, то мы снизим риск инфицирования благодаря сокращению возможности передачи вируса. А излеченные проживут жизнь полноценно и качественно. Ещё 10 лет назад мы бы так не говорили. А сейчас видим просто фантастические результаты!

Поэтому, когда в онкологию готовы вложить 0,5 млрд руб., а в гепатит – 50 млн, я с этим не согласна в корне. Во-первых, доказано, что гепатит С значительно повышает риск развития не только рака печени (гепатоцеллюлярной карциномы), но и других злокачественных опухолей. Во-вторых, гепатит С – инфекционное заболевание, которое вошло в популяцию, и его распространение необходимо остановить.

Поэтому должна быть правильная пропорция в распределении средств. Выгодно вкладываться в здоровье нации там, где можно получить реальную отдачу.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Москва – Челябинск.

Открытия, находки

Антиоксидант оказался сильным антибиотиком

Синтетическое соединение SkQ1, которое было получено исследователями Научно-исследовательского института физико-химической биологии им. А.Н.Белозерского Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова, показало сильную антибактериальную активность по отношению сразу к двум группам бактерий.

Синтетическое соединение – антиоксидант SkQ1 – состоит из иона Скулачёва и мощного

растительного антиоксиданта пластохинона (Q), которые соединены между собой цепочкой

углеродных атомов. Во время экспериментов было обнаружено, что SkQ1 замедляет старение мышей, значительно ускоряет заживление диабетических ран, помогает при борьбе с аутоиммунным артритом у крыс.

Также оказалось, что SkQ1 проявляет сильную антибактериальную активность по отношению к бакте-

риям Bacillus subtilis, Mycobacterium sp. и Staphylococcus aureus, а также к Photobacterium phosphoreum и Rhodobacter sphaeroides.

«Мишень этого антибиотика – мембрана бактерий, разность потенциалов на которой он снижает», – говорит соавтор исследования кандидат биологических наук Павел Назаров.

По его словам, одно из важнейших открытий состоит в том, что SkQ1 проявляет антибактериальную активность в отношении сразу обеих групп бактерий: и грамположительных, и грамотрицательных.

Сейчас исследователи МГУ разрабатывают лекарственные препараты, где SkQ1 будет выступать в роли действующего вещества.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сито!

Москва.

Идеи

Обречённый метастазировать

Исследователи из проектной группы «Персонализированной терапии опухолей» Фраунгоферского института токсикологии и экспериментальной медицины в Регенсбурге (Германия) обнаружили новые механизмы образования метастаз при раке молочной железы.

Научная группа, исследовав самое начало образования метастаз, выяснила, что физиологические процессы, которые контролируют расширение и разветвление молочных протоков в подростковом возрасте и при беременности, регулируют также рассеивание опухолевых клеток. Ещё до формати-

рования основной раковой опухоли клетки разносятся по организму, внедряются в ткани и после дальнейших генетических изменений начинают расти, образуя метастазы.

На протяжении десятилетий, как известно, онкологи считали, что раковые клетки образуют метастазы на поздних стадиях образования опухоли. Однако в последние годы появились сомнения в обоснованности этой идеи, так как метастазы обнаруживались даже у пациентов с небольшими опухолями, находящимися в начальных стадиях. Кроме того, рассеянные раковые клетки имели совсем другой генетический набор, чем основная опухоль.

Как предположили учёные, отрываясь от молодых опухолевых образований и попадая в отдалённые ткани, раковые клетки «засыпают». В это время и развивается основная опухоль. Тем не менее даже при лечении обнаруженного новообразования клетки, внедрившиеся в ткани организма, в конце концов «просыпаются» и начинают расти, значительно осложняя лечение.

Поскольку разные стадии опухоли включают в себя генетически различные клетки, современные методы лечения часто оказываются неэффективными, так как метастатические клетки являются продуктами предыдущих стадий опухоли, а значит имеют другой набор генов и вызывают иные виды рака. Поэтому, утверждают исследователи, при лечении метастаз необходимы разные терапевтические подходы, учитывающие неоднородность раковых клеток и особые пути образования метастаз.

Выводы

В сражении с фертильностью

Учёные из Шеффилдского университета (Великобритания) при изучении семенной жидкости разработали новую методику, которая улучшит диагностику при проблемах с фертильностью, не убивая сперматозоиды в процессе исследования.

Все существовавшие до сих пор методы в процессе исследования спермы приводили к гибели сперматозоидов. Британские учёные впервые применили магнитно-резонансную спектроскопию для

изучения молекул в живых сперматозоидах. Метод магнитно-резонансной спектроскопии используется для изучения молекулярного состава многих клеток и тканей при таких заболеваниях, как рак.

Учёные направили электромагнитные волны определённой частоты на образец спермы внутри специально созданного сканера, а затем «слушали» отражаемый молекулами сигнал.

Для эксперимента учёные взяли образцы здоровой и «плохой» спермы добровольцев и исследо-

вали сканером. Полученные данные позволили создать профиль молекул, присутствующих в сперме, и установить различия между такими молекулами из разных образцов. Их численность также варьируется в зависимости от состояния спермы.

Исследователи заявили, что теперь могут отличить «хорошую» сперму от «плохой». Это открывает возможность создать новые биомаркеры для диагностики, а также разработать конкретные методы лечения для мужчин с «плохой» спермой.

Специалисты отмечают, что импульсы энергии не повреждают сперматозоиды, поэтому исследованные образцы можно использовать в дальнейшем, к примеру, для ЭКО.

В центре внимания

Посредством синхронизации

Механизм синхронизации деятельности иммунной системы напоминает систему контроля активности нейронов мозга – он опирается на нейромедиаторы, которые используются в мозговой деятельности. Как показали исследования, иммунные клетки содержат «гормон удовольствия» дофамин, нейромедиатор мозга, который формирует мотивацию для дальнейших действий, заявили исследователи из австралийского Национального университета Канберры.

Учёные обследовали образцы ткани более чем у 200 детей, переживших недавно удаление гланд. В своём исследовании они проследили пути передачи дофамина из Т-клетки к В-лимфоциту через синаптические взаимодействия,

и, как выяснилось, специализированные клетки в данном случае вели себя как нейроны мозга, транслируя дофамин к лимфоцитам и тем самым обеспечивая им дополнительную мотивацию для производства эффективных антител, способных очистить организм от инфекции.

Такая система мотиваций, которая очень напоминает деятельность нейронов мозга, может стать новым методом терапии аутоиммунных заболеваний, а также лимфом и иммунодефицитных состояний. Методика будет опираться на возможность с помощью нейромедиаторов ускорять и ослаблять иммунный ответ, что в итоге приведёт к значительному повышению эффективности лечения заболеваний, связанных с нарушением иммунной системы.

Ну и ну!

Чем дальше — тем лучше

Младенцы в возрасте от 6 месяцев теряют 40 минут сна, если спят в одной комнате со своими родителями. Если малыш спит в отдельной комнате, то его сон длится около 10,5 часов, а в спальне с родителями – 9 часов 47 минут. Таковы данные исследований, проведённых сотрудниками Медицинского центра штата Пенсильвания (США).

Исследовав 230 семей с 9-месячными детьми, учёные пришли к выводу, что малыши быстро привыкают к тому, что родители при их ма-

лейшем дискомфорте стараются его успокоить, покормить и убаюкать.

Такие малыши в дальнейшем не могут уснуть раньше 8 часов вечера, а к 2,5 годам их сон длится на 45 минут меньше положенного. А нарушение сна и недосыпание приводит к эмоциональным и поведенческим проблемам в дальнейшем.

Учёные считают, что под круглосуточным родительским наблюдением малыши должны находиться первые 4 месяца во избежание проявления синдрома внезапной детской смерти.

Версии

Нано-защита

Исследователи из Калифорнийского университета в Сан-Диего (США) разработали способ снизить опасность, которую несут вызываемые стрептококком группы А заболевания, такие как некротизирующий фасцит. Стрептококки группы А и другие подобные патогены особенно опасны, поскольку они выделяют токсины, способные продельвать отверстия в клеточных мембранах. Это может приводить к нарушению функций клетки или даже её смерти.

Тамара Эскахадилю, одна из исследователей, рассказала о механизме действия наногубок. По её словам, они захватывают и деактивируют токсины, уменьшая таким образом ущерб, который наносится клеткам.

Наногубки созданы из мембраны красных клеток крови, внутрь которой помещено ядро искусственного происхождения, спроектированное таким образом, чтобы поглощать вредные химические соединения. Эксперименты показали, что наногубки эффективно работают в качестве ловушек, не давая микроорганизмам достичь важных для работы иммунной системы клеток – белых клеток крови и клеток кожи. У мыши, заражённой некротизирующим фасцитом, при применении наногубок болезнь проходила в более лёгкой форме.

Сейчас учёные тестируют свою разработку на различных бактериальных токсинах, а также живых патогенах. Специалисты планируют создать также версию наногубок, которая бы эффективно боролась с сепсисом.

Гипотезы

Горькая «сладость»

Сахарный диабет 2-го типа (СД-2) является намного более распространённым социальным заболеванием, чем было принято считать раньше. Реальный вклад этой болезни в общую смертность человечества составляет 12%, то есть диабет находится на третьем месте причин смерти, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям и новообразованиям.

Такой вывод сделали специалисты из Пенсильванского университета и Университета Бостона (оба – США) на основе метаанализа двух крупных медицинских исследований, проведённых в США. Первое исследование принадлежит Национальному центру исследований здоровья и питания, второе – Центру национального анкетирования по вопросам здоровья.

Как выяснили исследователи, ряд смертей, истинной причиной которых является СД-2, маскируется его осложнениями – как правило, заболеваниями сердечно-сосудистой системы или болезнями почек, поэтому определить истинную причину смерти пациента

бывает сложно. Это приводит к неоднозначным заключениям о смерти, которые, в свою очередь, порождают неточную статистику смертности человечества.

Кроме того, по словам одного из авторов исследования, профессора Самюэля Престона, обычная статистика СД-2, показывающая всего 4% вклада в общую смертность, основывалась на исследованиях, проведённых в 1980-1990-х гг. Если в 1980 г. центры по контролю и профилактике заболеваний сообщали о 5,53 млн человек в США, страдающих диабетом, то в 2014 г. (последний год, за который имеются статистические данные) число больных подскочило до 21,95 млн человек, что составило почти 300%-ный рост заболеваемости. При этом вероятность смерти у этих пациентов на 90% выше, чем у здоровых людей.

Таким образом, отмечают исследователи, СД-2 становится самым распространённым неинфекционным заболеванием в мире, приводящим к огромному количеству смертей, а значит, борьба с ним должна быть усилена до уровня национальных программ.

Анализ и прогнозы

Витаминные происки

Новое исследование сотрудников Университета Торонто (Канада) показало, что у людей с генетической непереносимостью лактозы уровень витамина D в крови ниже, чем в среднем по популяции.

Учёные обнаружили, что те люди, ген LCT у которых имел мутацию, связанную с непереносимостью лактозы, употребляли меньше молочных продуктов. Это было ожидаемо, как и то, что уровень витамина D в их крови был ниже – этот витамин в больших количествах содержится именно в молочных продуктах, и большинству людей недостаточно просто бывать на солнце и питаться так, как они обычно питаются, чтобы получать витамин в необходимых количествах.

Экспертов удивил тот факт, что, зная о своей особенности, люди с непереносимостью лактозы не пытались восполнить дефицит важнеешего витамина с помощью пищевых добавок или богатой этим витамином пищи. Исследователи подчеркнули, что тем, кто ограничивает себя в употреблении молочных продуктов, необходимо расширить рацион – или же начать употреблять, например, безлактозное молоко.

Научная работа также подтвердила тот факт, что люди с непереносимостью лактозы в среднем имеют более низкий рост, чем те, у кого молоко усваивается нормально – так как недостаток важных питательных веществ негативно влияет на формирование костей. Всего в работе принимали участие около 1,5 тыс. человек.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.
По материалам Science Daily, Reuters, CNN, European Heart Journal, EurekAlert!, MedicalXpress, Daily Mail.

В центре внимания

Внутриутробная
реставрация

Учёные из школы медицины Фейнберга Северо-Западного университета (США) выявили молекулярный механизм негативного воздействия алкоголя, потребляемого матерью во время беременности, на внутриутробное развитие младенцев. Более того, им удалось обнаружить вещества, позволяющие восстановить последующее развитие ребёнка и купировать последствия фетального алкогольного синдрома, возникающего у плода при воздействии спиртных напитков.

Как известно, фетальный алкогольный синдром поражает примерно 1-5% новорождённых и проявляется в нарушении памяти, трудностях в обучении, наличии коммуникативных проблем. Кроме того, синдром сопровождается высоким уровнем депрессии, низкий IQ, сердечно-сосудистые катастрофы и другие проблемы здоровья. Он возникает не только у детей женщин-алкоголичек.

Многие женщины потребляют алкоголь ещё до того, как осознают, что беременны. Некоторые не

прекращают пить и во время беременности, считая, что небольшая доза спиртного никак не повредит будущему ребёнку.

Учёные провели ряд экспериментов на крысах, которых подвергли воздействию алкоголя во внутриутробном периоде, в серии опытов с различными веществами они, в частности, исследовали работу двух препаратов. Один из них – тироксин, количество которого снижается у выпивающих беременных женщин и у детей с фетальным алкогольным синдромом.

Это вещество является одним из ключевых гормонов щитовидной железы – дети, рождённые с низким уровнем тироксина, как правило, имеют серьёзные проблемы с физическим и умственным здоровьем. Второе вещество, прошедшее экспериментальную проверку, – метформин, понижающий количество сахара в крови.

Как известно, низкий уровень глюкозы в организме младенца играет огромную роль в его развитии. В частности, чрезмерная концентрация сахара негативно влияет на развитие мозга, хотя механизм подобного воздействия

до конца неизвестен. Испытание проводилось на грызунах в течение 10 дней после рождения. Как только крысы подросли, учёные протестировали их память.

Оказалось, что крысы в обеих группах продемонстрировали нормальное развитие и не подверглись физиологическим изменениям, вызванным материнским алкоголем. По словам учёных, наибольшее удивление вызвало то, что препараты относятся к совершенно разным группам химических веществ. Впрочем, при более детальном изучении выяснилось, что оба препарата нормализуют работу генов, контролирующую экспрессию метил-ДНК-трансферазы 1 – фермента, участвующего в процессе метилирования ДНК, критически важного для развития мозга. В частности, работа этого фермента связана с развитием аутизма и ряда нейродегенеративных заболеваний.

Для экспериментальной проверки результатов учёные ввели нормальным крысам препарат, подавляющий функции генов экспрессии трансферазы. В результате животные развивались так, словно подвергались в утробе воздействию алкоголя. После терапии метформином память грызунов нормализовалась. В скором времени учёные намерены приступить к экспериментам с участием людей и уже начали сбор средств для клинических испытаний обоих препаратов.

Бывает и такое

В общем и целом

Традиционные исследования рассматривают влияние какой-либо пищи на организм человека как влияние суммы отдельных её компонентов – белков, жиров, углеводов. Однако правильно ли это? Новые научные работы утверждают, что пищу не нужно раскладывать на питательные вещества, а следует анализировать эффект от всего блюда. Учитывать, по мнению специалистов, нужно даже не одно блюдо, а весь приём пищи в целом.

Одна из авторов посвящённого питанию исследования, сотрудник Копенгагенского университета (Дания) Конгерслев Торнинг, рассказала, что учёные долгое время задавались вопросом, почему желаемый эффект от пищи, расчи-

танный на основе содержащихся в ней питательных веществ, не совпадает с действительным. По мнению доктора Торнинг, пищу необходимо рассматривать в комплексе, так как её состав может изменять свойства питательных веществ, которые в ней содержатся.

Например, некоторые молочные продукты (йогурт или сыр) не оказывают такого сильного влияния на уровень холестерина в крови, как можно было бы предположить, исходя из количества насыщенных жиров в этих продуктах, а содержание в них кальция не в полной мере объясняет их влияние на здоровье костей. Питательные вещества, говорят исследователи, взаимодействуют между собой, и эффект, который они производят на здоровье, в значительной степени зависит от этого взаимодействия.

В клиниках и лабораториях

Мясное коварство

Употребление красного мяса повышает риск смерти от 8 распространённых болезней, таких как рак и диабет, а также от «прочих причин». Об этом рассказали учёные из Национального института рака (США), уточнив, что вероятность смерти у тех, кто ел красное мясо чаще всего, была на 26% выше, чем у тех, кто воздерживался от красного мяса в рационе.

Для белого мяса, что характерно, зависимость была обратной: чем чаще участники исследования его употребляли, тем меньше был их шанс скончаться преждевременно (разница в смертности среди любителей и нелюбителей достигала 25%).

Специалисты изучили данные 537 тыс. взрослых в возрасте от 50 лет до 71 года, проживавших в 6 штатах и двух больших городах США. За здоровьем и пищевыми привычками участников следили на протяжении 16 лет. Исследователи учитывали общее потребление мяса, а также то, сколько было съедено красного (свинина, бара-

нина, говядина) и белого (индейка, курица, рыба) мяса за это время.

Затем всех людей рассортировали на 5 групп в зависимости от количества употребляемого белого и красного мяса, чтобы понять, как пищевые привычки влияют на вероятность смерти от различных заболеваний. Учитывались смерти по 9 причинам: онкология, инфекционные заболевания, болезни сердца, сосудов и инсульт, респираторные заболевания, диабет, болезнь Альцгеймера, заболевания почек и хроническая печёночная недостаточность, а также – дополнительно – «прочие причины».

Оказалось, что единственная болезнь из рассмотренного списка, смертность от которой не зависит от употребления красного мяса, – это болезнь Альцгеймера. Вероятность смерти от всех остальных причин красное мясо повышало, а белое – понижало. За всё время исследования умерли более 128 тыс. человек. Содержавшиеся в мясе нитраты и железо увеличивали риск преждевременной смерти на 15%.

Ситуация

Система тому виной

Ведущими причинами смерти девушек 15-19 лет в мире остаются осложнения беременности, включая кровотечения, сепсис, осложнённые роды и осложнения после небезопасного аборта, второй по значимости причиной – нанесение вреда своему здоровью. Об этом среди прочего говорится в новом докладе Всемирной организации здравоохранения.

Так, по данным ВОЗ, ежегодно более 1,2 млн подростков во всём мире погибают по причинам, которые можно было предотвратить.

Среди наиболее распространённых причин смертности в докладе указываются дорожно-транспортный травматизм, инфекции нижних дыхательных путей, самоубийство и смерть вследствие нанесения вреда своему здоровью, а также диарейные заболевания и утопление.

Эксперты ВОЗ отмечают, что при разделении результатов по полу и возрасту были выявлены существенные различия в показателях. Так, среди мальчиков/юношей 10-19 лет основной причиной смерти являлся дорожно-транспортный травматизм, унёсший жизни более

88,5 тыс. подростков-мальчиков в позапрошлом году, а среди девочек/девушек этого же возраста – инфекции нижних дыхательных путей, в результате заражения которыми скончались 36,6 тыс. человек.

Отмечается, что 45% случаев произошли в странах с низким и средним уровнем доходов в Африке и 26% – в странах Юго-Восточной Азии. «При наличии надлежащих служб здравоохранения, образования и социальной поддержки большинство смертельных случаев среди подростков можно было предотвратить», – подчёркивают авторы доклада.

Ракурс

Всемирная организация здравоохранения и Имперский колледж Лондона (Великобритания) выпустили прогноз о положении дел в области продолжительности жизни в 35 развитых странах к 2030 г. Согласно результатам, опубликованным в журнале The Lancet, ожидаемая продолжительность жизни вырастет во всех рассмотренных странах, а в Южной Корее с вероятностью 57% превысит 90 лет, но только у женщин, и почти во всех рассмотренных странах разница в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами начнёт сокращаться.

Итак, основные результаты: во всех рассмотренных странах ожидаемая продолжительность жизни вырастет с вероятностью 65%. Хорошая новость для мужчин – с вероятностью выше 95% ожидаемая продолжительность их жизни превысит 80 лет у тех, кто живёт в Австралии, Швейцарии и опять же в Южной Корее.

Меньше всего этот показатель вырастет в Греции, Македонии, Сербии, США, Швеции и Японии. Далее, хорошо известно, что женщины в среднем живут дольше мужчин – но это будет меняться везде, кроме Мексики, потому что

Многая лета



там женщины будут жить ещё больше, и в Греции, Франции и Чили, поскольку там продолжительность жизни вырастет одинаково у обоих полов.

«Южная Корея очень многое делает правильно», – отметил профессор Маджид Эззати из Импер-

ского колледжа Лондона. – У них, похоже, блага распределяются равномерно, и то, что полезно людям, – образование, питание, – доставалось большинству, а кроме того, у них очень низкий уровень ожирения и они неплохо справляются с гипертонией».

ся средний рост населения. «Это что-то говорит нам о питании в ранний период развития детей», – сказал профессор Эззати.

Однако все эти ожидания имеют и обратную сторону – растущая продолжительность жизни означает растущую нагрузку на бюджет развитых стран. Недаром в последнее десятилетие всё чаще говорят о повышении возраста выхода на пенсию – соотношение числа работающих и получающих помощь от государства уже не позволяет государственным системам поддержки пожилых людей сводить концы с концами, так что хронический дефицит пенсионных систем стал очень распространённым явлением, это не специфически российская проблема.

Наконец, следует отметить, что все эти прогнозы основаны на предположении, что дела в общем и целом будут идти по-прежнему. Так что какое-нибудь масштабное событие вроде универсальной вакцины или распада СССР может всё переменить. Россия, что характерно, в совместном исследовании ВОЗ и Имперского колледжа не упоминается вообще!

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Science Daily, who.int, BBC, Reuters, EurekAlert!, MedicalXpress.

Наши коллеги

Шилкинский левша, опередивший время

Раньше его административный талант взметал забайкальскую медицину на небывалую высоту, а сегодня поднимает к звёздам космонавтов

У него очень много регалий и почётных наград. Но начнём с самого главного, на мой взгляд, звания – достойный сын шилкинской и забайкальской земли. Речь пойдёт о Вячеславе Рогожникове, заместителе руководителя Федерального медико-биологического агентства России, нашем земляке и коллеге, вклад которого в развитие системы здравоохранения Забайкалья очень весом, но незаслуженно подзабыт.

Вячеслав Рогожников родился 66 лет назад в городе Шилка. Вообще, земля шилкинская – особая, очень много добрых людей и известных медиков дала она Забайкалью. Назову несколько имён: Юрий Ширшов (первый проректор Читинской государственной медицинской академии, профессор), Алексей Бутыльский (вице-премьер правительства Забайкальского края), Андрей Бутыльский (главный врач Краевого физкультурного диспансера), Ольга Ступина (главный врач Краевой клинической психиатрической больницы им. В.Х.Кандинского, профессор), Александр Золотарёв (читинский травматолог-ортопед), Тамара Простакишина (бывший главный врач Шилкинской ЦРБ), Юрий Домаев (преподаватель ЧГМА). И этот список можно продолжить...

Отец В.Рогожников Александр Георгиевич был железнодорожником, а во время Великой Отечественной войны окончил с отличием Иркутское авиатехническое училище и служил авиамехаником-испытателем на аэродроме Монино Московской области. Так что сегодняшняя трудовая деятельность Вячеслава Александровича, напрямую связанная с космосом, есть продолжение славных отцовских традиций. Мама – Надежда Павлова – работала в райсобесе, затем на протяжении 10 лет заведовала хозяйственной частью железнодорожной больницы в Шилке. И у отца, и у матери было много родных братьев и сестёр. А ещё Вячеслав в школе активно занимался спортом, состоял членом юношеской сборной по баскетболу Забайкальской железной дороги.

Читинский «мед» В.Рогожников окончил в 1974 г., поступил в клиническую ординатуру по урологии. С уважением он вспоминает своих первых учителей – Николая Чарторижского, Филиппа Власюка, Надежду Орлову, Галину Князеву. Поначалу работал в урологическом отделении областной клинической больницы под руководством доцента Николая Мунгалова среди своих друзей и единомышленников – Виктора Вершинского, Владимира Сульtimoва, Виталия Герасимовича. Много оперировал, дежурил, осваивал новые методики диагностики и лечения урологических больных. Помогло и то, что родился левшой, так что уверенно владел обеими руками, что так важно, а порой жизненно необходимо при выполнении сложных полостных операций. Верной спутницей на всю жизнь для него стала бывшая одноклассница и однокурсница Валентина Выскубова, ныне Рогожникова, подарившая ему свою любовь и двоих детей.

В 1983 г. он был назначен заместителем главного врача ОКБ по хирургии. Спустя 3 года я пришёл в отделение сосудистой хирургии, и меня вместе с другими молодыми тогда ещё специалистами лично курировали главный врач Владимир Яковлев и начмед по хирургии Вячеслав Рогожников. Хирургическая служба больницы работала в тот период безупречно, благодаря, в том числе, мудрому и рациональному подходу к порученному делу Вячеслава Александровича. А времена надвигались непростые, ощущалась нехватка шовного и других расходных материалов, случались перебои в выплате зарплаты. Однако конечная цель хирургов – спасение жизни пациента любой ценой – достигалась круглосуточно.

Больница как полноценный организм только ещё формировалась, поочерёдно вводились новые отделения и операционные. На каждом этапе становления «клинички» раскрывались в полной мере организационные способности В.Рогожникова. Его административный талант заслужил высокой оценки во время визита в Читу двух высокопоставленных руководителей-медиков: министра здравоохранения СССР Евгения Чазова и министра здравоохранения РСФСР Анатолия Потапова.

Новая веха в жизни Вячеслава Александровича датирована февралём 1987 г., когда его назначают руководителем всей системы здравоохранения Читинской области. Так 35-летний Рогожников стал самым молодым заведующим областным отделом здравоохранения на территории Советского Союза. Серьёзные испытания не могло и быть. Но он достойно продолжает свою созидательную работу на новом поприще. Вот только один из примеров. В Чите в 1991 г. в рекордно короткие сроки возводится уникальное медицинское учреждение – диагностический центр. Его аналогов ни в Сибири, ни на Дальнем Востоке в то время не существовало.

История вопроса любопытна. Первые диагностические центры были созданы в Англии ещё в довоенное время, затем они появляются в Германии, Франции, США. А в нашей стране организацией ранней высококачественной диагностики начал заниматься знаменитый кардиолог, министр здравоохранения СССР в 1987-1990 гг. Евгений Чазов. Чита – один из первых городов, где решено было создать уникальный по набору технологий диагностический центр. В тот момент уже строились 4 подобных центра – в Москве, Ленинграде, Киеве и Тбилиси. Стройка длилась менее 2 лет. На площадях введённого объекта установили самое передовое по



В.Рогожников

тем временам медицинское оборудование, включая первый в Забайкалье компьютерный томограф. И по сей день диагностический центр, называемый ныне консультативно-диагностическим подразделением Клинического медицинского центра Читы, – одно из ведущих лечебно-диагностических структур на территории региона, во многих вопросах незаменимое.

Восемь лет В.Рогожников возглавлял читинское здравоохранение – с 1988 по 1996 г., в одной печатной статье не хватит места для перечисления всех его добрых и позитивных свершений, результативность которых воочию ощутили забайкальские врачи и их пациенты. 15 областных учреждений он построил, сдал, оснастил и ввёл в эксплуатацию!

Даже в те напряжённые будни В.Рогожников находил время для самосовершенствования, овладения новыми знаниями. Вот уж действительно, человек, опередивший время! В 1990 г. он окончил Академию народного хозяйства при Правительстве СССР, в 1991 г. – Высшую международную

коммерческую школу в Финляндии. Тогда ещё не существовало понятия «топ-менеджер», а он уже реально становился таковым.

Следующая знаковая дата в его жизни – январь 1997 г., переезд в Москву, работа в Министерстве здравоохранения РФ. Он включается в неё с головой, занимая должность заведующего научно-методическим центром региональной политики в области здравоохранения Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения. Ну а далее – отчётливый «ступенчатый» профессиональный рост: вице-президент ассоциации «Здравоохранение Сибири», начальник отдела по работе с регионами, заместитель руководителя Департамента развития и экономики здравоохранения в Минздравсоцразвития России, руководитель Департамента организации медицинской помощи и профилактики неинфекционных заболеваний, заместитель руководителя ФМБА РФ.

Вячеславу Александровичу одно время приходилось вплотную заниматься вопросами уничтожения химического оружия, а в последнее время космос является неотъемлемой частью его повседневной жизни. В.Рогожников прекрасно осведомлён о состоянии здоровья каждого российского космонавта, он доподлинно знает, как космический полёт влияет на самочувствие экипажа, каково содержание кислорода на международной космической станции.

Сегодня главным учреждением России в области космической медицины и биологии является Институт медико-биологических проблем РАН. Именно эта структура решает все вопросы медико-биологического обеспечения

полётов всех пилотируемых кораблей серии «Союз» и «Мир», а также обеспечивает слежение за работой групп управления автоматическими самоходными лунными и другими аппаратами.

«Космонавты проходят сотни тестов, прежде чем полетят в космос. За их здоровьем постоянно следят наши квалифицированные специалисты. При таком медицинском сопровождении не удивительно, что подавляющее большинство из них продолжают длительную творческую жизнь, сумели выстроить прекрасную карьеру, достичь высот в работе и науке», – говорит Вячеслав Александрович.

Космическая медицина вносит весьма заметный вклад в развитие земной медицины. Сюда можно отнести создание новых медицинских специальностей: врач авиационной медицины и физиологии, врач водолазной медицины. Это и создание новейших медицинских технологий, таких как применение летнего костюма «Регент» для лечения и реабилитации больных с двигательной дисфункцией вследствие ОНМК и другой патологии ЦНС, специализированные тренажёры, помогающие пройти реабилитацию после переломов. Во многих таких проектах мой земляк принимает активное участие и неизменно добивается их успеха.

Профессор заслуженный врач РФ В.Рогожников удостоен многочисленных государственных наград и званий. Ему присуждена премия Правительства РФ и присвоено звание «Лауреат премии РФ в области науки и техники».

Забайкальская земля гордится своими родными детьми, теми, кто прославляет свою малую родину. В.Рогожников довольно часто встречается с земляками – читинскими медиками, которые со временем стали московскими, с удовольствием вспоминает свою молодость, багульские сопки, друзей, коллег и, конечно, все те добрые дела, которые продолжают приносить пользу людям. Он не устаёт делиться своим богатым опытом, знаниями с молодыми коллегами. Строит новые планы, ведь в космосе так много неизведанного! Возможно, уже скоро будет запланирован старт экспедиции на Луну или станут набирать отряд космонавтов для полёта на Марс.

Выросли дети: сын Артём трудится заместителем начальника спасательного отряда МЧС в Москве, дочь Оля живёт в Вене с мужем-дипломатом, воспитывает четверых ребятишек. А всего у Вячеслава Александровича восемь внуков! Вот это и есть настоящее человеческое счастье. Есть заветная мечта – погулять на свадьбе у младшего внука.

Впереди ещё много работы! Быть нужным Родине и людям – таков жизненный девиз Вячеслава Рогожникова, человека, опередившего время.

Алексей САКЛАКОВ,
кандидат медицинских наук.

Чита.

Фото
Владимира КЛЫШНИКОВА.



Здание первого в Сибири и на Дальнем Востоке диагностического центра

Великому баскетболисту, одному из героев нашего отечественного спорта, олимпийскому чемпиону Александру Белову в этом году исполнилось бы 66 лет. Он прожил короткую, но яркую жизнь, промчавшись ослепительной кометой по небосклону спорта.

Александр родился в Ленинграде. К баскетболу его приобщил Владимир Кондрашин, который, будучи начинающим тренером, ходил по школам в поисках талантливых ребят. Заметив 10-летнего Сашу, тренер уговорил попробовать силы в баскетболе. Именно Владимир Кондрашин смог привить Белову любовь к этой игре и стал его наставником. В 16 лет состоялся дебют Александра в составе команды «Спартак» (Ленинград). Несмотря на то что парень имел не самый высокий рост (ровно 2 метра), он выходил на центровые позиции и мог побороться с более высокими соперниками благодаря умению выбирать позицию, подвижности и прекрасному прыжку. Вскоре Александр Гомельский пригласил молодого баскетболиста в сборную СССР. Через год, в 1969 г., мужская сборная СССР по баскетболу играла на европейском первенстве в Неаполе. А Белов был главным открытием этого сезона. На тот момент он успел сыграть в высшей лиге три сезона, поэтому имел достаточно опыта, чтобы брать на себя ключевую роль в команде.

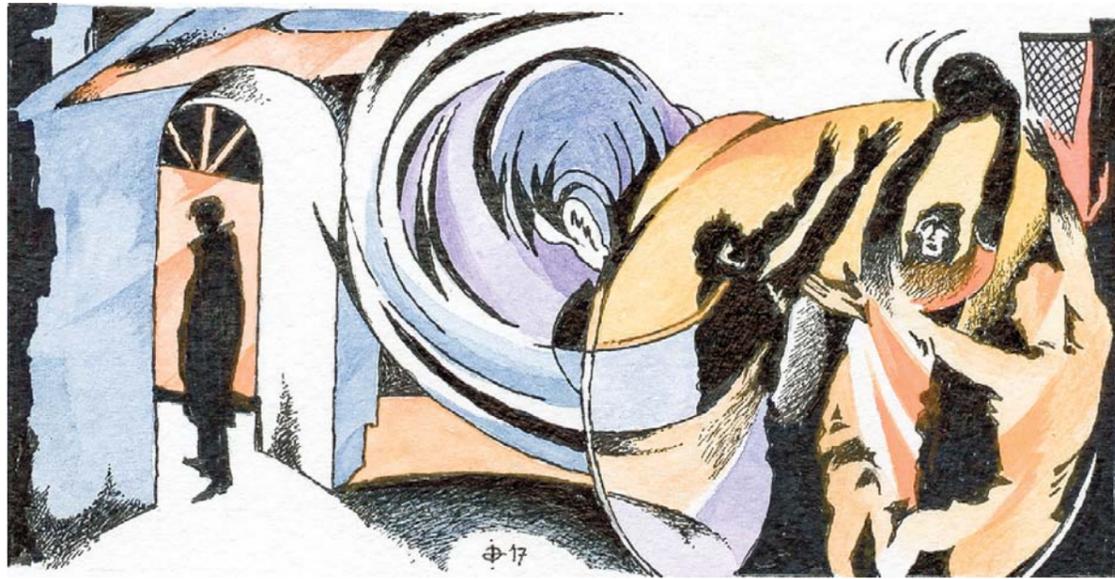
Подготовка к Мюнхенским Олимпийским играм была очень серьёзной для сборной СССР. Команде предстояло встретиться с сильнейшим соперником – сборной США, которая не знала поражений на Олимпиадах с 1936 г. Финальный матч Олимпиады. Оставалось играть 3 секунды... Американцы уже ликовали, арбитр с трудом успокоил их, чтобы матч доведён до конца. Сохранивший спокойствие Кондрашин сказал в этот момент своим ребятам: «за 3 секунды можно и выиграть, и проиграть!» Иван Едешко после сигнала к возобновлению игры сделал пас из-под своего кольца через всю площадку Александру Белову. Все застыли в напряжении и как в замедленной съёмке увидели: Саша в прыжке хладнокровно уложил мяч в кольцо. 51:50 – и сборная СССР впервые стала чемпионом Олимпийских игр!

Игра в финале и победный бросок принесли Александру фантастическую славу. Именно к этому периоду относится моё знакомство с Александром Беловым. С августа 1972 г. после окончания медицинского института я приехал на работу в Плюсскую центральную районную больницу Псковской области. Работу главным врачом СЭС совмещал с патанатомией и судебной медициной, дежурил на «скорой помощи». Однажды вечером диспетчер передала мне для обслуживания знакомый адрес в Школьном переулке. Я уже хорошо знал Александру Белову, подругу моей квартирной хозяйки. К сожалению, в последние годы резкие подъёмы артериального давления стали её постоянными спутниками.

Вечерело. Автомашина подъехала к дому. Я постучал, дверь в полутёмную прихожую открыл высокий парень в спортивном

А ещё был случай

Короткие встречи с чемпионом



костюме, приветливо пригласил зайти. И лишь войдя в освещённую комнату, я узнал встречавшего. Это был Александр Белов. Я выслушал краткие жалобы старушки, измерив давление на обеих руках, лёжа и сидя, уверенно написал в талоне: гипертонический криз. Госпитализация. Сделал инъекцию. Александр, посоветовавшись с бабушкой (оказалось, он приехал из Ленинграда навестить родных), отказался, сказав, что техникой внутримышечных инъекций владеет и сможет ухаживать за больной на дому. Мы разговорились. Ни малейшей «звёздности» в поведении и общении Саши не наблюдалось! Я с удовольствием рассказал, что знаю его по играм, хожу на матчи «Спартак», играл в баскетбол за сборную команду курса, и дважды (!) – за сборную института. Мы были погодики, обсуждаемая тема была любимой для обоих, и за чаем время полетело незаметно... до очередного вызова, который по рации принял дежуривший со мной водитель. Договорились встретиться на следующий день в центре посёлка. Подходя за 5 минут до назначенного времени к памятнику Ленину и предвидя долгое ожидание «звезды», я увидел Сашу. Он был уже на месте в голубой форме сборной СССР с вышитым золотой нитью гербом страны. Мы прошли по центральной улице. Все встречные оглядывались, любящая знаменитым земляком. У вокзала простились, незаметно перешли на «ты». Я дал несколько советов по помощи и взаимопомощи при лёгких травмах, неизбежных в игре. Александра заинтересовали мои любимые специальности: патанатомия и судебная медицина. «Вот где забивать «голы» лечащим врачам за ошибки», – смеялся он. Сашенька, как же ты оказался прозорлив...

Прощаясь, Саша протянул

конверт, в котором было приглашение на встречу команды «Спартак» с баскетбольным активом города. Я буквально обомлел от радости... Поскольку Плюсска в 180 км от Питера, проблем с посещением родного города у меня не было. Так, через 3 недели, я оказался на Зимнем стадионе Ленинграда, затем получил от Саши приглашение и на тренировку команды – в знаменитый спартаковский тренировочный зал на Вязовой улице. Осенью 1975 г. я вернулся в Ленинград, отработав «обязаловку» после института. Несколько раз созванивались с Сашей, но встретиться всё не доводилось, видел его лишь в игре. В последний раз он вскользь упомянул о «моторе», который давал о себе знать...

* * *

С 1976 г. Белов стал жаловаться на периодические загрудинные боли, однако продолжал выступать за «Спартак» и сборную страны. Состояние здоровья ухудшилось после прогревочной скандальной таможенной истории (вывоз икон за границу). Обстоятельства обнаружения и принадлежности злополучной сумки с иконами остались не ясны. Но... происшествие отразилось в центральных газетах, Белова лишили звания заслуженного мастера спорта, вывели из состава сборной и «Спартак». После этого спортсмен ударился в запой, загрудинные боли у него усилились. Позднее он взял себя в руки и стал ходить на тренировки. Талант баскетболиста не иссякал.

В 1978 г. Сашу снова пригласили в сборную страны. Уже через несколько дней после начала тренировок самочувствие ухудшилось. Из телефонного звонка я узнал, что Белову поставили диагноз «подострого миокардита», поместили в кардиологическую боль-

ницу. Стали проводить интенсивную противовоспалительную, гормонотерапию, кардиотропное и антибактериальное лечение. Увеличение и болезненность печени привели к подозрению на абсцесс. Летом 1978 г. больного перевели в клинику абдоминальной хирургии Ленинградского государственного института для усовершенствования врачей (ныне Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования). Состояние прогрессивно ухудшалось. Увеличились размеры сердца, нарастали явления сердечной недостаточности. Был заподозрен выпотный перикардит, однако пункции жидкости не выявили. Думали о «панцирном сердце» как исходе хронического экссудативного перикардита. К консультированию были привлечены ведущие терапевты и хирурги, участвовали специалисты из Италии. Общее руководство лечением осуществлял знаменитый профессор А. Дембо, основоположник спортивной кардиологии в СССР. Именно он за 3 недели взял на себя смелость предсказать неотвратимость летального исхода... Неуклонно прогрессировали явления сердечной слабости, развились левосторонняя инфаркт-пневмония, анемия. Окончательный клинический диагноз – «хронический экссудативный перикардит».

В ночь на 3 октября на руках у матери, Марии Дмитриевны, долгие годы проработавшей в институте усовершенствования врачей, Саша скончался. На вскрытии были обнаружены: анasarка, гидроторакс, отёк лёгких, в левом лёгком множество инфарктов. Увеличенное сердце массой 2500 г имело выраженные изменения. Между передним листком перикарда и миокардом обнаружилась тёмно-красная плотноватая, местами губчатая опухолевая ткань толщиной до

1,5 см. Определялась также «мускатная» резко увеличенная печень. Метастазы нигде не были обнаружены. Правда открылась под микроскопом. Был поставлен диагноз – «гемангиосаркома перикарда», редкая и очень «злая» опухоль.

* * *

Кто бы мог подумать, что наша очередная встреча с Сашей окажется столь печальной! В сентябре 1978 г. я получил путёвку на цикл усовершенствования в Ленинградский государственный институт для усовершенствования врачей. В те годы кафедры патанатомии и судебной медицины, где мне предстояло учиться, располагались на Кирочной улице, 41, в великолепном здании, построенном по замыслу Великой княгини Елены Павловны. В один из перерывов, пробегая в столовую через холл 1-го этажа, я обогнал медленно идущего сгорбленного, очень худого человека. Что-то в нём показалось мне знакомым, и я обернулся. Это был Белов! Но какой... Одежда, висющая как на вешалке, потухший отрешённый взгляд, тёмно-жёлтое осунувшееся лицо, опущенная голова. У меня не хватило сил подойти, на глаза навернулись слёзы. Потрясённый, я узнал у преподавателей, что Сашу готовят к операции на кафедре абдоминальной хирургии. Прогноз неблагоприятный; посетителей, кроме близких, к нему не пускали.

Прошло 3 недели. Цикл подготовки подошёл к концу. Утром 4 октября, приехав в институт, я узнал, что Белов вчера умер, заключительный диагноз неясен, и вскоре начнётся исследование тела. Быстро надев медицинскую шапочку и халат, я побежал в прозектуру, вошёл в секционный зал, тихонько встав позади небольшой группы профессоров и доцентов, окруживших анатомический стол. Александр лежал вытянувшись. Его тело, атлетически сложенное, исхудавшее, с жёлтой кожей, было тем не менее столь же прекрасным, как тогда, когда он взлетал в прыжке под щитом. На мраморной доске, висевшей в зале, золотом сверкали слова: «Здесь смерть помогает жизни!». Так прошла моя заключительная встреча с Александром Беловым.

И всё же она оказалась не последней! В моём «студенческом архиве» хранятся пожелтевшие газеты с его портретами, афиша о матче с автографом, большое фото, где члены студенческих сборных Ленинграда сфотографированы с командой «Спартак»... Ежегодно в одну из Родительских суббот бываю на Северном кладбище, навещаю могилы родственников и друзей. Обязательно захожу и на могилу Саши. Он лежит рядом с родителями и Владимиром Кондрашиным. На мемориальной стеле – бронзовая оплечная статуя Александра Белова: взгляд устремлён вперёд и вверх, над головой атакующая рука держит баскетбольный мяч. И кажется, что снова последует легендарный беловский бросок по кольцу!

Юрий МОЛИН,
профессор, член Союза писателей России, заслуженный врач РФ.

Санкт-Петербург.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д. ВОЛОДАРСКИЙ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, В. ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, В. КОРОЛЁВ, А. ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии – В. ЗАЙЦЕВА.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.

Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.

Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-06-00334 Тираж 23 732 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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