

В особых условиях

Медицинская помощь приходит с неба

Для этого на санитарную авиацию не жалеют средств



Амурская область вошла в число субъектов, включённых в российский приоритетный проект развития санитарной авиации. В этом году на его реализацию в регионе потратят 130 млн руб. Из них 116,4 млн выделяет федеральный бюджет, 13,5 – средства областной казны.

Как рассказали в правительстве региона, завершены аукционы на закупку авиационной услуги для оказания скорой специализированной медицинской помощи населению области с применением воздушных судов.

Воздушный транспорт санитарной авиации всегда готов к вылету

С 1 июля начались полёты. Только за первые 12 дней машины санитарной авиации 6 раз поднимались в воздух: крылатые «скорые» отправлялись к пациентам в Сквордино, Зею, Новокиевский Увал Мазановского района и Февральск Селемджинского района.

– Теперь нам не нужно, как раньше, решать вопрос о приоритетности заданий для санавиации: из какого района больного вывозить первым, исходя из состояния его здоровья, – прокомментировал первый заместитель министра здравоохранения Амурской области Ана-

толий Судаков. – Благодаря чему доступность оказания медицинской помощи в отдалённых населённых пунктах Приамурья значительно возросла.

А это значит, в сложных, порою экстремальных условиях Дальнего Востока у местных жителей и участников многочисленных экспедиций становится больше шансов на спасение в случае болезни, неожиданных обстоятельств, чем «богата» здешняя суровая земля.

Николай РУДКОВСКИЙ,
собр. корр. «МГ».

Благовещенск.

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения
Российской Федерации:

Национальные центры будут работать в тесном взаимодействии с профильными клиниками регионов.

Стр. 4



Виктор ЕГОРОВ,
директор Хабаровского филиала
МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова, профессор,
заслуженный врач РФ:

Живая память о С.Фёдорове ярким немеркнущим факелом освещает день настоящий.

Стр. 5-7



Елена БЕЛОУСОВА,
заведующая отделом
психоневрологии и эпилептологии
Научно-исследовательского
клинического института
педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева,
профессор:

Не исключено, что для некоторых редких эпилепсий лучшим контролем приступов могут обладать препараты, которые не относятся к категории противосудорожных, например пришедшие из кардиологии антиаритмические средства.

Стр. 10-11



Признание

Первые среди лучших

Самые достойные медики Екатеринбурга, работающие в муниципальных, государственных и частных клиниках, стали лауреатами премии «Медицинский Олимп-2017».

В номинации «Моя поликлиника» статзетки греческого бога врачевания Асклепия получили сотрудники поликлиник № 1 детской городской клинической больницы № 9 и центральной городской больницы № 20, а также стоматологической поликлиники № 12. Именно сюда проще и легче записаться на приём, в них отличная навигационная система, исключающая «блуждание» пациентов по кабинетам, самые приветливые регистраторы и внимательные врачи и медсёстры.

Получать награду в номинации «Спасение года» на «Медицинский Олимп» поднялись 27 человек. Но в 10 раз больше медиков участвовали в эвакуации пострадавших рабочих после аварии на машиностроительном заводе им. М.И.Калинина в ноябре прошлого года и оказывали им помощь в ЦГКБ № 23.

Работа Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» «Операции по удалению новообразований иридоцилиарной зоны» победила в номинации «Лечебная технология года».

«Три из четырёх внутриглазных опухолей являются злокачественными и могут стоить человеку и глаза, и жизни, – отметил на торже-

ственной церемонии главный офтальмолог Свердловской области, генеральный директор центра Олег Шилловских. – Именно так и происходило раньше, когда во время операции врачу приходилось удалять больному весь глаз – потому что иначе убрать опухоль было невозможно. Но наши офтальмохирурги разработали авторскую методику, сохраняющую при таких операциях пациентам не только глаза, но и зрение, и возможность уже через несколько дней вернуться к обычной жизни».

Растрогали присутствующих лауреаты номинации «Рождение года» – семья, в которой родились сразу трое малышей. Супружеская пара вышла на сцену вместе с новорождёнными. Их счастье стало возможным благодаря совместной работе акушеров-гинекологов и генетиков.

«Два эмбриона, у которых не было выявлено нарушений в наборе хромосом, были имплантированы в матку и начали развиваться, а во время вынашивания беременности один из них раздвоился, – вспоминает акушер-гинеколог центра семейной медицины Яна Рюхтина. – В итоге на свет появилась не двойня, а тройня: два близнеца Влад и Стас и их сестричка Кристина».

Всего награды получили более полусотни человек.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Тенденции

Доноры сдали более 10 тысяч литров крови

Воронежская областная станция переливания крови занимает одно из лидирующих положений в стране. В год она заготавливает 21 т крови и принимает более 14 тыс. доноров. Только за первое полугодие этого года станцию посетили около 8 тыс. доноров.

За прошедший период специалисты станции подготовили для нуждающихся в лечении более 10 тыс. л донорской крови. Полученные компоненты помогут 21 тыс. пациентов.

Особенно радует медицинских работников существенное увеличение количества повторных доноров – тех, кто осознанно приходит на станцию один раз в год и более. Это повышает

безопасность заготавливаемой крови и увеличивает лечебный потенциал каждой сданной капли.

По итогам деятельности станции, наиболее востребованной признаётся II группа крови с положительным резус-фактором.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Воронежская область.

Новости

Современная операционная

В Федеральном центре сердечно-сосудистой хирургии в Челябинске состоялось официальное представление первой в Уральском федеральном округе гибридной операционной. Проект реализован в рамках государственно-частного партнёрства «Современная операционная».

Гибридные операционные – это будущее медицины. Они позволяют одновременно проводить сразу несколько, по сути, автономных операций. Технология избавляет пациента от необходимости переживать целую серию сложных вмешательств. Для большого количества возрастных пациентов это даёт шанс на благополучное излечение от патологии сердечно-сосудистой системы даже при наличии серьёзных сопутствующих заболеваний.

«Теперь операции мирового уровня стали реальными для жителей нашей области, – отметил министр здравоохранения Челябинской области Сергей Кремлёв. – Ежегодно в кардиоцентре оперируются порядка 5 тыс. пациентов, все операции бесплатны. В этом году также планируется запуск гибридной операционной в Челябинской областной больнице. Это намного улучшит оказание медицинской помощи в регионе».

«Технологии, которые развиваются в сердечной хирургии, требуют того, чтобы мы могли в рамках одной операции применять различные приёмы для лечения больного, – рассказал главный кардиохирург Минздрава Челябинской области главный врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Олег Лукин. – Таких технологий становится больше, они малотравматичны и позволяют получать лучший результат у пациентов с серьёзными сопутствующими заболеваниями. В гибридной операционной у одного пациента одновременно выполняются разные виды вмешательств – через открытый доступ и эндоваскулярно».

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Хирургическое лечение
в новом виде

В отделении нейрохирургии Воронежской областной детской клинической больницы № 2 врачи освоили и внедрили новый метод лечения детей, родившихся со сросшимися костями черепа – краниосиностомозом. Ранее стандартным методом лечения этой патологии была обширная краниотомия, после которой пациенту требовался довольно длительный период реабилитации.

На днях воронежские специалисты провели трёхмесячному ребёнку эндоскопическую краниотомию с помощью современного нейроэндоскопического оборудования. Операцию, которая длилась менее часа, выполнил главный детский нейрохирург областного Департамента здравоохранения, доктор медицинских наук Николай Глаголев.

Ранее детей с такими пороками развития оперировали открытым способом более 2 часов, что всегда сопровождалось большими рисками. Сегодня уровень подготовки специалистов ОДКБ № 2 позволил освоить и внедрить прогрессивный малоинвазивный метод хирургического лечения сагиттального краниосиностомоза.

«Малоинвазивный метод вмешательства позволяет минимизировать травматизацию, ускоряет процесс выздоровления и может быть использован у детей самого раннего возраста. В настоящее время прооперированный ребёнок уже выписан домой, а в ОДКБ № 2 планируют проводить такие операции на постоянной основе», – сообщил Н.Глаголев.

Ольга КАЗАНЦЕВА.

Воронеж.

Иностранцы едут за опытом

В омских больницах ждут на практику студентов из Китая, Германии, Греции, Сербии, Болгарии.

Стажировки для студентов последних курсов высших медицинских образовательных учреждений являются ежегодными и проводятся с целью овладения новыми умениями и навыками. Кроме того, для иностранных студентов важную роль играют языковая практика, культурный обмен и профессиональное общение.

Зарубежные студенты-медики придут в город на Иртыше в первых числах августа и до конца месяца будут проходить врачебную практику в омских больницах. Как сообщили в Омском государственном медицинском университете, в главном корпусе вуза состоится встреча-приветствие руководства университета и учреждений здравоохранения с прибывшими стажёрами.

Ведущие омские врачи поделятся с ними знаниями, расскажут молодым коллегам о передовых разработках и технологиях, используемых в лечебных учреждениях региона. В частности, у иностранных студентов будет возможность познакомиться с современными методиками лечения злокачественных новообразований в областном онкодиспансере, который является самым крупным комплексом онкологического профиля в Сибирском федеральном округе.

Стажировки за рубежом ежегодно проходят и студенты Омского медицинского университета. Вуз имеет двусторонний договор со Страсбургским университетом Франции, а также с Люксембургским университетом. Ежегодно там проходят стажировку студенты лечебного факультета, клинические ординаторы и врачи.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

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

Деловые встречи

Сохранить женское здоровье

На это всецело настроены дагестанские онкологи

Сохранение полноценной жизни и возможность иметь здоровых детей пациентам со злокачественными опухолями репродуктивных органов обсудили в Министерстве здравоохранения Республики Дагестан на конференции с приглашением лучших федеральных онкологов, гинекологов, маммологов и урологов.

Участие в организации конференции «Современные вопросы ранней диагностики, лечения и сопроводительной терапии злокачественных новообразований репродуктивных органов» приняли Минздрав Дагестана, Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Национальный медицинский исследовательский радиологический центр (Москва) и Ассоциация маммологов Дагестана. «Рак I-II стадии не является приговором. Это диагноз, который поддаётся лечению, и человек, начавший обследование и лечение на этой стадии, может быть здоровым при условии соблюдения рекомендаций врача. В нашей республике в онкологическом диспансере ведётся большая работа по внедрению маркёров ранней диагностики онкологических заболеваний репродуктивной системы, и это приносит свои положительные результаты», – рассказала начальник отдела оказания медпомощи матерям и детям Минздрава Дагестана Раиса Шахсинова.

На открытии конференции начальник отдела медицинской помощи взрослому населению Минздрава Дагестана Татьяна Беляева отметила: «Диагностика и лечение онкологических больных шагнули далеко вперёд. Мы должны чётко осознавать, что этапы, которые



Конференция начинает свою работу

должны быть проведены для ранней диагностики, остаются очень важными. Возможность использования таргетной терапии – когда убиваются только раковые клетки, а не все быстро делящиеся клетки организма, как при традиционной химиотерапии – очень важна для увеличения продолжительности и качества жизни».

«Если раньше злокачественная опухоль у будущей матери служила причиной прерывания беременности, то в последние годы в таких случаях мы продлеваем беременность, сохраняем детей и, кроме того, применяем вспомогательные репродуктивные технологии – экстракорпоральное оплодотворение, в том числе с использованием замороженных и донорских ооцитов, и стараемся сохранить каждую маленькую жизнь. Женщины старше 35 лет должны раз в 2 года проходить маммографию, чтобы не столкнуться с запущенной формой рака молочной железы», – заявила на открытии конференции Р.Шахсинова.

«Десять лет назад только 13% злокачественных опухолей выявлялись на ранних стадиях, а сейчас на I-II стадиях рака опухоли выявляются уже в 70% случаев. За

последние 10 лет смертность от злокачественных новообразований в стране снизилась на 12,5%. Вместе с тем надо отметить, что заболеваемость злокачественными новообразованиями репродуктивной системы выросла за 10 лет на 32%, а у женщин 19-39 лет – на 34%, – такими тревожными данными поделилась руководитель Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена Надежда Рожкова. – Бурный технический прогресс, который идёт в последние годы, внедрение новых технологий позволяют выявлять рак мельчайших размеров. Кроме того, в апреле этого года на заседании Государственной Думы РФ было принято решение о создании Национальной программы по сохранению женского здоровья. Диспансеризация взрослого населения, которая возродилась в нашей стране после 30-летнего перерыва, показала, что из 19 млн человек 30 тыс. страдают злокачественными новообразованиями, из них 55% занимают новообразования репродуктивных органов, и первое место среди последних принадлежит раку молочной железы – 28%».

Дальше она рассказала о новых возможностях скрининга рака молочной железы, который является самым эффективным методом предупреждения смерти. Конференции с участием Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, посвящённые внедрению самых современных технологий в онкологию, проходят в Дагестане уже в третий раз. Опыт коллег со всей страны очень полезен для дагестанских врачей, которые всё больше применяют новые подходы в лечении онкопатологии.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.



Выступления ведущих онкологов вызвали большой интерес у участников встречи

Инициатива

Подмосковные преобразования

Тест на рак предстательной железы могут включить в первичную диспансеризацию в Подмосковье. Об этом сообщил губернатору Московской области Андрею Воробьёву министр здравоохранения региона Дмитрий Марков в ходе прямой линии с губернатором.

«Мы это сделаем через диспансеризацию, отдельным приказом заложим финансирование данной программы в фонд обязательного медицинского страхования», – отметил Д.Марков.

По его словам, стоимость такого анализа может составить около

300-400 руб. «Но вложение в профилактику будет намного дешевле, чем то, что мы выявляем на поздней стадии онкологии», – добавил министр.

Во время разговора с губернатором также отмечалось, что количество видеокамер, интегрированных в систему «Безопасный регион» на территории Подмосковья, к концу нынешнего года планируется довести до 15 тыс.

«Внедрение системы видеонаблюдения ведётся с позапрошлого года в рамках государственной программы «Безопасность Подмосковья». В обязательном порядке видеокамерами оборуду-

ются места массового пребывания людей – парки, центральные площади и перекрёстки, въезды в города и микрорайоны, наиболее оживлённые пешеходные переходы. Камерами оснащаются все социально значимые объекты – детские сады, школы, учреждения здравоохранения, культуры и спорта.

В правительстве Подмосковья подчеркнули, что в настоящее время в систему интегрировано 11,3 тыс. видеокамер.

Матвей ШЕВЛЯГИН.
МИА Cito!

Московская область.

Проекты

Сотрудничеству — быть

Алтайский краевой перинатальный центр «Дар» с рабочим визитом посетили заместитель председателя правительства Республики Алтай Михаил Маргачев и заместитель председателя правительства Иркутской области Валентина Вобликова.

Их сопровождали заместитель председателя правительства Алтайского края Надежда Капура, министр здравоохранения региона Ирина Долгова.

Вместе с главным врачом Ириной Молчановой гости побывали практически во всех отделениях центра, от приёмного покоя до зала выписки. А в акушерском физиологическом отделении, в одной из палат совместного пребывания

матери и ребёнка они смогли пообщаться с родильницей.

В консультативно-диагностическом отделении М.Маргачеву и В.Вобликовой был представлен пациенториентированный проект «Открытая регистратура» – особенность Алтайского края. Он предполагает, в частности, предварительную запись к врачу через отдалённую регистратуру на 2 недели вперёд с ежедневной оптимизацией расписания.

Самые лучшие пожелания коллективу центра и слова о необходимости дальнейшего сотрудничества гости оставили в книге отзывов перинатального центра.

Елена ОСТАПОВА.

Алтайский край.

Санитарная зона

Заслон для инфекций

Санитарно-карантинным контролем Роспотребнадзора в первом полугодии 2017 г. в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации выявлено порядка 1,1 тыс. человек с признаками инфекционных болезней, причём 60% больных и лиц с подозрением на эти заболевания отмечено в автомобильных пунктах пропуска.

Во всех случаях был организован и проведён комплекс регламентированных профилактических (противоэпидемических) мероприятий. Всего санитарно-карантинный контроль проводился в 241 пункте пропуска через государственную границу, где досмотрено на наличие инфекционных болезней порядка 10,5 млн человек. Наибольшее число лиц было проверено на инфекцию на территории Московской области, Санкт-Петербурга, Приморского и Краснодарского краёв. В воздушных пунктах пропуска досмотрено порядка 50% от

общего числа въезжающих на нашу территорию (в автомобильных пунктах пропуска – порядка 40%).

Осуществление санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через госграницу, который направлен на недопущение завоза и распространения на территории нашей страны инфекционных болезней, а также на предотвращение ввоза товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, представляющих опасность для населения, является одним из направлений деятельности Роспотребнадзора.

Решая эту задачу, службой санитарно-карантинного контроля Роспотребнадзора досмотрено 87,6 тыс. партий грузов. Наибольшее количество - на территориях Белгородской, Калининградской, Псковской и Ленинградской областей, а также в Санкт-Петербурге. По результатам контроля запрещён ввоз более 27,6 тыс. т грузов.

Иван МЕЩЕРСКИЙ.

Коллектив Кировского государственного медицинского университета понёс тяжёлую невосполнимую утрату. После продолжительной болезни скончался ректор Кировского ГМУ, председатель Совета ректоров вузов Кировской области, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник высшей школы РФ

Игорь Вячеславович ШЕШУНОВ.

Игорь Вячеславович родился 16 марта 1960 г. в городе Новокуйбышевске Куйбышевской области. В 1977 г. окончил среднюю общеобразовательную школу Новокуйбышевска. С 1978 по 1984 г. – студент Куйбышевского (Самарского) медицинского института. В студенческие годы работал санитаром, активно занимался общественной работой: был избран заместителем председателя студенческого профкома, членом областного комитета Профсоюза работников здравоохранения, работал в студенческих строительных отрядах.

В 1995 г. И.В.Шешунов защитил диссертацию на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, в 2001 г. – на соискание учёной степени доктора медицинских наук. С 1999 г. – заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Института последипломного образования Самарского государственного медицинского университета.

С 1990 по 2002 г. работал заведующим подготовительным отделением, деканом факультета довузовской подготовки, с 2003 г. – проректором по общим и социальным вопросам Самарского ГМУ. Принимал активное участие в создании и становлении первого в России негосударственного медицинского института «Реавиз».

16 декабря 2003 г. И.В.Шешунов принят на должность первого проректора Кировской ГМА в порядке служебного перевода из Самарского медицинского университета. В сентябре 2004 г. был избран, в декабре 2007 и феврале 2013 г. переизбран на новый пятилетний срок на должность ректора Кировского государственного медицинского университета.

Под его руководством защищено 8 диссертационных работ на соискание учёной степени кандидата и доктора медицинских наук. Игорь Вячеславович – автор свыше 170 печатных работ, среди которых 4 монографии, 20 методических рекомендаций и учебных пособий, написан, издан и переиздан учебник «Экономика и управление в здравоохранении» (в соавторстве); 1 патент на изобретение (в соавторстве) «Способ исследования чистоты воды».

И.В.Шешунов принимал активное участие в работе общественных организаций, входил в состав Координационного совета по развитию межрегионального сотрудничества Кировской области, Координационного совета по приведению содержания и структуры подготовки кадров на территории Кировской области, Комиссии по присуждению премии Кировской области, Научно-технического совета при правительстве Кировской области, Совета по реализации в Кировской области приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, Коллегии Министерства здравоохранения Кировской области.

В ноябре 2009 г. Игорь Вячеславович избран председателем Совета ректоров вузов Кировской области, в 2011 г. – заместителем председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России. Являлся членом Координационного совета по послевузовскому и дополнительному образованию специалистов здравоохранения Приволжского федерального округа, Кировского областного комитета профсоюза работников здравоохранения.

И.В.Шешунов награждён Почётной грамотой Министерства здравоохранения РФ, нагрудным знаком Минздрава России «Отличник здравоохранения», грамотой ЦК Профсоюза работников здравоохранения, Почётными грамотами правительства Кировской области, Законодательного собрания Кировской области, Кировской городской думы, благодарственными письмами главного федерального инспектора по Кировской области Аппарата полномочного представителя Президента РФ в ПФО, Департамента здравоохранения Кировской области, Вятской торгово-промышленной палаты, а также медалями ФНПР «100 лет профсоюзам России», МВД России «200 лет МВД России», Федеральной службы государственной статистики «За заслуги в проведении Всероссийской переписи населения 2010 г.» и др.

В июле 2012 г. указом Президента РФ за заслуги в научно-педагогической работе и подготовку высококвалифицированных медицинских кадров присвоено почётное звание «Заслуженный работник высшей школы РФ», в 2017 г. награждён медалью «За заслуги перед отечественным здравоохранением».

И.В.Шешунов внёс существенный вклад в развитие Кировского ГМУ, под его руководством вуз был удостоен высокого статуса – университет.

На всех этапах трудовой деятельности ректору были присущи высокий профессионализм и ответственность, добросовестное отношение к своему делу. Своим неиссякаемым трудолюбием он снижал огромное уважение в коллективе.

Его уход из жизни стал прискорбной датой в истории нашего университета. В памяти администрации вуза, профессорско-преподавательского состава, сотрудников и студентов Игорь Вячеславович навсегда останется светлой личностью, добрым и отзывчивым человеком, верным товарищем и надёжным коллегой, профессионалом своего дела.

Коллектив Кировского ГМУ глубоко скорбит в связи с кончиной Игоря Вячеславовича и выражает искреннее соболезнование семье, родным и близким.



Ситуация

Генетическая диагностика — по закону

В Центральном районном суде Твери состоялось заседание по иску пациентки к Министерству здравоохранения Тверской области о возмещении расходов на проведение преимплантационной генетической диагностики (ПГД).

Предыстория такова: в 2015 г. у женщины родился ребёнок с тяжёлым наследственным заболеванием – врождённым поликистозом почек. Ребёнок умер на второй день после рождения. Проведённое генетическое обследование показало, что пациентка и её супруг являются носителями мутаций, приводящих к развитию аутосомно-рецессивного поликистоза почек.

На ранних сроках беременности данное заболевание у плода не диагностируется. Как правило, диагноз подтверждается с помощью УЗИ на 20-й неделе, после чего женщине рекомендуют прервать беременность или доносить и родить ребёнка, который умрёт сразу после рождения.

Современные технологии генетической диагностики позволяют парам с высоким риском рождения детей с тяжёлым наследственным заболеванием избежать зачатия больного ребёнка. Для этого будущим родителям достаточно пройти процедуру ПГД во время ЭКО. Её смысл заключается в

том, что специалисты исследуют оплодотворённые яйцеклетки и имплантируют женщине эмбрион, не несущий тяжёлого заболевания.

У пациентки из Тверской области был выявлен высокий риск рождения последующих детей с диагнозом «поликистоз почек», в связи с чем врачи-генетики рекомендовали женщине для рождения следующего ребёнка пройти процедуру ЭКО с ПГД.

От Министерства здравоохранения Тверской области в рамках базовой программы ОМС пациентка получила направление только на проведение ЭКО. Процедура ПГД в базовую программу ОМС не входит, поэтому за неё женщина должна была платить самостоятельно. Семья обратилась с запросом в Министерство здравоохранения РФ.

Минздрав России подтвердил возможность проведения ПГД на основании заключения врача-генетика при наследственных заболеваниях в рамках базовой программы ОМС.

По словам лидеров общероссийской программы «Национальная технологическая инициатива», Минздрав дал совершенно правильный ответ о том, что проведение генетической диагностики при наследственных заболеваниях должно быть включено в базовую программу ОМС. Это полностью соответствует статье 51 Закона «Об

основах охраны здоровья граждан в РФ».

После повторного обращения Министерство здравоохранения Тверской области сообщило семье, что в бюджете Тверской области в 2016 г. предусмотрены средства для проведения ПГД на базе областного клинического перинатального центра им. Е.М.Бакуниной. Но оказалось, что в перинатальном центре отсутствуют новейшие технологии геномного анализа, необходимое оборудование и специалисты. Поэтому пациентка обратилась в крупнейший в стране центр генетики, где проведение сложных исследований поставлено на поток, и сделала процедуру за свой счёт. В результате ЭКО с ПГД беременность наступила со второй попытки, и женщина родила здорового малыша в 2017 г.

В исковом заявлении пациентка требует взыскать с Министерства здравоохранения Тверской области понесённые ею расходы на медицинскую помощь в части проведения ПГД, а также компенсацию морального вреда. Пациентка уверена, что данная процедура должна оплачиваться государством и входить в программу ОМС.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Учёба

Операции на высшем уровне

В Алтайской краевой клинической больнице скорой медицинской помощи прошёл научно-практический семинар «Современные интервенционные эндоскопические технологии в лечении патологии панкреатобилиарной зоны» с участием московских гостей: ведущих специалистов по чрескожным пункционным вмешательствам и эндоскопии Московского клинического научного центра им. А.С.Логина и Института хирургии им. А.В.Вишневского. Данные учреждения являются ведущими медицинскими организациями страны в области хирургической гастроэнтерологии.

Обучающий семинар был организован совместно с Алтайским государственным медицинским университетом.

На мероприятии присутствовали главные врачи многих крупных стационаров и поликлиник региона и ряд главных специалистов по хирургическим патологиям Министерства здравоохранения Алтайского края.

Совместная работа в операционной московских и барнаульских врачей демонстрировалась в конференц-зал.

В рамках мероприятия, собравшего более 80 врачей из Алтайского края, Новосибирска и Томска, были проведены 4 операции пациентам с патологией печени и поджелудочной железы. Все вмешательства прошли

на высоком профессиональном уровне с использованием новейших технологий.

В организации и проведении мероприятия приняли участие лечебные учреждения, входящие в состав Алтайского медицинского кластера и краевого диагностического центра.

Присутствующие врачи из Барнаула, Бийска, Рубцовска и других районов Алтайского края по достоинству оценили высокий профессиональный уровень проведения операций и практическую значимость продемонстрированных методик для регионального здравоохранения.

Елена ЛЬБОВА
МИА Сито!

Барнаул.

Заседание рассмотрело реализацию приоритетных проектов по направлению «Здравоохранение» и подготовку изменений в государственную программу «Развитие здравоохранения».

С вступительным словом на этом мероприятии выступил председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. Прежде чем перейти к основной теме встречи, он сообщил, что подписал документ, который совершенствует механизм государственного контроля за деятельностью предпринимателей в сфере обращения медицинских изделий. Теперь участники рынка будут разделены по категориям рисков (значительный, средний, умеренный или низкий), в зависимости от которых устанавливается периодичность плановых проверок. Соответственно, те компании, которые имеют высокие риски, будут проверяться чаще. А те, кто попадёт в категорию «умеренные риски», – реже. Это позволит снизить административную нагрузку на фармацевтический бизнес.

– Современная медицина даёт возможность дольше оставаться здоровым – предупреждать, выявлять и лечить большинство заболеваний, – считает Д.Медведев. – Люди справедливо рассчитывают, что российская медицина будет соответствовать самым высоким мировым стандартам, ждут повышения качества услуг, их доступности и, конечно, профессионализма врачей. Если время приёма пациента врачом нужно увеличить, значит, нужно будет это сделать. Надо упростить процедуру доступа к врачу. При этом недостатки наших поликлиник всем известны. Можно сказать, что они типовые. И нет особой разницы, в каком регионе находится лечебное учреждение, недоработки повторяются. Опыт ряда регионов показал, что за счёт современной организации работы ситуацию можно улучшить в разы. Но предлагаемые изменения сначала необходимо опробовать, тщательно проанализировать результаты. Затем, если потребуются, скорректировать дорожные карты, и только тогда внедрять повсеместно.

Коснулся премьер-министр и вопросов обеспечения проектов и программ деньгами. Финансирование их должно остаться приоритетным.

Четыре главных проекта

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова прокомментировала итоги заседания на брифинге для журналистов.

– Сегодня из 16 направлений приоритетных проектов в области здравоохранения, которые рассматривались несколько месяцев назад, мы оставили 4 наиболее значимых, – заявила министр. – Они были рассмотрены на самых разнообразных площадках – в Правительстве РФ, в Министерстве экономического развития, в Агентстве стратегических инициатив, в Высшей школе экономики, широко – в экспертном сообществе. Из 4 проектов 3 были одобрены на прошедшем заседании уже окончательно, и по одному дана рекомендация провести министерству определённую доработку.

В.Скворцова познакомила журналистов с проектами, поддержанными и утверждёнными на прошедшем заседании. Первый посвящён формированию здорового образа жизни у россиян. Он предусматривает создание условий для того, чтобы можно было вести ЗОЖ. Это предполагает принятие нормативно-правовых актов, ограничивающих возможность потребления алкогольных и табачных продуктов, электронных сигарет и вейпов. Есть специальный блок – программа, которая реализуется вместе с Минсельхозом, Россельхознадзором и Роспотребнадзором, по маркировке продуктов питания на предмет их пользы для здоровья. На первом этапе это будет делаться добровольно, штрих-коды будут наноситься самими производителями.

Большое внимание будет уделяться информационно-коммуникационной кампании, которая должна пройти очень массово.

Вторая программа – внедрение современной, технологичной поликлиники. На территории нашей страны проект «Бережливая поликлиника» был запущен несколько месяцев назад вместе с экспертами «Росатома». Фактически – это образец для взрослых и детских поликлиник. Он прошёл этап пилотного проекта, когда в 3 регионах выбирались по 2 поликлиники (взрослая и детская). На сегодняшний момент к проекту

ризации можно пройти максимум за 2 дня, линейно. Время ожидания приёма сокращается более чем в 3 раза. Совершенно иной становится технология прохождения лабораторных исследований. Кстати, поликлиники, которые уже выполняют требования проекта, показывают при соцопросах резкое увеличение удовлетворённости населения качеством медицинской помощи. Учитывая это, пообещала В.Скворцова, позитивный опыт будет распространяться дальше. В обозримом будущем все поликлиники страны начнут работать по этим стандартам.

товится серьёзный, знаковый и значимый шаг. Поскольку уровень знаний российских врачей должен отвечать самым строгим международным стандартам.

Кроме того, идёт формирование системы непрерывного профессионального образования. Когда не надо куда-то ехать, а можно со своего автоматизированного рабочего места войти на портал непрерывного медицинского образования, выбрать существующие интерактивные модули, пройти обучение, ответить в начале и в конце на тесты с определением коэффициента «выживаемости» знаний.

срока. Хотя очевидно, что причины ошибок могут быть разные. В том числе из-за отсутствия условий для того, чтобы сделать так, как надо. В данном случае это вина главного врача. Сейчас этот момент прорабатывается, он будет учитываться отдельными поправками в законодательство. Если это халатность, когда у врача есть всё под рукой, но почему-то назначения не были сделаны, в этом случае внеочередная аккредитация обязательна.

Министр считает, что удалось достичь уже высокого качества оказания медицинской помощи в лучших федеральных и региональных медицинских учреждениях. В геометрической прогрессии увеличивается количество иностранцев, которые приезжают в Россию получать медицинскую помощь. За первые 5 месяцев – 60 тыс., а в прошлом году за весь год – 20. То есть желающих стало больше в 3 раза! Это касается высокотехнологичной и специализированной медицинской помощи. География медицинского туризма существенно расширилась. В нашу страну на лечение приезжают не только жители государств СНГ, но и пациенты из Германии, Израиля, Великобритании. Причём если раньше иностранцев привлекала в основном отечественная стоматология, услуги которой стоят намного дешевле, чем за рубежом, то сейчас это очень широкий спектр. Можно назвать в этом ряду репродуктивные технологии.

Российские клиники считаются лучшими в предоставлении ЭКО, в том числе с генетическим модифицированием. Женщины, которым не удалось попытаться родить в Германии, Нью-Йорке, приезжают в Москву. Другое дело, что страна у нас огромная. Задача заключается в том, что нельзя допустить «отрыва лучших наших лидерских центров от тела отрасли». В каждом регионе есть свои достижения, нюансы и сложности. Поэтому стоит задача – создать единую систему, с одинаковыми требованиями к качеству и механизмами его контроля.

Реальное организационно-методическое руководство

Четвёртая программа на заседании не рассматривалась. Она была только обозначена, а рассматриваться будет после доработки в конце августа. Речь идёт о формировании вертикально интегрированных профильных систем. То есть национальные федеральные центры должны работать в тесном взаимодействии с профильными клиниками регионов. Для этого выстраивается система телемедицинской связи. Она позволит проводить круглосуточные удалённые консультации, разбирать сложные истории болезни, осуществлять видеоконференции. То есть организационно-методическое руководство профильными подразделениями в регионах должно вестись постоянно. В этом ключе и контроль за состоянием кадровой составляющей.

Национальные центры должны определять потребность системы в профильных специалистах. Исходя из полученных от них данных, Минздрав России будет определяться количеством бюджетных мест по каждой конкретной специальности в ординатуре. Как не раз заявлялось, ежегодно будет идти обновление клинических рекомендаций. Сейчас технологическое развитие ускоряется. Поэтому 5 лет в медицине – это очень много. Врачи должны работать по «живым документам», которые постоянно обновляются, соответственно, и нормативные документы на их основе.

Министр уверена, что в сочетании с блоком контроля качества на местах будет создана эффективно работающая система. Для этого министерству понадобится как минимум 3 года (от 3 до 5 лет), чтобы она работала как гармоничный, слаженный механизм.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Фото пресс-службы
Правительства РФ.

Перспективы

На новую ступень

Президиум Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам утвердил 3 новые программы



Выверенные планы должны дать ощутимый результат

уже подключились 115 поликлиник в 40 регионах страны. До конца года их число будет увеличено до 200. В течение 2018–2019 гг. 2 тыс. поликлиник включатся в проект «Бережливая поликлиника». Таким образом, активное тиражирование накопленного положительного опыта пойдёт по всей стране.

По просьбе журналистов министр подробно рассказала, в чём заключается проект «Бережливая поликлиника». Его старт начинается с того, что на место выезжает медико-технологическая бригада. Она мониторит работу конкретной поликлиники, анализирует, в общем-то, обычные процедуры: запись на приём к врачу, ожидание консультации, сдачу анализов, получение результатов, прохождение диспансеризации и т.д. Выявляются ключевые зоны, которые заставляют людей ждать, неэффективно тратить время. Дальше выбирается одна из эффективных моделей, которые позволяют (в течение 4–5 месяцев) полностью преобразить технологические процессы. В первую очередь – улучшить логику внутри медицинских организаций. В результате существенно упрощается запись на приём к врачу (электронная, через инфомат, колл-центр или при непосредственном визите в «вежливую регистратуру»). Фронт-офис отделён от бэк-офиса, который занимается отдельно принятием телефонных звонков.

Следующий момент: разделены потоки больных и здоровых пациентов, которые пришли для профилактических мероприятий или за какой-то дополнительной информацией. Уточняются функциональные обязанности врача и среднего персонала. Ряд непрофильных функций, которые возложены были на докторов, передаются подготовленному специалисту со средним медицинским образованием. В дальнейшем открываются несколько таких кабинетов. Первый этап диспансе-

Министр подчеркнула, что в первичном звене увеличилось количество врачей. Причём особенно значимо в сельской местности. Более того, удалось снизить коэффициент совместительства. Он в среднем составляет по отрасли – 1,42, а для участковых терапевтов – 1,2, участковых педиатров – 1,1. Это даст возможность в течение 3 ближайших лет полностью устранить дефицит кадров.

Признание дипломов

Третья программа, чрезвычайно важная, посвящена повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала. Она содержит два смысловых блока. Первый – полный переход на допуск к профессиональной деятельности посредством аккредитации, которая проводится по международному стандарту – объективному структурированному клиническому экзамену. По точно такой же методике проверяют знания кандидатов в США и Европе. Как известно, испытание состоит из 3 этапов. Сначала студенты решают тестовые задачи по соответствующему профилю. То есть по механизму, близкому системно к школьному ЕГЭ. Конечно, каждый из них отвечает на вопросы персонального варианта, который отражается в компьютере. При этом ведётся видеомониторинг. Вторая часть – собственно экзамен, оценивающий навыки и умения в соответствии с конкретной специальностью в симуляционно-тренинговых центрах. Третий этап – проверка на клиническое мышление, умение решить ситуационные задачи.

Министр рассказала, что после включения всех медицинских работников в систему аккредитации (1,9 млн человек с высшим и средним специальным образованием) страна перейдёт на взаимное признание, признание дипломов других стран. Об этом есть договорённость с руководством ВОЗ. То есть го-

Таким образом подтвердить, что материал был освоен. Сейчас уже 600 модулей создано для врачей первичного звена. Среди них – важнейшие, полезные, очень хорошо иллюстрированные – на онкозаболеваемость. Любой визит к врачу должен автоматически проходить с точки зрения раннего выявления онкологических заболеваний.

Помимо модулей есть полный перечень программ теоретической подготовки, тренингов в симуляционно-тренинговых центрах и стажировки на рабочих местах. Человек имеет право раз в 5 лет выбрать модули, которые его интересуют, и бесплатно пройти повышение квалификации.

Вопросы реаккредитации

Реаккредитация для людей, которые уже работают в системе, конечно, будет проходить по иному механизму. С учётом портфолио, который предъявит работающий специалист. Будут учитываться кредитные баллы за 5 лет: как он повышал квалификацию, какие новые блоки освоил, насколько хорошо ими овладел. Для хирургов будет учитываться и перечень всех операций, которые им удалось сделать за последнее время. Соответственно будет рассматриваться и портфолио, а сам механизм прохождения аккредитации станет более облегчённым. С другой стороны, активно внедряется система управления качеством медицинской помощи. Когда выявляются конкретные ошибки у врача (нарушение порядка оказания медицинской помощи, несоблюдение критериев качества, нарушение клинических рекомендаций), то у руководства появляются основания (этот момент Минздрав России отрабатывает вместе с Министерством труда) направить такого доктора на внеочередную экстренную аккредитацию. То есть заставить повысить свою квалификацию раньше положенного по нормативным актам

Вряд ли кто посмеет подвергнуть сомнению тот факт, что на скрижалях истории российской и зарубежной офтальмологии имя академика С.Фёдорова, чьё 90-летие весь офтальмологический мир отмечает 8 августа, начертано золотыми буквами. Он – признанный лидер, который без преувеличения достал с неба «звёзды», преодолев земные тернии. Сегодня никто не мыслит прооперировать катаракту без установки искусственного хрусталика. А ведь было время, когда такой хрусталик называли инородным телом, на его имплантацию накладывали строжайший запрет, а «прожектёра» хотели лишить врачебного диплома!

Многогранное разностороннее наследие талантливого микрохирурга-офтальмолога, крупного учёного, необычайно

инициативного руководителя, как сегодня бы сказали, топ-менеджера, наконец, политика, опередившего своё время, – всенародное достояние. В равной степени память об этом незаурядном человеке дорога как пациентам, кому сохранили зрение «фёдоровские» технологии и операции, так и его коллегам по офтальмологическому цеху, кого он на всю жизнь заразил неуёмной любовью к специальности.

Предлагаем вниманию читателей навеянные надвигающимся юбилеем размышления о профессии, минувшем времени и собственной судьбе ряда ведущих специалистов Хабаровского филиала Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России.

филиале за прошлый год состоялось 26 169 операций. А это в два с лишним раза больше от обязательного количества вмешательств, львиная доля которых высокотехнологичные.

На моём столе есть фотография, сделанная в день 70-летия учителя: сидят Святослав Николаевич, его жена Ирэн Ефимовна, а я стою за ними. На обороте подпись: «Географически далёкому, но духовно близкому Витюше от родителей». Понятно, что у меня были родные отец и мать. Вместе с тем чрезвычайно тёплые, близкие отношения сложились и с моим непосредственным руководителем и его супругой, которых я считал своими наставниками по жизни.

того «на крыло», заключалась причина?

Разумеется, нет. Мы действительно географически далеко отстояли от головного учреждения комплекса со всеми вытекающими отсюда проблемами, главная из которых состояла в дефиците кадров. То есть отсутствовало необходимое количество подготовленных к инновационной работе хирургов-офтальмологов, способных тотчас же начать лечебный процесс. Понадобились время, значительные усилия, чтобы птенцы из первого гнезда оперились, иначе говоря, чтобы врачи самого раннего призыва заимели солидный авторитет в профессиональной среде. Они выросли в руководителей тех

Учитель всё видит

Виктор ЕГОРОВ, директор Хабаровского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, заведующий кафедрой офтальмологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ:

– Диагностику и лечение сложной патологии органа зрения с использованием самых современных методов, как сейчас принято говорить – высоких технологий, советские люди в 1980-е годы имели возможность получить только в Москве и Ленинграде. Понятно, что всех страждущих 2 города принять были бессильны. Вереницы очередей на приём к специалистам в столице, на Бескудниковском бульваре, где располагался НИИ, выстраивались быстрее и длиннее, чем в Ленинский Мавзолей. Я тому свидетель.

Судьбоносным для будущей системы МНТК, как рассказывал сам Святослав Николаевич, явился разговор с председателем Совмина СССР Н.Рыжковым. Руководитель Московского НИИ микрохирургии глаза пришёл к Николаю Ивановичу с очередной просьбой, касаемой неотложных нужд института, и неожиданно услышал встречное предложение: дескать, а не могли бы взять на себя создание структуры, которая способна решить проблемы организации офтальмологической помощи? А таковые, он был наслышан, уже изрядно накопились в стране.

Вот это был толчок. Тогда у С.Фёдорова зародилась идея – доставлять передовую офтальмологическую хирургию в отдалённые уголки необъятной родины путём создания межотраслевого комплекса с опорными центрами в ряде городов РСФСР. Такие центры, которые называли филиалами, оснастили дорогостоящим профильным оборудованием.

Когда МНТК находился уже на подъёме, можно было услышать образное сравнение комплекса со слаженным оркестром, который классно исполняет современную музыку, написанную в Москве. Музыка эта – передовые технологии в офтальмологии. До определённого времени шло, как задумывалось: нотный стан заполнялся в Белокаменной, и готовые партитуры, другими словами, новейшие методы диагностики и лечения заболеваний глаза, передавались в 11 филиалов Межотраслевого научно-технического комплек-

Имена и судьбы

Святослав Фёдоров достал с неба звёзды

Накануне 90-го дня рождения офтальмолога его последователи осмысляют заветы учителя. Такие есть и на Дальнем Востоке...



са для исполнения, в высоком качестве и безукоризненности которого сомневаться не приходилось. Но, как говорили древние, всё течёт и ничто не остаётся на месте. Сегодня фёдоровская система оказания офтальмологической помощи, признанная одной из лучших в мире, возшла на следующую ступень развития, когда уже сами филиалы выступают в роли творцов новой музыки. И начинают её тиражировать не только внутри собственной системы, но и среди других организаций офтальмологического профиля «своего» макрорегиона.

Хабаровский филиал – как раз один из тех оплотов воззрений учителя на неперемное движение научно-практической мысли, безостановочность прогресса за сохранение здоровья и красоты глаз человека. В «активе» филиа-

ла за весь период его работы, не считая года нынешнего, – более 420 тыс. выполненных операций, а количество произведённых осмотров превышает 1 млн человек.

Важная историческая подробность: в одном из пунктов Постановления ЦК и Совмина СССР «Об организации межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» от 24.04.1986 в составе одноимённого НИИ, как головной организации, опытного завода и 11 филиалов в городах Ленинграде, Чебоксарах, Краснодаре, Свердловске, Калуге, Волгограде, Новосибирске, Иркутске, Оренбурге, Тамбове и Хабаровске, было записано, что каждый филиал должен выполнять порядка 12 тыс. операций ежегодно. Что мы имеем сегодня? Только в нашем Хабаровском

Святослав Николаевич никогда не говорил, что я – один из его любимых учеников. Но то, что он питал к самому молодому из директоров региональных подразделений своего детища очень добрые чувства, – правда. Да, на момент назначения руководителем Хабаровского филиала мне было 33 года. К слову, к сегодняшнему дню из первого набора директоров филиалов я остался единственным действующим...

«Генеральный» первое время держал на особом контроле развитие самого восточного анклава МНТК, лично всякий раз или через назначенного куратора опытного офтальмолога профессора Э.Егорову вникая в его нужды. Между тем только ли в «нежном возрасте» хабаровского директора и, как кто-то может предположить, в необходимости плотно опекать становление

или иных клинических направлений, защитили кандидатские диссертации. Их приглашают для проведения показательных операций. Они выступают с докладами на научно-практических форумах различного уровня.

Для каждого из воспитанников Святослава Николаевича – а таковыми считают себя все, кто когда-либо работал под его руководством, – живая память о нём точно ярким немеркнущим факелом освещает день настоящий. Что значит живая? А то, что учитель для нас, его учеников, существует. Мы считаем, он видит все наши свершения и промахи. Представим, что он выкроил время проанализировать нашу работу. Остался бы доволен? Я думаю, да. Главный завет С.Фёдорова – сделать высокую офтальмологию доступной – выполняется на Дальнем Востоке абсолютно!

Ну, а содержание второй фёдоровской идеи, которую также претворяем в жизнь, заключается в том, что из «просто» лечебного учреждения Хабаровский филиал перерос в научно-клиническое учреждение, когда наши ведущие специалисты выдают на-гора те или иные научные разработки, а их результаты внедряются в клиническую практику.

Большинство масштабных вопросов решаются не потому, что мы такие «голоастые» и «рукастые». Многие ещё зависят от взгляда власти предрешающих на проблему. Так вот у руководства Хабаровского краевого фонда ОМС, выделившего нам глобальную нишу в территориальной программе госгарантий, он по-государственному широкий. Всячески поддерживает нас и Хабаровский краевой Минздрав, хорошо понимая, что мы делаем важное дело во благо сохранения здоровья жителей дальней России.

(Окончание на стр. 6-7)

(Окончание. Начало на стр. 5.)

**Ведомый мечтой
о счастье других**

Олег КОЛЕНКО, заместитель директора по медицинской части, доцент кафедр офтальмологии Института повышения квалификации специалистов здравоохранения Хабаровского края, кандидат медицинских наук:



– Святославу Николаевичу принадлежит фраза: «Я не могу быть счастлив в одиночку». Она очень идеологизирована, точно отражает мировосприятие нашего учителя и потому размещена под его барельефом у входа в здание Хабаровского филиала МНТК. Всю свою яркую жизнь он только и делал, что тиражировал счастье, стремился сделать жизнь соотечественников легче, радостней, здоровее.

Вспомните тотальный дефицит на всё и вся в эпоху развитого социализма или в годы «горбачёвской» перестройки. Я начинал врачебную деятельность в офтальмологическом отделении 10-й ГКБ. Сейчас никто не поверит, что дневной медперсонал оставлял на ночь иголку с короткой ниточкой на случай, если поступит ребёнок. На пару швов достаточно. А взрослому ни иголки, ни нитки уже не хватало.

С.Фёдоров создал в МНТК помимо филиалов, разбросанных по всей стране, и экспериментальное производство искусственных хрусталиков. С московского конвейера сходили также хирургический инструментариум, шовный материал. Разрабатывались медикаменты, какие-то из них находятся в применении до сих пор.

Ведомый мечтой о всеобщем счастье, Святослав Николаевич не случайно с головой окунулся в политику. Создал Партию самоуправления трудящихся, избирался народным депутатом СССР, депутатом Госдумы, баллотировался на пост президента страны. Я возглавлял Хабаровское отделение его партии, а потом, когда он получил думский мандат, стал его помощником. Неоднократно встречаясь с ним лично, всегда видел перед собой трезвомыслящего и прагматически настроенного человека. Не думаю, что он питал малейшие иллюзии о президентстве. Однако всё же стал кандидатом на пост главы государства, чтобы расшевелить сограждан новыми идеями, зарядить их свободомыслием, лишней раз напомнить, что они сами в ответе за свою судьбу.

В те годы многие власть имущие как поступали? Хапали, «прихватизировали» народное добро. Поэтому некоторые до сих пор полагают, что МНТК «Микрохирургия глаза» – частная структура. Ничего подобного, это бюджетная организация. Она не была приватизирована, хотя прекрасно умела зарабатывать

Имена и судьбы

Святослав Фёдоров

деньги. А они всегда шли не в карман, а во благо здоровья людей. Взять рефракционную хирургию, она 100% платная. Но надо знать, что на заработанные клиникой средства покупается оборудование, которое поможет бороться с глаукомой, катарактой, станет подспорьем в лечении ретинопатии недоношенных.

Если говорить о бизнесе, то в понимании россиянина это зарабатывание денежных знаков. Между тем в Хабаровском филиале количество платных операций каждый год неуклонно снижается, а объём помощи, которую оплачивают ТФОМС и федеральный бюджет (высоко-технологичные операции мы выполняем по квотам), увеличивается.

Дальневосточники со средстами едут достаточно часто «за здоровьем» в другие российские регионы и за рубеж. Но если вести речь про офтальмологическую помощь, то я не знаю таких людей. Потому что весь её спектр можно получить у нас.

**Сразу фанфары
не запели...**

Юрий ДЬЯЧЕНКО, заведующий операционным блоком:



– Накануне «парадного шествия» в нашей стране и за рубежом фактоэмульсификации катаракты генеральный директор громадного холдинга Святослав Фёдоров уже зарекомендовал себя как высокоэффективный менеджер. Кажется, ну зачем ему осваивать новую целину, переезжать из города в город, чтобы провести показательную операцию? Почивай на лаврах! Но в том-то всё и дело, что он до конца жизни оставался хирургом до мозга костей...

Мне, как и моему учителю, доставляет огромное удовольствие оперировать. Это мой смысл жизни в некотором роде. К счастью, мне отдано на «откуп» то, что наиболее востребовано. Прежде всего – хирургия катаракты через маленькие разрезы с помощью фактоэмульсификатора. Когда мы начинали, эти разрезы составляли 3,0 мм, а сейчас считается обычным размер 1,8 мм. Непосвящённому человеку кажется, что цифры малы, на самом деле это просто революционное достижение. Благодаря ему укорачиваются сроки реабилитации, улучшается качество жизни больных. По названным критериям мы ни капли не отстаём от офтальмологических клиник самых развитых стран. Причём используем такие

же современные линзы, которые применяются во всём мире.

Мне повезло стать первым, кто произвёл 21 год назад фактоэмульсификацию катаракты в Хабаровске. Но ощущения «полёта Гагарина» не появилось, поскольку освоение технологии давалось очень непросто. Офтальмологический «космос» не торопился сразу раскрывать первопроходцам объятия... Прежде я съездил на неделю в Москву, где набивал руку на свинных глазах. Общее количество часов, которые провёл за учебным фактоэмульсификатором, получилось мизерным, однако пользы тренировки принесли много. При том, что свиной глаз сильно отличается от человеческого.

Хорошо помню, что накануне своей первой операции в Хабаровском филиале я сильно волновался, но не подавал виду: вот-вот «торжественно фанфары запоют, и засверкает медь на ярком солнце». Эйфория ушла сразу, по прошествии нескольких минут, проведённых за хирургическим столом. Я точно помню, что операция прошла без осложнений. Вместе с тем длилась она больше часа, а не 15 минут, как предполагал. Я просмотрел не один учебный видеофильм, но когда первый раз оперировал, то не оставляло тягостное чувство: многое идёт вразрез с планом, выстроенным в твоей голове. То ли глаза пациента чересчур «мягкий», то ли аппаратура другая...

Фактоэмульсификатор, по правде сказать, в Хабаровск поставили не самый лучший, а по остаточному принципу. Самые новые приборы на Дальний Восток не доехали. Фактоэмульсификатор, как известно, представляет собой источник ультразвука, который дробит хрусталик. Но мало того, что надо разбивать хрусталик, в камере должно поддерживаться специальное давление, что достигается с помощью «чувствующих» его специальных сенсоров. В нашей стране аппарат для микрохирургического лечения катаракты создали давно, только вот сенсоры в нём отсутствовали. Он дробил хрусталик, но камеру поддерживать не мог. В отличие от итальянского прибора, который мы централизованно получили и с применением которого первое время производились вмешательства. Конечно, конструкция того фактоэмульсификатора была несовершенна в нынешнем понимании его функций.

Выполнив первую ультразвуковую фактоэмульсификацию катаракты, я обрёл полную уверенность не ранее чем через 3 года. Сегодня хирурги осваивают эту технологию примерно за 6 месяцев. В Хабаровском филиале в течение года их проводится около 8 тыс.

Имеющийся сейчас в распоряжении молодых коллег «опыт, сын ошибок трудных» накапливался по крупицам. Не менее, а скорее более моего привнёс в развитие фактоэмульсификации катаракты на Дальнем Востоке нынешний заведующий 1-м хирургическим отделением нашего филиала Алексей Васильев. В Краснодарском филиале МНТК он однажды услышал доклад

японского офтальмохирурга, который использовал крючок при делении хрусталика на фрагменты, и по возвращении убеждённо заявил: «А ты знаешь, крючок-то будет лучше шпателя и вилки!». В самом деле, стандартными инструментами помутневшая анатомическая структура переднего отрезка глаза, подлежащая удалению, поддавалась делению плохо. Мы обратились к своим медтехникам, те, используя какой-то поломанный инструмент, взяли его часть, загнули на спиртовке, и я тут же попробовал готовый крючок в деле. Самодельный крючок – а заводской мы тогда ещё не успели купить – позволил нам раскалывать хрусталик пополам и дробить на сегменты. Состоялся прорыв!..

Силиконовое спасение

Александр ХУДЯКОВ, заведующий отделением витреоретинальной хирургии, отличник здравоохранения:



– Я по окончании Хабаровского мединститута практически 30 лет здесь работаю. Когда на 6-м курсе проходил офтальмологию, точно знал, что приду сюда. Был колоссальный отбор, и каким-то образом я попал в поле зрения Виктора Васильевича Егорова. На примере нашего отделения можно судить о становлении витреоретинальной хирургии в России, ибо до того как она появилась в системе филиалов, существовала в двух точках Москвы – «Фёдоровском» институте, Академии наук и более нигде в СССР.

Витреоретинальная хирургия от своих зачатков три десятилетия назад выросла в отдельную и перспективную ветвь хирургической офтальмологии исключительно благодаря системе МНТК. Она же не получила такого развития в других глазных клиниках и центрах страны, разве что в последние лет пять. Потому что содержание этого направления стоит очень недёшево. Потому что комбинированное вмешательство на сетчатке и стекловидном теле подразумевает наличие большого дорогостоящего оборудования. Потому что не приносит напрямую прибыли, доходов и других дивидендов.

Витреоретинальная хирургия – обширная и сложная область, нужно многое знать и уметь. Несколько лет назад мне пришлось заниматься глазами двух молодых братьев из Амурской области, одного из них в здание нашего филиала внесли на носилках. Произошла какая-то криминальная история,

взорвалась граната. Младший брат отделался травмой одного глаза, а у старшего, помимо переломов конечностей и абдоминальных проблем, с которыми общие хирурги успешно справились, были поражены оба глаза. Ситуация серьёзной некуда: проникающее ранение, отслойка сетчатки, гемофтальм, казалось бы, полная потеря зрительных функций. Выполняя архитрудную задачу «собрать» глаза практически из ничего, провели серию операций. Труднотная работа растянулась на несколько месяцев, но результат превзошёл ожидания. Оба видят сегодня действительно хорошо. В особенности я радовался за старшего из братьев, которому угрожала полная слепота.

В нынешнем, как и в прошлом году, Хабаровский филиал находится в первых рядах по количеству выполняемых витреоретинальных вмешательств среди остальных филиалов МНТК. Когда мы начинали, то довольствовались двумя десятками операций в год. А сейчас проводим 3 тыс.! Это наше место в «табели о рангах» ценно не только само по себе, если вспомнить, что по плотности своих жителей Дальний Восток значительно уступает другим регионам. Ещё о приоритетах. Мы занимаемся ретинопатией недоношенных 4-5-й стадий. Кроме наших специалистов, далеко зашедшую патологию в системе берутся оперировать только Калужский и Чебоксарский филиалы.

В лечении гнойных эндофтальмитов у нас есть собственные наработки. Первыми в стране в 1999 г. мы применили силиконовую тампонаду. Стандартная хирургия предполагает удаление из глаза гнойного очага и введение антибиотика. Статистика тех лет показывала, что эффективность этой методики весьма невысока, так как часто возникали рецидивы и зачастую глаз погибал. По нашей же технологии очищенная от гноя полость глаза заполняется силиконовым маслом, обладающим антисептическим действием. Таким образом, исчезает среда, в которой могут размножаться микроорганизмы. Эффект достигается поразительный! Уже на следующий день радикально меняется клиническая картина.

Вскоре наш хабаровский способ лечения гнойных эндофтальмитов взяли на вооружение и другие филиалы. Применяется он и по сию пору. Силиконовое масло стало спасением для сотен глаз. Более того, их удалось сохранить для полноценного зрения.

**Я – из первой
генерации!**

Игорь ДУТЧИН, заведующий отделением рефракционной хирургии, кандидат медицинских наук, отличник здравоохранения:

– Вся моя жизнь и моё возмужание как специалиста прошли в этих стенах. Самое яркое впечатление связано с обучением в Москве, где состоялась встреча с нашим учителем Святославом Фёдоровым. Как же она всколыхнула мои мозги! Да и не только мои: я находился среди 7 юных

достал с неба звёзды



С.Фёдоров оперирует в только что открывшемся Хабаровском филиале своего МНТК (1988)



врачей-интернов 10-й городской клинической больницы, которые в 1988 г. приехали в качестве слушателей тематических циклов МНТК «Микрохирургия глаза». Один из циклов был посвящён радиальной кератотомии – первому на то время методу наружной микрохирургической коррекции зрения, созданному для массового применения. У истоков его разработки стоял Святослав Николаевич.

В том же 1988 г. открылся филиал МНТК в Хабаровске. Это событие и последующие 2 месяца учёбы в Москве сильно повлияли на моё и моих со товарищей целеустремления. Я всегда гордился тем счастливым обстоятельством, что оказался в первой генерации врачей Хабаровского филиала, работающих там со дня открытия. Бесспорно, что инновационные технологии, рождённые в корпоративной системе МНТК выдающимся талантом С.Фёдорова и его помощников, задали стремительный взлёт не только отечественной офтальмологии. Но также бесспорно и то, что процесс их внедрения никогда не был лёгким и простым. Я припоминаю случай, который, как мне кажется, хорошо иллюстрирует как это наблюдение, так и широкие возможности нашей

медицинской специальности в последние годы.

Итак, ситуация была до боли знакомая. Один глаз 60-летнего пациента прооперировали по поводу двусторонней катаракты, используя традиционную технологию. Экстракапсулярную экстракцию выполнили через большой разрез, превышавший 6 мм. Поставили интраокулярную линзу. Коррекция не понадобилась, зрение восстановилось почти на 100%. Пациент выражал полное удовольствие. А через 5 лет подошла очередь второго глаза. И левый глаз уже оперировался по щадящей технологии путём маленького разреза. Спустя полгода после фактоэмульсификации с имплантацией ИОЛ обнаружилось осложнение со стороны роговицы глаза, которое закончилось бельмом роговицы. Пришлось выполнить послойную пересадку передней оболочки глаза дополнительно, чтобы получить визуальный результат. После пересадки роговица прижилась. Но образовался высокий послеоперационный астигматизм, и он свёл все затраченные усилия практически на нет. Коррекцию по его устранению проводили опять-таки с использованием новой технологии. Полученный нами результат был сопоставим с превосходным результатом хирургического лечения правого глаза.

Жизнь устроена так, что наступает время, и мы начинаем понемногу отталкиваться от наших старых знаний к новым. В 2000 г. состоялось решение о создании отделов рефракционной хирургии в филиалах комплекса. Предшествовало ему приобретение для всех филиалов волевым решением Святослава Николаевича эксимер-лазерных установок российского производства «Профиль-500» с целью проведения фоторефрактивной кератэктомии. Уникальность

отечественной технологии заключалась в том, что она не требовала предоперационной дезэпителизации роговицы. В Хабаровском филиале МНТК новый отдел было поручено возглавить мне. С того момента в круг моих компетенций вошло всё, что связано с операциями по коррекции зрения.

Эволюцию лазерного лечения аномалий рефракции не останавливать. В последующие годы мы внедряли методики LASIK, Femto-LASIK. Сегодня широко применяется технология SMILE...

Специфика моего подразделения состоит в том, что мы оперируем абсолютной зрячей пациентов. У этих людей в очках, которые хотят освободиться от «костылей для глаз», 100-процентное зрение. А это значит, у меня и моих коллег нет права на ошибку.

Пустыня ожила...

Евгений СОРОКИН, заместитель директора по научной работе, заведующий кафедрой офтальмологии Дальневосточного государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ:

– Наш учитель С.Фёдоров изначально замыслил создание научного отдела в каждом из филиалов системы МНТК. Ведь МНТК – не просто больница, а научный комплекс. Мне, тогда кандидату медицинских наук, было предложено создать научный отдел в Хабаровском филиале. Развитие науки, как полагал Святослав Николаевич, должно помогать практике, то есть улучшать качество диагностики и лечения заболеваний глаза.

Приведу конкретный пример, как рождалось самое первое наше исследование, когда научного отдела ещё не суще-



ствовало. Автором дебюта стал О.Коленко. Мы работали с ним в отделе лазерной хирургии, который я возглавлял четверть века назад. В те далёкие годы был абсолютно другой контингент пациентов. Это была преимущественно молодёжь, которая шла на хирургическое исправление близорукости. Лазерный хирург осматривал глазное дно пациентов. И если выявлял какие-либо патологические очаги, проводил им лазерную коагуляцию во избежание отслойки сетчатки.

Периодически офтальмологи и акушеры присылали к нам беременных, чтобы мы решили: можно им рожать естественным путём или всё же исключить потуги для устранения риска отслойки сетчатки? Но какими критериями руководствоваться перед тем, как вынести вердикт? Вначале об этом задумался я, потом подключил Олега Владимировича. Вместе мы изучили специальную литературу. Оказалось, что критерий был тогда очень неопределённым: близорукость высокой степени. Хотя нам было понятно, что сама по себе близорукость не вызывает отслойку, но ведь на её фоне могут сформироваться патологические очаги на сетчатке. Тогда мы сформулировали себе цель

исследования: конкретизировать офтальмологические показания для серьёзной акушерской операции – кесарева сечения. Поиск решения вполне мог явиться темой кандидатской диссертации. Я предложил разрабатывать эту интересную тему ещё не «остепененному» более молодому коллеге О.Коленко.

Признаюсь, поначалу мне было страшно. Когда какой-либо вопрос досконально не знаешь, кажется, что он так хорошо изучен, что там учёные уже все нюансы исследовали так подробно, как будто эту проблему катком переехали! Ну что мы такого сможем открыть? С другой стороны, меня подстёгивала явная размытость показаний к кесареву сечению – очевидная актуальность проблемы. В Советском Союзе количество кесаревых сечений просто зашкаливало.

Я заразил своей отвагой Олега Владимировича. Для начала мы исследовали состояние глазного дна у 600 студенток хабаровских вузов, молодых небеременных женщин. Периферические дистрофии сетчатки глаз были выявлены у 18%, причём примерно у 9% девушек они создавали повышенный риск отслойки сетчатки. После углублённых научных исследований нам удалось конкретизировать офтальмологические показания к исключению естественных потуг к кесареву сечению. Это и стало главной ценностью научной работы О.Коленко. О ней лестно отзывался присутствовавший на защите в Москве Святослав Фёдоров.

Результатом диссертации явилось снижение числа кесаревых сечений только в Хабаровском крае в 5 раз! Местные акушеры высоко оценили результаты нашего исследования, поскольку оно имело высокую практическую значимость. Всё-таки разрез на матке – далеко небезобидная операция как для мамы, так и плода. Интересный факт: до защиты диссертации О.Коленко эту тему можно было сравнивать с пустыней. А вот сразу после успешной её защиты «пустыня» ожила – в офтальмологических научных журналах посыпался целый вал подобных работ. Итогом этого явилась утверждённая Минздравом России существенная конкретизация, то есть сужение офтальмологических показаний к кесареву сечению.

За годы деятельности научного отдела в Хабаровском филиале успешно защитили кандидатские диссертации 14 офтальмологов, тематика каждого из них также имеет практическое значение, результаты их наработок применяются как в нашем филиале, так и в других офтальмологических клиниках РФ. На различных этапах подготовки к защите диссертаций находятся ещё 7 офтальмологов, в клинику приходят молодые врачи, которые также начинают углублённо заниматься научной тематикой под руководством опытных наставников.

Таким образом, мы свято выполняем заветы учителя – С.Фёдорова, формируем собственную, дальневосточную научную офтальмологическую школу, являющуюся составной частью научной школы нашей МНТКовии.

Владимир КЛЫШНИКОВ, спец. корр. «МГ».

Хабаровск.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 54 (2084)

(Продолжение. Начало в № 53 от 21.07.2017.)

Лечение

Показания к госпитализации абсолютные при некупирующемся психомоторном возбуждении, ступоре, выраженных депрессивных реакциях с суицидальными тенденциями.

Мероприятия на догоспитальном этапе

Прежде всего больного следует успокоить, проявить сочувствие, активно выслушать. Необходимо по возможности прояснить психотравмирующие события с целью уменьшения эмоционального напряжения пациента и оказания помощи в восстановлении способности к рациональному мышлению. При гиперкинетических реакциях показана медикаментозная терапия.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Диазепам – при в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора)

или
феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5-1 мл 0,1%-ного раствора).

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Проводятся мероприятия, изложенные в разделах: «Психомоторное возбуждение», «Ступор».

Панические расстройства (эпизодическая пароксизмальная тревога).

К этим расстройствам относятся рекуррентные панические атаки, не связанные со специфическими ситуациями или предметами, а часто случающиеся спонтанно (эти эпизоды непредсказуемы). Панические атаки не связаны с проявлениями опасности или угрозы для жизни. В большинстве случаев они наблюдаются в отсутствие явных причин или клинических признаков иного заболевания. В их происхождении определённую роль играют повторяющиеся стрессы, психологические конфликты, а также биологические механизмы. Доказано существование наследственной предрасположенности, обусловленной снижением порога возбуждения норадренергических и серотонинергических ядер ствола мозга, нарушением нейромедиаторных процессов в лимбической системе, а также недостаточностью периферических вегетативных структур.

Клиническая картина

Приступ начинается с ощущения дурноты. Затем возникает ощущение «удара, «толчка» в области сердца. Иногда больные ощущают, что «сердцебиения распространяются по всему телу». Нередки ощущения «провалов», «перебоев», «замирания» или «остановки сердца». К другим симптомам относятся удушье, потливость, приливы жара и холода, озноб, дискомфорт в левой половине грудной клетки, головокружение, страх смерти, внутреннее напряжение, учащённое мочеиспускание, тошнота, парестезии, ком в горле. К психическим симптомам относятся дереализация и страх сойти с ума.

Дифференциальная диагностика

- Эпилепсия
- Гипоталамическая дисфункция
- Вестибулярные расстройства
- Синдром апноэ во сне
- Патология щитовидной железы
- Феохромоцитома
- Артериальная гипертензия
- Пропалс митрального клапана
- Тревожные расстройства
- Шизофрения
- Депрессия
- Истерия.

Вопросы позвонившему:

1. Наблюдались ли приступы в прошлом?
2. Возникали ли приступы спонтанно, неожиданно, внезапно?
3. Возникали ли приступы во время ожидания неприятной ситуации? («страх страха»).
4. Возникали ли приступы во время психотравмирующей ситуации или при поездке в метро или в лифте?
5. Предшествовали ли приступу биологические причины: инфекции, интоксикации, приём гормональных средств, приём алкоголя или наркотиков?

Советы позвонившему:

Самыми частыми мыслями при панических атаках являются: «я боюсь потерять контроль», «боюсь сойти с ума», «у меня начинается инфаркт». Необходимо по возможности успокоить и разубедить больного.

Действия на вызове Диагностика

К диагностическим критериям панического расстройства относятся пароксизмальность развития резко выраженной тревоги, полисистемность вегетативных симптомов, отдельные симптомы дереализации (ощущение, что «предметы нереальны», «собственное Я отделилось»).

Осмотр

Необходимо наряду с опросом провести физическое обследование больного, обращая внимание на сердцебиение, АД, учащённый пульс, потливость, озноб, тремор.

Лечение

Показания к госпитализации. Если паническую атаку удаётся купировать, больной в госпитализации не нуждается.

Оказание скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Клинические рекомендации

Мероприятия на догоспитальном этапе

Прежде всего больного следует успокоить, убедить в правильности диагноза и разъяснить, что его симптоматика не является следствием нераспознанного тяжёлого соматического заболевания.

Способ применения и дозы лекарственных средств

Диазепам – при в/в и в/м введении средняя разовая доза для взрослых – 10 мг (2 мл 0,5%-ного раствора)

или
феназепам – при в/в или в/м введении – начальная доза для взрослых – 0,5-1 мг (0,5–1 мл 0,1%-ного раствора).

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Если паническая атака не купируется введением феназепама или диазепама, больному назначаются алпрозолам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 1,5 мг, внутрь; или лоразепам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 2 мг, внутрь; или клоназепам в разовой дозе 0,5 мг, в суточной 10 мг, внутрь; или гидроксизин в разовой дозе 25 мг, в суточной 100 мг, внутрь или внутримышечно.

Абстинентный синдром (синдром отмены)

Алкогольный абстинентный синдром

Алкогольный абстинентный синдром (ААС) – это комплекс вегетативных, соматоневрологических, психопатологических нарушений, возникающий у больных алкоголизмом вслед за прекращением (через 6-48 часов) или резким сокращением количества употребляемого алкогольного напитка. Скорая медицинская помощь может потребоваться в случае тяжёлого алкогольного абстинентного синдрома, наблюдаемого после многодневного массивного алкогольного эксцесса (запой).

Клиническая картина

Тяжёлый абстинентный синдром проявляется сильным влечением к алкоголю, резко сниженным настроением, идеями виновности и отношения, тревогой с параноидной настроенностью, страхами, эпизодическими иллюзиями или галлюцинациями, двигательным беспокойством, диссомнией, головокружением, гиперактузией, генерализованным тремором, гипергидрозом, тахикардией, тошнотой, рвотой. Возможны эпилептиформные припадки. На фоне соматической патологии (черепно-мозговая травма, сахарный диабет, язвенная болезнь, панкреатит, гепатит, инфекционное заболевание или острый воспалительный процесс любой локализации, острая и хроническая почечная недостаточность и др.) при тяжёлом ААС высока вероятность развития алкогольного делирия.

Дифференциальная диагностика

Следует отличать ААС от постинтоксикационного состояния, которое может отмечаться у людей, не страдающих алкоголизмом, на следующий день после

массивной алкоголизации. Соматовегетативные проявления у обоих синдромов сходны. Базовым отличием будет отсутствие влечения к алкоголю у лиц, не имеющих алкогольной зависимости, а также усиление интоксикационных проявлений в случае приёма алкоголя. При ААС приём алкоголя уменьшает соматовегетативные проявления и улучшает психическое состояние.

Вопросы позвонившему. Уточнить характер употребления алкогольных напитков, наличие в анамнезе алкогольных психозов и судорожных припадков.

Советы позвонившему. Не оставлять больного без присмотра.

Действия на вызове Диагностика

Диагноз выставляют на основании развития специфических симптомов у больных алкоголизмом после прекращения приёма алкоголя. Важный симптом ААС – это стремление опохмелиться.

Осмотр

Оценка клинических данных (время, прошедшее после последнего приёма алкоголя; наличие у больного тревоги, желания опохмелиться, диссомнических расстройств, тремора пальцев рук, век, языка и головы,

двукратным повторным введением через 30-40 минут.

При психомоторном возбуждении, выраженной тревоге: дроперидол 2,5%-ный раствор по 1-4 мл внутримышечно, галоперидол 0,5%-ный раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Часто совершаемые ошибки

- Введение фуросемида без восполнения объёма циркулирующей крови 0,9%-ным раствором хлорида натрия и препаратами калия опасно развитием дегидратации, гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза

- Назначение лекарственных средств с антихолинэргическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенидил (циклодол), биперидин (акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий

- Назначение нейролептиков из группы фенотиазиновых производных (хлорпромазин) может привести к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушениям работы печени

- Назначение сердечных гликозидов может вызвать угрожающую брадикардию,

фибрилляцию предсердий, желудочковую экстрасистолию

- Быстрое внутривенное введение натрия хлорида провоцирует центральные нарушения, связанные с демиелинизацией нервных волокон

- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепама или феназепама опасно развитием нарушения дыхания.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе

Обследование. Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, белковые фракции, липиды, билирубин, печёночные ферменты; ЭКГ, рентгенокопия грудной клетки. Консультации терапевта, невропатолога.

Лекарственные назначения:

- Внутривенная инфузия физиологического раствора или сбалансированных полиионных растворов – 400-500 мл, 5-10%-ного раствора глюкозы 400 мл внутривенно капельно

- Витамин В₁ (тиамин хлорид 5%-ный – 5 мл внутримышечно)

- Витамин В₆ (пиридоксин 5%-ный – 5 мл внутримышечно)

- Магния сульфат 25%-ный – 20-30 мл внутривенно в разведении на 400-500 мл

- 5-10%-ного раствора глюкозы

- Натрия тиосульфат 30%-ный 10-20 мл внутривенно 2 раза в сутки

- Фуросемид 1 мг/кг веса, внутривенно, по показаниям

- 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

- Карбамазепин 200-400 мг внутрь, два раза в день

- Нейролептики (для купирования психомоторного возбуждения): дроперидол 2,5%-ный раствор – 1-4 мл, внутримышечно; галоперидол 0,5%-ный раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Алкогольные психозы

Алкогольные (металкогольные) психозы по течению разделяют на острые, затяжные и хронические, а также по преобладанию в клинической картине психопатологических синдромов: делириозного, галлюцинаторного, параноидного, бредового и др. Острые психозы развиваются в состоянии абстиненции. Манифестируют, как правило, в вечерне-ночное время, наиболее часто возникают после тяжёлых и длительных запоев, при употреблении суррогатов алкоголя, на фоне декомпенсированной соматической патологии и у лицностей с признаками органического поражения головного мозга.

Существенной особенностью острых алкогольных психозов является своеобразный полиморфизм клинических проявлений, не характерный для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и т.д. При острых психозах важно учитывать и тяжесть состояния, так как делирий или другой психоз может протекать с отёком головного мозга и нарушением функций жизненно важных органов и систем. Острые алкогольные психозы на фоне современной терапии продолжают до 10 суток.

Затяжные (протрагированные) и хронические психозы также могут иметь острое начало, но возможно постепенное формирование и нарастание симптоматики. Считается, что затяжные психозы продолжают до полугода. Хронические алкогольные психозы, как правило, протекают на фоне глубоких изменений личности по органическому типу, могут продолжаться неопределённо длительное время и полностью инвалидизировать больного. В практическом отношении представляется удобной следующая классификация алкогольных (металкогольных) психозов:

- Алкогольные делирии (абортивный, типичный, мусситирующий, атипичный: систематизированный, с вербальным псевдогаллюцинозом, с транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами; острое течение)
- Алкогольные галлюцинозы (вербальный галлюциноз, галлюциноз с чувственным бредом, галлюциноз с психическими автоматизмами; острый, затяжной и хронический типы течения)
- Алкогольные бредовые психозы (алкогольный параноид, алкогольный бред ревности; острый, затяжной и хронический типы течения)
- Алкогольные энцефалопатии (острая энцефалопатия, хроническая энцефалопатия, энцефалопатия Гайе – Вернике, алкогольный псевдопаралич).

Алкогольный делирий манифестирует с выраженной тревогой и стойкой бессонницей, на фоне которых появляются парейдолические иллюзии. Иллюзорное восприятие окружающей обстановки быстро сменяется зрительными и вербальными галлюцинациями. Характерны кратковременные транзиторные состояния помрачения сознания с нарушением ориентировки, которые больные описывают как «провалы», «забытьё», «кошмары» (абортивный делирий). Симптоматика сохраняется «мерцающей» от нескольких часов до суток, после чего галлюциноз становится статичным состоянием. Галлюцинации носят угрожающий характер, поведение определяется их содержанием. Постепенно галлюциноз усложняется, становится сценopodobным.

Одновременно нарастает оглушение. Теряется ориентировка в месте и времени, но сохраняются в собственной личности (типичный делирий). Характерны переживания бытового и профессионального плана. Нарастание признаков помрачения сознания сопровождается уменьшением двигательной и речевой продукции, активность больного ограничивается постелью. Он становится безучастным к окружающей обстановке, перебирает одеяло, что-то неразборчиво бормочет, не узнаёт близких (мусситирующий делирий). Повышается температура тела, резко снижается диурез, падает артериальное давление. Без лечения это состояние имеет неблагоприятный прогноз для жизни. Алкогольный делирий может иметь включения из симптомокомплексов других психопатологических регистров (атипичный делирий). Абортивный делирий отличается кратковременностью, своеобразной пароксизмальностью проявлений, с характерным разрешением психотических эпизодов после непродолжительного сна. Абортивный делирий может повторяться в течение суток или трансформироваться в типичный.

Алкогольный галлюциноз – психоз с преобладанием слуховых, вербальных галлюцинаций, бреда и аффективных тревожных расстройств. Острые тяжёлые алкогольные галлюцинозы по клиническим проявлениям приближаются к делирию. Так, на высоте психоза может развиваться галлюцинаторная спутанность, близкая по клиническим проявлениям к помрачению сознания. Однако абсолютное большинство алкогольных галлюцинозов протекает при ясном сознании.

Острые алкогольные галлюцинозы манифестируют с актозом и фоном на фоне бессонницы. Они сопровождаются тревогой, двигательным беспокойством, аффектом недоумения. Эти явления могут исчезнуть критически после глубокого сна. Одновременно ослабевают и аффективные

расстройства. В случаях дальнейшего развития психоза появляются множественные вербальные псевдогаллюцинации с бредом отношения, воздействия, обвинения, преследования или физического уничтожения. Характерны приступы страха и паники. Затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы характеризуются стойким вербальным псевдогаллюцинозом с присоединением выраженных депрессивных и бредовых расстройств.

Алкогольный параноид проявляется чувственным бредом, тревожно-депрессивным аффектом и сенсорными расстройствами. Для острого алкогольного параноида наряду с бредовой трактовкой окружающего характерно иллюзорное восприятие. Больные в разговорах слышат в свой адрес угрозу, издевательства, видят в бытовых предметах орудия убийства и т.д. Преобладает аффект страха. В отношении мнимых преследователей могут совершаться агрессивные поступки. При затяжном параноиде исчезает иллюзорный компонент бреда, наблюдается его некоторая систематизация. Поведение становится более упорядоченным, но больные остаются замкнутыми, подозрительными. Настроение сохраняется тревожным, угрюмо-злобным. Постепенно интенсивность переживаний ослабевает. Относительно длительное время сохраняется резидуальный бред.

Алкогольный бред ревности (алкогольная параноя) – это психоз, преимущественно с затяжным и хроническим типом течения, с преобладанием первичного систематизированного бреда. Встречается, как правило, у мужчин с психопатическими паранойальными чертами характера.

Бред монотематический, развивается постепенно. Формированию бредового синдрома часто предшествуют реальные негативные изменения в семейных отношениях, связанные с характерологическими особенностями и алкоголизацией больного. Напряжённые семейные отношения становятся фабулой сверхценных переживаний. Сначала бредовые высказывания появляются только в состоянии опьянения или похмелья. Содержание бреда нередко сохраняет правдоподобную фабулу. Однако со временем круг событий, получающих бредовую трактовку, расширяется, а поведение приобретает специфические бредовые черты. На этом фоне возможны агрессивные и аутоагрессивные действия. Бред ревности может диссимулироваться. На фоне лечения он сменяется стойким резидуальным бредом.

Острые энцефалопатии наблюдаются при массивной алкоголизации в III стадии алкоголизма или при интоксикации сурратами алкоголя и техническими жидкостями (метилловый спирт, этиленгликоль, дихлорэтан и др.). Для этих состояний характерны помрачение сознания вплоть до амении, делирий и грубые неврологические нарушения. Проявления острой энцефалопатии отчасти обратимы.

Энцефалопатия Гайе – Вернике – это геморрагическая энцефалопатия или верхний полиэнцефалит с подострым течением. Прогресс продолжается до месяцев, проявляется выраженной астенизацией и нарастанием дистрофических расстройств. На этом фоне остро развивается мусситирующий делирий. Состояние быстро ухудшается, повышается температура тела, появляются кататоноподобные явления, аментивная спутанность. Прогноз для жизни неблагоприятный.

Хроническая энцефалопатия является исходом алкоголизма. В клинической картине наряду с деменцией могут наблюдаться полиневриты, поражения мозжечка и мозлистого тела, корсаковский синдром (фиксационная, ретро- и антероградная амнезия, конфабуляции, эйфория) и другие расстройства.

Алкогольный псевдопаралич – вариант хронической энцефалопатии, проявляющийся интеллектуально-мнестическим снижением с беспечностью, эйфорией, идеями величия.

Дифференциальная диагностика

Существенной особенностью острых алкогольных психозов является своеобразный полиморфизм клинических проявлений, не характерный для других экзогенно и эндогенно обусловленных состояний. Так, алкогольный делирий в частных случаях сопровождается транзиторным онейроидом, психическими автоматизмами, вербальным псевдогаллюцинозом и т.д. При острых психозах важно учитывать и тяжесть состояния, так как делирий или другой психоз может протекать с отёком головного мозга и нарушением функций жизненно важных органов и систем. Алкогольный делирий следует дифференцировать с органическими психозами, экзогенными психозами неалкогольной этиологии. Алкогольные

энцефалопатии следует дифференцировать с энцефалитами различного генеза, опухолями головного мозга.

Показания к госпитализации

Абсолютные. При алкогольных психозах имеют место агрессия (алкогольный бред ревности часто сопровождается тяжёлой агрессией в адрес супруги), аутоагрессия, суицидальное поведение и психомоторное возбуждение, а также нарушения витальных функций. Исключение могут составить только затяжные и хронические алкогольные галлюцинозы без опасных для себя и окружающих тенденций.

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

При психомоторном возбуждении, выраженной тревоге: дроперидол 2,5%-ный раствор – 1-4 мл внутримышечно, галоперидол 0,5%-ный раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Часто совершаемые ошибки

- Введение фуросемиды без восполнения объёма циркулирующей крови 0,9%-ным раствором хлорида натрия и препаратами калия опасно развитием дегидратации, гипотензии, гипохлоремического и гипокалиемического алкалоза
- Назначение лекарственных средств с антихолинергическим действием и антигистаминным действием (амитриптилин, тригексифенил (циклодол), биперидин (акинетон), хлорпромазин, дифенгидрамин (димедрол), клозапин) может вызвать делирий
- Назначение нейролептиков из группы фенотиазиновых производных (хлорпромазин) может привести к осложнениям со стороны сердечно-сосудистой системы и нарушениям работы печени
- Назначение сердечных гликозидов может вызвать угрожающую брадикардию, фибрилляцию предсердий, желудочковую экстрасистолию
- Быстрое внутривенное введение натрия хлорида провоцирует центральные нарушения, связанные с демиелинизацией нервных волокон
- Быстрое внутривенное (струйное) введение диазепамы или феназепама опасно развитием нарушения дыхания.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе
Обследование. Общие анализы крови и мочи. Анализы крови на сахар, белок, белковые фракции, липиды, билирубин, печёчные ферменты; ЭКГ, контроль артериального давления, рентгеноскопия грудной клетки. Консультации терапевта, невролога.

Лекарственные назначения:

- Внутривенная инфузия физиологического раствора или сбалансированных полиионных растворов – 400-500 мл, 5-10%-ный раствор глюкозы 400 мл внутривенно капельно
- Витамин В₁ (тиамин хлорид 5%-ный – 5 мл внутримышечно)
- Витамин В₆ (пиридоксин 5%-ный – 5 мл внутримышечно)
- Магния сульфат 25%-ный – 20-30 мл внутривенно в разведении на 400-500 мл 5-10% раствора глюкозы
- Натрия тиосульфат 30%-ный 10-20 мл внутривенно 2 раза в сутки
- Фуросемид 1 мг/кг веса, внутривенно, по показаниям
- 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 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
- карбамазепин 200-400 мг внутрь, два раза в день
- нейролептики (для купирования психомоторного возбуждения): дроперидол 2,5%-ный раствор – 1-4 мл, внутримышечно; галоперидол 0,5%-ный раствор по 1-2 мл внутримышечно.

Синдром отмены опиоидов (опиоидный абстинентный синдром)

Опиоидный абстинентный синдром (ОАС) проявляется выраженными соматовегетативными и неврологическими нарушениями, возникающими при прекращении приёма

препаратов опиоидной группы. Различают следующие виды препаратов: природные препараты снотворного мака и его отдельные алкалоиды (опий, морфин, кодеин и др.); полусинтетические (героин, дезоморфин, гидрокодон, гидроморфон, оксикодон, оксиморфон, бупренорфин, пентазоцин, буторфанол, налбуфин и др.); синтетические (меперидин, метадон, фентанил и его производные и др.).

Отсутствие привычной интоксикации ведёт к несовершенной компенсации функций организма, лежащей в основе клинических проявлений абстинентного синдрома. Клиническая картина ОАС при злоупотреблении различными опиоидами имеет общие проявления и некоторые отличия. Тяжесть ОАС определяется характеристиками конкретного вещества, его среднесуточной дозой, периодом непрерывной наркотизации, давностью заболевания, наличием сопутствующих соматических и психических заболеваний.

Клиническая картина

Формирование ОАС может произойти через 1-2 месяца регулярного употребления наркотиков. Спустя 4-12 часов после последнего приёма наркотика отмечаются мидриаз, зевота, слезотечение, насморк с чиханием, гусиная кожа, бессонница, озноб, сменяющийся жаром, потливость и слабость. Ощущается дискомфорт в мышцах спины, ног, шеи. Боль в межчелюстных суставах и жевательных мышцах. Несколько позже к этим проявлениям присоединяются тошнота, рвота, боли в области живота, усиление перистальтики кишечника, диарея. К концу первых суток появляются мышечные боли, тонические судороги периферических мышц, субфебрилитет.

Больные не могут найти себе место, общаются, что их «крутит», «сводит», «выламывает суставы» и т.д. Перемена положения тела на короткое время приносит некоторое улучшение, поэтому больные постоянно меняют позу: ложатся, садятся, приседают, поднимают ноги, катаются по полу и т.д. Они напряжены, раздражительны, злобны. Могут быть проявления агрессии; часты и аутоагрессивные действия – больные наносят себе порезы в области предплечий. Возможны и истинные суицидные попытки.

Настроение снижено, влечение к наркотику непреодолимое. Максимум выраженности симптомов синдрома отмены отмечается к концу 2-х – началу 3-х суток. Продолжительность абстинентного синдрома без лечения может составлять 5-10 дней. По минованию ОАС у больного снижается толерантность к наркотику. При использовании героина в клинике ОАС сильнее выражены аффективные, психопатоподобные и диссомнические нарушения. Болевой симптомокомплекс тяжёлый, однако редуцирован во времени. При употреблении кустарно приготовленных препаратов опия и натуральных опиапов ведущее место в клинической картине занимает выраженная болевая симптоматика, которая сопровождается также значительно выраженной вегетативной дисфункцией. ОАС при внутривенном использовании метадона развивается в более поздние сроки (3-6 месяцев начала регулярной наркотизации) и носит более затяжной (до 3 недель) характер, изматывающий больного.

ОАС при использовании дезоморфина развивается через 3-6 месяцев после первого употребления в случае первичной наркомании. Развивается через 3-4 часа после последнего употребления наркотика и достигает пика через 48 часов после последнего употребления. Аффективные нарушения (депрессия, суицидальные тенденции) при дезоморфиновом синдроме отмены опережают развитие алгических и соматовегетативных расстройств. Несмотря на то, что ОАС – состояние субъективно крайне тягостное, а для ряда лиц с наркотической зависимостью, по их словам, «почти непереносимое», тем не менее оно в большинстве случаев не угрожает жизни больного. Вместе с тем у лиц с сопутствующей соматической патологией возможно развитие опасных для жизни состояний.

(Окончание 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.**

Подобные форумы проводятся регулярно. Нынешний прошёл под девизом «Заболевания нервной системы у детей в течение всей жизни», собрав почти 1,5 тыс. специалистов. Поэтому акцент был сделан на переходе детей с нервными болезнями в подростковый и взрослый возраст, а также на влиянии неврологических расстройств матери на плод и развитие ребёнка. Программа конгресса Европейского общества детской неврологии (European Paediatric Neurology Society – EPNS) включала утренние семинары, пленарные и параллельные сессии, сателлитные симпозиумы, устные и постерные доклады.

Фокальные приступы под контролем

Эпилепсия была одной из центральных тем конгресса. Она встречается у детей вдвое чаще, чем у взрослых, у 40% больных этот диагноз ставится именно в детском возрасте. Предполагается, что более 10 млн детей в мире страдают эпилептическими припадками, причём в 20-30% случаях эти припадки являются рефрактерными, то есть не поддаются медикаментозной противосудорожной терапии. Бремя эпилепсии испытывает не только больной, но и его семья, и общество в целом. Необходимы новые противосудорожные препараты, которые были бы эффективными и безопасными. В частности, они не должны ухудшать когнитивные способности ребёнка.

Как отметил в своём выступлении на пресс-конференции, посвящённой недавно завершённому РКИ по применению эсикарбазефина ацетата для лечения фокальных судорог у детей старше 6 лет, президент конгресса профессор Ливен Лагэ (L.Lagae, Бельгия), современный эпилептологический центр должен иметь все доступные способы лечения эпилепсии, включая кетогенную диету, стимуляцию блуждающего нерва и различные нейрохирургические вмешательства. Как известно, эсикарбазефина ацетат является блокатором натриевых каналов и применяется у взрослых и детей старше 12 лет в качестве дополнительной терапии при фокальных судорогах (с вторичной генерализацией или без неё), а также назначается в качестве монотерапии при фокальных судорогах у взрослых. На пресс-конференции были представлены данные рандомизированного плацебоконтролируемого клинического испытания эсикарбазефина ацетата у детей 6-16 лет с фокальными приступами. После пресс-конференции профессор Лагэ ответил на вопросы корреспондента «МГ».

– Это первое клиническое испытание эсикарбазефина у детей старше 6 лет. По сравнению с другими препаратами для лечения фокальной эпилепсии это молодой возраст, поскольку они применяются у детей старше 12 лет, – сказал он.

– При каких именно припадках назначался эсикарбазефин?

– Только при фокальных приступах. За период наблюдения, составлявший 4 недели, должно быть не менее 6 приступов.

– Назначались ли одновременно другие противосудорожные препараты (ПЭП)?

– Да, не более двух любых других ПЭП.

– Отличие данного РКИ в том, что акцент делался на анализ когнитивных функций?

– Конечно же, нас также интересовала противосудорожная

эффективность, но влияние препарата на состояние когнитивных функций было основным критерием оценки исходов, и в этом уникальность нашего РКИ. Мы исследовали прежде всего уровень внимания. При назначении топирамата или вальпроатов оно снижается, и у детей начинаются проблемы с обучением в школе. Мы рассматривали внимание систематическим образом: оценивали уровень внимания до начала лечения эсикарбазепином и после его назначения на протяжении 8 недель. Оказалось, что внимание остаётся на прежнем уровне. Для меня это важно при принятии решения о назначе-

стандартных дозировках (от 10 до 30 мг/кг).

– При этом оказалось, что эффективность лечения не всегда зависела от назначенной дозы?

– Она повышалась при увеличении дозы от 10 до 20 мг/кг, но при дозах 20 и 30 мг/кг оставалась одинаковой. Количество больных, у которых припадки прекратились, составило 20%. Это очень большая цифра. Обычно она составляет 8-10%.

– Насколько велик эффект плацебо?

– Не более 5%. Эпилепсия – флуктуирующее заболевание, и у некоторых детей за период

По данным академического консорциума по экстраполяции при детской эпилепсии (Pediatric epilepsy academic consortium for extrapolation – PEACE), результаты лечения фокальных судорог у взрослых габапентином, ламотриджином, леветирацетамом, окскарбазепином и топираматом могут быть экстраполированы на детскую популяцию 2-18 лет. При этом речь идёт только об эффективности ПЭП. Данные о безопасности и фармакокинетике экстраполированы быть не могут. Для этого необходимы проспективные исследования, при этом они не обязательно должны быть рандомизированными. Таким образом, экстраполяция на детей

Свобода от приступов – лишь одна из целей лечения. Вопросы развития нервной системы, пол, коморбидность и выбор сопутствующих препаратов также должны приниматься во внимание. Необходимо как можно раньше направлять таких детей к детскому эпилептологу или в специализированный эпилептологический центр.

Детская неврология – отдельная специальность

По завершении симпозиума сопредседатель оргкомитета конгресса профессор А.Арзиманоглу ответил на вопросы корреспондента «МГ».

Деловые встречи

Больные дети взрослеют

В Лионе состоялся XII конгресс Европейского общества детской неврологии



Л.Лагэ

нии препарата. Шесть лет – это время начала обучения. Ребёнка отправляют в начальную школу. Крайне важно, чтобы при этом не происходило снижения рабочей памяти и внимания.

– В данном РКИ участвовали дети от 6 до 16 лет. Как они распределялись по возрасту?

– Половина была в возрасте от 6 до 12 лет, а другая половина – старше 12 лет.

– Как исследовались когнитивные функции у детей?

– С помощью компьютерных программ. Например, измерялось время реакции на изображение на дисплее. Для включения в РКИ коэффициент интеллекта (IQ) детей должен был быть не ниже 85. Так что дети с выраженной задержкой умственного развития в испытании не участвовали.

– У многих ли детей с фокальными приступами на МРТ выявлялись структурные изменения?

– В большинстве случаев они были. У меня нет под рукой точной статистики.

– Значит, многие дети могли бы быть кандидатами для нейрохирургических вмешательств?

– Вы абсолютно правы. Исследование проходило во многих центрах, и мы не могли контролировать, что там происходит, и почему дети со структурными изменениями в мозгу не были оперированы.

– Следующим этапом будет РКИ эсикарбазефина у детей младше 6 лет?

– Да, но здесь следует обратить внимание на фармакодинамику и фармакокинетику. Доза также должна быть изменена. Пока что мы испытывали препарат в

наблюдения припадки могут спонтанно прекратиться. Конечно, необходимы долговременные исследования. Восемь недель – это только начало.

Польза от экстраполяции

Проблемы диагностики и лечения фокальных эпилепсий также обсуждались на симпозиуме под председательством профессора Алексиса Арзиманоглу (A.Arzimanoglou, Франция).

Как отметил профессор Стефан Овен (S.Auvin, Франция), семиология припадков у детей отличается от таковой у взрослых, паттерны ЭЭГ и данные нейровизуализации также различны. Что касается противосудорожной лекарственной терапии, то здесь надо учитывать возрастные особенности фармакокинетики и фармакодинамики, а также влияние ПЭП на когнитивные способности ребёнка. Недавно Международная противоэпилептическая лига (ILAE) предложила новую классификацию судорожных припадков, разделив их на изначально фокальные (с нарушениями сознания и без его нарушений), изначально генерализованные (двигательные и недвигательные (абсансы) и на приступы с неизвестным началом.

Обычно фокальные судороги возникают внезапно, являются кратковременными (20-50 секунд) и проявляются преимущественно двигательными расстройствами. В зависимости от локализации очага появляются дополнительные симптомы (аура при височной эпилепсии, возбуждение и вегетативные расстройства при орбитофронтальной эпилепсии, зрительные галлюцинации и амавроз при затылочной эпилепсии и т.д.). Семиология приступов меняется по мере созревания мозга.

Выступление А.Арзиманоглу было посвящено вопросам лечения фокальных судорог у детей. Отсутствие данных по фармакокинетике и фармакодинамике ПЭП у недоношенных и доношенных младенцев ограничивают возможности применения ПЭП, а экстраполяция данных, полученных у детей более старшего возраста, в данном случае затруднена вследствие различий в биохимии мозга и лекарственного метаболизма. Что касается фокальных эпилепсий у детей старше 4 лет, то Европейское агентство по лекарствам (ЕМА) рекомендует экстраполировать данные, полученные при проведении РКИ у взрослых и подростков.



С.Овен

данных эффективности лечения фокальных судорог у взрослых является прагматическим подходом в сегодняшней ситуации.

Как известно, сейчас зарегистрировано 28 ПЭП. Какой из них выбрать? Как считает А.Арзиманоглу, при типичной идиопатической фокальной эпилепсии можно вообще обойтись без лечения. Если оно всё же понадобится, то, вероятно, будет кратковременным. Выбор препарата будет определяться его влиянием на когнитивные функции и результаты школьного обучения ребёнка. При атипичном течении припадков ребёнка надо направлять к детскому эпилептологу. Если фокальные приступы возникают вследствие структурных очаговых повреждений головного мозга, то можно назначить практически любой ПЭП и безотлагательно рассмотреть вопрос о возможном нейрохирургическом вмешательстве. Процесс предоперационной оценки больного является длительным. Выбор ПЭП будет определяться его безопасностью и тем обстоятельством, что в случае эффективности больной может получать данный препарат пожизненно. Здесь необходимо учитывать долгосрочные последствия приёма препарата и его возможное влияние на беременность.

Наконец, необходимо ответить на вопрос, нет ли у больного других припадков, помимо фокальных. Выбирая ПЭП, мы также выбираем осложнения, связанные с его приёмом. При назначении нескольких ПЭП ситуация усложняется. Необходимо учитывать фармакокинетические взаимодействия лекарств. Таким образом, лечение фокальных эпилепсий является сложным и часто длительным процессом.

– Какие сообщения конгресса вам кажутся наиболее интересными?

– Самым важным событием я считаю то, что нам удалось собрать около 1400 детских неврологов и педиатров со всей Европы и многих других стран, находящихся за её пределами, – сказал он. – Основной тренд – это переход от описаний различных болезней к таргетной терапии. Научный уровень докладов был очень высок, а постерная сессия, на которой выступали молодые исследователи, включала более 600 сообщений. Также хотел бы отметить симпозиум о фокальных приступах у детей. Во-первых, они часто встречаются. Во-вторых, необходимо улучшить результаты их лечения – как медикаментозного, так и хирургического. Это сложная проблема, но таких детей можно избавить от припадков, и потому практические врачи должны знать об имеющихся на сегодняшний день возможностях.

– Вы – детский невролог, но только что опубликовано руководство по хирургии эпилепсии у детей, где вы являетесь первым автором. Как это понять?

– Предхирургическое обследование детей с эпилептическими припадками осуществляется неврологом, а не нейрохирургом. Именно невролог ставит показания к хирургическому лечению тех или иных припадков. Вот почему мы написали руководство для клиницистов, которые должны знать, когда и кого направлять к хирургам.

– Но в вашем выступлении на симпозиуме о хирургии эпилепсии почти не говорилось...

– Потому что это была терапевтическая сессия. Обычно мы начинаем с медикаментозного лечения. Но при резистентных формах эпилепсии, когда комбинация двух препаратов не даёт эффекта, необходимо думать о хирургическом вмешательстве. Это длительный процесс обследования с неочевидным исходом, в течение которого больной должен получать лекарства.

– Как долго может длиться процесс предоперационного обследования?

– Он не должен превышать полгода, но на практике даже в Европе он длится обычно дольше, и это плохо для детей, потому что за это время у них развиваются когнитивные и поведенческие расстройства. Даже если потом вы избавите их от приступов, расстройства поведения останутся.

– **Каким будет ваше напутствие?**

– Детская неврология – быстро развивающаяся специальность, которая должна быть усилена на университетском уровне. Педиатрам следует иметь подготовку по детской неврологии и быть компетентными во многих областях, включая детскую эпилептологию.

– **Детская неврология – это раздел педиатрии или неврологии?**

– Мне кажется, это отдельная специальность. При этом необходимо знать и педиатрию, и неврологию. Чтобы быть хорошим детским неврологом, нужна подготовка в обеих областях. Специализация должна занимать около 6 лет. К сожалению, не во всех европейских странах детская неврология признана как самостоятельная специальность.

Взгляд из Москвы

Своими впечатлениями от конгресса с корреспондентом «МГ» также поделилась заведующая отделом психоневрологии и эпилептологии Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева профессор **Елена Белоусова** (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва).

– Приятно сознавать, что те направления, которыми занимается наше подразделение, являются основными на конгрессе, – сказала она. – Это, во-первых, нервно-мышечные заболевания. Мы изучаем таргетную терапию, направленную на преодоление генетического дефекта. Наш институт участвовал в нескольких международных клинических испытаниях, которые, к сожалению, не закончились регистрацией нового препарата. Сейчас ведутся переговоры о новых клинических испытаниях при болезни Дюшенна, спинальных амиотрофиях I-III типов. Второе направление – это эпилептология. Сейчас ведутся исследования по генетике эпилепсий. У нас существует уникальная диагностическая панель для выявления мутаций, созданная профессором Еленой Дадали. Если обычные панели содержат от 20 до 80 генов, то в панели Елены Леонидовны их более 700. Это позволяет определить прогноз и в некоторых случаях подобрать оптимальную терапию. При одних мутациях применять какие-то ПЭП нельзя, а какие-то, наоборот, являются наиболее эффективными. Как правило, речь идёт об очень тяжёлых формах эпилепсии, которые называются ранние эпилептические энцефалопатии. К сожалению, их много и они очень плохо лечатся. Это принципиальный вопрос. Во-первых, мы можем объяснить причины неудачного лечения. Во-вторых, – спланировать дальнейшее деторождение – узнаем тип наследования, новая ли эта мутация, передаётся ли она по наследству и т.д. В-третьих, можем оптимизировать терапию. На конгрессе было много докладов, посвящённых терапии генетических эпилепсий и других нейрогенетических заболеваний.

– **То есть речь идёт о той самой персонализированной медицине, о которой так много сейчас говорится?**

– В данном случае это первый этап такой терапии при нервно-мышечных заболеваниях, эпилепсии и туберозном склерозе. Наш институт 7 лет участвовал в международных РКИ препарата эверолимус для лечения опухолей и эпилептических приступов при туберозном склерозе, препарат недавно был зарегистрирован в РФ. Он назначается по жизненным показаниям. Другим

примером быстрой регистрации препарата благодаря нашему участию в РКИ является перампанел, назначаемый в качестве дополнительного при фокальной эпилепсии у детей старше 12 лет и взрослых, а также в качестве дополнительной терапии при генерализованных клонико-тонических судорогах. Я очень надеюсь, что случится то, о чём сегодня говорил профессор А.Арзиманоглу – упрощённая процедура разрешения применения препаратов в более раннем возрасте, уже применяемых у взрослых. Обычно этот процесс растягивается на 10-15 лет. Кроме того, существует практика назначения особо тяжёлым фармакорезистентным больным препаратов вне обозначенных в инструкциях возрастных рамок. Конечно, это требует получения информированного согласия и проведения консилиума.

– **Что, на ваш взгляд, можно вынести с данного конгресса практическому врачу?**

– Всё движется в сторону персонализированной медицины. Чрезвычайно важно уточнение генетической природы многих заболеваний (умственной отсталости, аутизма, эпилепсии) и разработка их таргетной терапии. Может быть, при каждой эпилепсии будет своё лекарство.

– **Их и так уже 28. Куда больше?**

– Все они неспецифичны, они лечат симптомы, а не само заболевание. Не исключено, что для некоторых редких эпилепсий лучшим контролем приступов могут обладать препараты, которые не относятся к категории противоэпилептических, например пришедшие из кардиологии антиаритмические средства. Сейчас у нас есть больная эпилепсией, которую мы успешно ведём на статинах. У другой больной с мутацией в гене GRIN2A эффективным оказался мемантин. При синдроме Драве, обусловленном мутацией гена SCN1A, в Бельгии назначают фенфлюрамин, который относится к классу амфетаминов и обычно использовался для снижения веса. Сейчас имеется очень много экспериментальных моделей эпилепсии, воспроизводящих генетические нарушения у больных.

– **Какие российские доклады вы могли бы отметить?**

– Например, доклад с кафедры неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики РНИМУ им. Н.И.Пирогова кандидата медицинских наук Кирилла Киргизова и профессора Раисы Бимбеевой о трансплантации костного мозга у детей с рассеянным склерозом, основанный на самом большом в мире числе таких больных. Поскольку параллельно идёт много секций, не на всех докладах удаётся побывать.

Научный сотрудник возглавляемого профессором Е.Белоусовой отдела **Артём Шарков** дополнил её рассказ новостями в области хирургии эпилепсии:

– Для выявления эпилептических очагов используется стерео ЭЭГ. Сейчас эта методика стала более безопасной. Появились работы на стыке генетики эпилепсии и хирургии эпилепсии, которые показывают, при каких генетических аномалиях исходы нейрохирургических вмешательств наиболее благоприятны. Даже при эпилептической энцефалопатии удаление очага снижает частоту приступов. Классический пример – это туберозный склероз. При поражении пути mTOR исходы операций более благоприятны. Каналопатии хуже поддаются лечению.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

Лион – Москва.

Проекты

От обязательств — к действиям

ВОЗ: ликвидировать гепатит как угрозу

«Осуществление глобальной стратегии сектора здравоохранения по вирусному гепатиту – ликвидировать гепатит в качестве угрозы для общественного здравоохранения» – такова тема всемирного саммита по гепатиту, который намечен на 1-3 ноября этого года в Сан-Паулу (Бразилия).

От обязательств — к действиям

Форум, созываемый совместно Всемирной организацией здравоохранения, Всемирным альянсом по гепатиту и Правительством Бразилии, станет, как ожидается, крупнейшим глобальным событием для продвижения повестки дня борьбы с вирусным гепатитом. В канун саммита ВОЗ опубликовала в Женеве новые, собранные в 28 странах, на которые приходится около 70% глобального бремени гепатита, данные, свидетельствующие об активизации усилий по ликвидации этого заболевания.

Почти все из этих стран учредили национальные комитеты высокого уровня (с планами и целевыми показателями) по ликвидации гепатита, более половины выделили целевое финансирование на ответные действия в связи с гепатитом. ВОЗ призвала продолжать выполнять обязательства по ликвидации гепатита, усилить его профилактику путём обеспечения безопасности инъекций, что является ключевым фактором для снижения уровней передачи гепатита В и С.

«Отрадно видеть, что страны переходят от обязательств к действиям по борьбе с гепатитом, – заявил Тедрос Адханом Гебрейесус, генеральный директор ВОЗ. – Важнейшим шагом на пути ликвидации этой тяжёлой болезни является определение мероприятий, оказывающих значительное воздействие. Многие страны достигли успехов в расширении вакцинации против гепатита В. Сейчас нам необходимо активизировать усилия по расширению доступа к диагностике и лечению».

В этом году Всемирный день борьбы с гепатитом проводился на тему «Ликвидировать гепатит» с целью мобилизовать интенсивные действия по выполнению связанных со здоровьем задач в рамках выдвинутых на 2030 г. целей в области устойчивого развития. В 2016 г. ВОЗ одобрила первую глобальную стратегию сектора здравоохранения организации по вирусному гепатиту для действия странам в наращивании масштабов их ответных действий.

Новые данные ВОЗ показывают, что более 86% стран, охваченных обзором, выдвинули национальные цели по ликвидации гепатита, и более 70% стран приступили к разработке национальных планов по гепатиту с целью обеспечить доступ к эффективным услугам по профилактике, диагностике, лечению и уходу. Кроме того, почти половина стран, участвовавших в обследовании, планируют осуществить ликвидацию путём обеспечения всеобщего доступа к лечению гепатита. Тем не менее ВОЗ обеспокоена недостаточными темпами прогресса.

«Национальные действия на пути ликвидации гепатита ак-



ВОЗ намерена положить конец заболеваемости вирусным гепатитом

тивизируются. Вместе с тем в лучшем случае каждый десятый человек, живущий с гепатитом, знает о своей инфекции и может получить доступ к лечению. Это неприемлемо», – заявил Готфрид Хирншалл, директор Департамента ВОЗ по ВИЧ и Глобальной программы по гепатиту. – Для того чтобы ликвидация гепатита стала реальностью, странам необходимо активизировать усилия и расширить инвестиции в необходимое для спасения человеческих жизней лечение. Просто нет таких причин, которые могли бы объяснить, почему многие миллионы людей до сих пор не протестированы на гепатит и не могут получить доступ к крайне необходимому для них лечению».

Согласно имеющимся у ВОЗ данным, в 2015 г. 325 млн человек в мире были инфицированы вирусным гепатитом, при этом 257 млн жили с гепатитом В и 71 млн с гепатитом С – двумя основными причинами смерти из 5 типов гепатита (А, В, С, D и E). Вирусный гепатит стал причиной смерти 1,34 млн людей – это число приближается к числу случаев смерти от туберкулёза и превышает число случаев смерти, связанных с ВИЧ.

Гепатиты В и С в России — на минимуме

ВОЗ призывает активизировать весь спектр усилий по реализации первой глобальной стратегии сектора здравоохранения по вирусному гепатиту на период 2016–2021 гг., принятой на 69-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, а также помочь государствам-членам в достижении конечной цели – элиминации гепатита. Стратегия является первой глобальной стратегией по вирусному гепатиту, которая будет способствовать реализации в области устойчивого развития на период до 2030 г. и направлена на борьбу со всеми вирусами гепатита, прежде всего с вирусами гепатита В и С, учитывая их высокую значимость для общественного здравоохранения.

В нашей стране в 2016 г. заболеваемость острым гепатитом В составила, по данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 0,94 случая на 100 тыс. населения, гепатитом С – 1,24. Это самый низкий уровень заболеваемости за все годы наблюдения, фиксиру-

ет Роспотребнадзор. «Благодаря комплексу профилактических и противоэпидемических мероприятий заболеваемость острыми вирусными гепатитами В и С в России продолжает снижаться», – говорится в официальном сообщении ведомства.

В нашей стране, как известно, прививки против гепатита В делают в рамках Национального календаря профилактических прививок, то есть одновременно и бесплатно детям и взрослым до 55 лет с 1996 г. С 2000 г. против гепатита было привито свыше 94,5 млн человек.

Прививки против гепатита А делают у нас бесплатно медикам, людям, которые работают в организациях общественного питания, обслуживающих водопроводные и канализационные сооружения, оборудование и сети, а также лицам, выезжающим в неблагополучные по гепатиту А регионы и страны. В период с 2002 по 2016 г. против этой инфекции привили 5,2 млн человек. Заболеваемость гепатитом А на конец 2016 г., констатирует Роспотребнадзор, составила 4,39 случая на 100 тыс. населения.

Однако в прошлом году в связи с ростом заболеваемости в Перми был введён карантин. За 10 месяцев 2016 г. среди жителей города было зарегистрировано 348 случаев гепатита А, показатель заболеваемости составил 32,6 на 100 тыс. населения, что в 7,2 раза превысило уровень 2015 г. и в 4 раза – среднеегодовое значение.

Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека уделяется значительное внимание санитарно-гигиеническим мерам профилактики вирусных гепатитов. Но в целях повышения осведомлённости населения об этих заболеваниях, привлечения внимания к проблемам их диагностики, профилактики и лечения, расширения охвата вакцинацией против гепатита В, а также координации ответных мер на распространение вирусных гепатитов необходимо участие всех заинтересованных министерств и ведомств, а также гражданского общества при активном содействии средств массовой информации.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Современные технологии

Лазерное око обнаружит болезнь

В Институте лазерной физики Сибирского отделения РАН разрабатывают технологию неинвазивной диагностики сахарного диабета с помощью терагерцового излучения. Точнее, это называется методом импульсной терагерцовой спектроскопии для диагностики сахарного диабета по характеристикам воды в плазме крови. Учёные поставили задачу – создать компактный фемтосекундный лазерный прибор для определения уровня глюкозы без забора крови, достаточно будет просто приложить его к коже пациента.

– Речь идёт о технологии определения спектральных характеристик кожи в зависимости от уровня глюкозы в крови: изменяется уровень сахара – изменяются кровоток и оптические характеристики, которые мы можем регистрировать, – поясняет заведующая лабораторией лазерной биофизики ИЛФ СО РАН

доктор биологических наук Ольга Черкасова.

В Сибирском отделении РАН уточняют, что путь от научной лаборатории до внедрения нового подхода к диагностике диабета в клиническую практику не будет быстрым. Пока физики на стадии отработки схем эксперимента, инструментальных данных, характеристик точности.

Саму идею применения терагерцового излучения в диагностических целях здесь считают продуктивной. Терагерцовый диапазон освоен мировой наукой сравнительно недавно, в начале 2000-х, но уже сегодня очевидны его достоинства, открывающие широкий спектр применения в разных сферах, включая медицину. Так, с помощью терагерцового диапазона можно проводить спектральный анализ через упаковочный материал, именно поэтому его используют для проверки содержимого почтовых конвертов на наличие наркотиков или спор биологического оружия.

Работы же сибирских учёных построены на использовании эффекта чувствительности излучения терагерцового диапазона к воде. По словам О.Черкасовой, вода ведёт себя по-разному при разных заболеваниях:

– Например, при сахарном диабете становится высоким содержание глюкозы, изменяется белковый состав плазмы, увеличивается количество липидов. Всё это оказывает большое влияние на H_2O , на её организацию, и это отлично просматривается на спектрах терагерцового поглощения. Когда мы стали в эксперименте на животных работать с плазмой крови, оказалось, что по спектрам

плазмы можно отличить здоровых крыс от больных диабетом.

Терагерцовая импульсная спектроскопия в настоящее время востребована в разработке новых подходов к диагностике онкологических заболеваний. Кровеносные сосуды опухоли накапливают много воды, и по её содержанию с помощью терагерцового излучения можно чётко определить границы новообразования. Этими работами занимаются, в частности, в Московском государственном техническом университете им. Н.Э.Баумана, Московском государственном университете им. М.В.Ломоносова, Санкт-Петербургском национальном исследовательском университете информационных технологий, механики и оптики.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

Больных больше, средства те же

Реализация Федеральной программы по высокотратным нозологиям (7 ВЗН) требует увеличения бюджетного финансирования, говорится в открытом письме к Президенту, Правительству, Парламенту Российской Федерации и руководству профильных министерств, которое по поручению 19 общественных организаций пациентов направил Всероссийский союз пациентов.

Текущая ситуация с финансированием программы вызывает беспокойство, говорится в письме. В 2017 г. общее число пациентов, включённых в федеральный регистр, составило 181 тыс. человек, и рост числа пациентов по сравнению с 2012 г. – 81 тыс. (+ 81%) при сохранении ежегодного финансирования на уровне 43,6 млрд руб. «Ситуацию не спасло и то, что за эти годы благодаря проведению централизованных закупок Минздрав России смог сэкономить многие миллиарды рублей, которые были направлены на закупку дополнительных объёмов лекарственных препаратов в рамках 7 ВЗН», – подчёркивается в обращении общественников.

Они указывают, что «несоответствие финансирования и динамики роста числа пациентов привело к тому, что Министерство здравоохранения РФ не может формировать достаточный 6-месячный переходящий остаток лекарственных препаратов на последующий год, как это делалось ранее». Сейчас объём переходящего остатка составляет не более 3-месячного запаса, что «не позволяет вовремя проводить все необходимые закупочные процедуры для обеспечения бесперебойной лекарственной терапии». Как следствие, «впервые за долгие годы были отмечены перебои в лекарственном обеспечении в рамках 7 ВЗН, что может привести к перечёркиванию всех ранее достигнутых результатов лечения».

На основании вышеприведённых фактов и ранее проведённых расчётов, потребуются ежегодные дополнительные бюджетные ассигнования в размере 6,7 млрд руб., приводят свои расчёты авторы письма. Таким образом, ежегодный бюджет данной рас-



Всероссийский союз пациентов бьёт тревогу

ходной статьи на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг. должен составить 50,3 млрд руб.

Всероссийский союз пациентов просит вмешаться в создавшуюся ситуацию и предусмотреть при рассмотрении проекта федерального закона о бюджете Российской Федерации на эти годы необходимое увеличение бюджета для сохранения уровня лекарственного обеспечения пациентов, страдающих высокотратными нозологиями.

От имени и по поручению общественных объединений письмо

подписал сопредседатель Всероссийского союза общественных объединений пациентов Юрий Жулёв.

Напомним, что подопечными Федеральной программы «Семь нозологий» являются пациенты, страдающие злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемофилией, муковисцидозом, гипоплазией нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также перенёсшие трансплантацию органов и (или) тканей.

Кстати

Актуальные темы общественно-государственного управления здравоохранением будут обсуждаться на следующем Всероссийском конгрессе пациентов, который состоится в конце года в Москве. В повестке дня форума:

- проблемы развития здравоохранения на современном этапе;
- организация системы общественного контроля в сфере здравоохранения и надзор над исполнением действующих законов и решений в здравоохранении;
- пути повышения доступности и качества медицинской помощи в РФ;
- проблемы лекарственного обеспечения страны на современном этапе;
- вопросы качества и доступности реабилитации;
- пути совершенствования медико-социальной экспертизы;
- развитие информационных технологий в сфере здравоохранения;
- взаимодействия медицинского и пациентского сообществ: реальность и перспективы.

В первый день состоится пленарное заседание форума, в рамках которого запланирован пресс-брифинг VIII Всероссийского конгресса пациентов с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Память

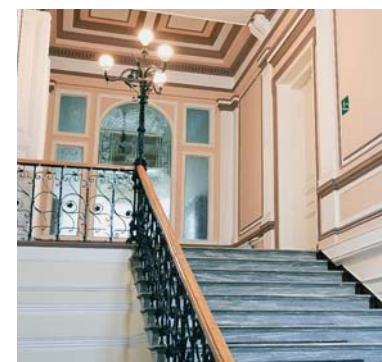
В Российском музее медицины, организованном на базе НИИ общественного здоровья им. Н.А.Семашко, прошла выставка «Здравоохранение России. 1917 г.».

Скальпель Николая Пирогова

Этот и другие инструменты наших медицинских светил прошлого можно увидеть и сегодня

Экспонаты выставки, открытой для свободного посещения, собраны в старинном московском особняке 30-х годов XIX века, в котором в 1840-1849 гг. жил и работал великий драматург Александр Островский.

На выставке было представлено более 3 тыс. предметов из коллекции музея. С их помощью можно получить представление о состоянии системы здравоохранения России накануне событий 1917 г. и о преобразованиях, произошедших после революции, создании и первых шагах советской системы здравоохранения.



Лестница, ведущая в историю нашей медицины



Музей, открытый всегда

На выставке развёрнута операционная и полевая госпиталь времен Первой мировой войны 1914-1918 гг. Среди экспонатов особый интерес представляют походная аптека и книги выдачи лекарств императора России Николая II и членов его семьи; личные вещи и мебель из кабинета Н.Семашко; документы и личные вещи врачей, принявших советскую власть и оставшихся в России после революции 1917 г., агитационные плакаты Окна РОСТА, посвящённые санитарному просвещению, изготовленные вручную в 1919-1920 гг. В.Маяковским.

Всего собрание музея насчитывает более 300 тыс. единиц хранения. В запасниках хранятся награды, документы, рукописи, личные вещи, медицинские инструменты и предметы мебели

из рабочих кабинетов российских учёных-медиков. Наибольший интерес представляют хирургический набор, письма к родным Николая Склифосовского; баул врача, набор хирургических инструментов Николая Пирогова, личная библиотека и коллекция живописи Сергея Юдина; документы и книги Валентина Войно-Ясенецкого (Святителя Луки), награды Александра Бакулева и Владимира Тимакова, а также многих других знаменитых отечественных деятелей фундаментальной и клинической медицины. Собрание представляет интерес как для профессионалов – врачей и историков медицины, – так и для людей, интересующихся историей России.

Яков ЯНОВСКИЙ.
Москва.

Исследования

Белки нейродегенерации

Исследователи из Чикагского университета Лойола (США) рассказали, что патологические белки, характерные для болезни Хантингтона, Альцгеймера и Паркинсона, имеют одинаковые механизмы нанесения вреда клеткам мозга. Возможно, это открытие поможет разобраться в том, каким образом болезнь распространяется в мозгу, нарушая его нормальные функции.

Кроме того, если учёные найдут способ лечить одно из этих заболеваний, то есть вероятность, что он сработает и с другими двумя. Например, такая терапия может быть основана на стимуляции

клеток мозга для того, чтобы они разрушали белковые сгустки. Как известно, нейродегенеративные болезни возникают, когда нейроны и другие клетки мозга начинают умирать. Разные заболевания затрагивают определённые регионы мозга: болезни Паркинсона и Хантингтона влияют на моторные навыки, а болезнь Альцгеймера – на память. Все три заболевания неизлечимы. Прогрессируя, они ослабляют пациента. Предыдущие исследования стали базой для гипотезы о том, что аномальные белки (тау-белки, альфа-синуклеины или хантингины) склеиваются в сгустки внутри клеток мозга, а затем эти сгустки распространяются дальше, поражая

новые и новые клетки. Специалисты из США изучили, каким образом протекает процесс поражения здоровой клетки. Авторы исследования отметили, что белки, попадая в клетку, располагаются в везикулах – мембранных пузырьках. При попадании белка мембрана пузырька разрушается, давая возможность аномальному соединению проникнуть в цитоплазму. Клетка пытается защититься, концентрируя патологические белки и поражённые везикулы в одном месте, но белки могут противостоять этой защите. Такой механизм наблюдался в тканях вне зависимости от того, каким из трёх указанных заболеваний они были поражены.

Начеку!

Неимоверная устойчивость

Американские учёные обнаружили у более трети обследованных пациентов клиник Хьюстона редкий штамм супербактерии, устойчивый к действию большинства используемых в США антибиотиков.

Специалисты Хьюстонского методистского научно-исследовательского института (США) секвенировали и исследовали геном более 1,7 тыс. штаммов бактерии *Klebsiella pneumoniae*, выявленных у пациентов штата Техас в течение 4 лет. Удалось обнаружить, что приблизительно треть пациентов

оказались носителями крайне редкого штамма – CG307. Учёные отмечают, что идентифицированный штамм CG307 остаётся чувствительным к антибиотикам определённого типа, и чем раньше удастся их определить, тем быстрее лечащий врач сможет сориентироваться на соответствующую терапию для инфицированных пациентов. «Обнаружение такого редкого штамма супербактерии в нашем городе стало неожиданным открытием, – заявил автор исследования доктор Джеймс Муссер. – Поскольку бактерия *Klebsiella pneumoniae*

широко распространена в США, нам необходимо срочно определить способы борьбы с её резистентностью, в том числе создание новых вакцин, быстрых методов лечения и диагностики». Ранее в этом году Центры по контролю и профилактике заболеваний США сообщили о летальном исходе женщины в штате Невада, причиной которого стало заражение редкой формой супербактерии *Klebsiella pneumoniae*, показавшей в ходе лечения устойчивость ко всем известным в США антибиотикам.

Эксперименты

Гены-регуляторы

Учёные из Университета Базеля (Швейцария) доказали, что те же самые гены, которые определяют структуру мозга и отвечают за некоторые аспекты памяти, также контролируют и иммунную систему.

Ранее считалось, что в мозгу действуют только его собственные иммунные клетки, отделённые от остальных, называемых периферийной иммунной системой, гематоэнцефалическим барьером. Однако публиковавшиеся в последние годы научные работы позволили предположить, что периферийная иммунная система всё же влияет на

мозг – и эта связь намного более сильна, чем могло бы показаться. Швейцарские учёные провели два независимых исследования. В первом были изучены эпигенетические профили 533 здоровых молодых людей и выявлено, какие гены ассоциировались с толщиной коры головного мозга в ответственных за память регионах. Затем эти данные проверили и подтвердили ещё на 596 участниках. Выяснилось также, что именно эти гены были задействованы в функционировании иммунной системы. Во втором эксперименте участвовали люди, которые плохо или хорошо запоминали, что было изо-

бражено на картинках негативной направленности. Исследование их генома показало, что за память в этом случае отвечал ген TROVE2 – сейчас другими научными группами исследуется его роль в иммунологических заболеваниях. Определённый его вариант отвечал за запоминание большого количества изображений при том, что память в целом не затрагивалась. Этот же ген был важен для запоминания эмоционально окрашенных событий. Таким образом, активность одних и тех же генов была связана со структурой мозга, памятью и иммунитетом. Возможно, заявили учёные, лекарства, которые могут точно воздействовать на компоненты иммунной системы, смогут также помочь при нарушениях функций мозга.

Почему бы и нет?

В автоматическом режиме

Учёные из Радиологического сообщества Северной Америки (США) продолжают активно работать над созданием программы, которая будет способна анализировать рентгенограммы на наличие у пациента туберкулёза.

В настоящее время эта болезнь является одной из 10 ведущих причин смертности в мире. В минувшем году туберкулёзом заболели более 10 млн человек, 1,8 млн пациентов скончались от заболевания. Во многих регионах, где оно особенно распростране-

но, не хватает врачей-радиологов, способных расшифровывать снимки. Специалисты используют алгоритмы глубокого обучения, чтобы на основе имеющихся данных создать систему поиска очагов туберкулёза на снимках. Исследование вели Парас Лакхани из Университетской больницы Томаса Джефферсона и его коллега Баскаран Сандарам. Они использовали 1007 рентгенограмм пациентов с туберкулёзом и без, разделив их на 3 группы: для обучения, проверки достоверности данных и тестирования. Затем исследо-

ватели с помощью первой группы снимков обучили две разных сети – AlexNet и GoogLeNet – отличать, где на снимке виден туберкулёз, а где его нет. Комбинация двух сетей дала возможность ставить диагноз с точностью до 96%. Те 13 снимков, по итогам анализа которых сети показали разные результаты, были переданы радиологу, который поставил верный диагноз во всех случаях, таким образом, вмешательство человека позволило довести точность диагностики до 100%.

Преодоление

Различные формы ишемической болезни сердца – ведущие причины летального исхода в структуре сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся, в свою очередь, лидерами смертности населения во всём мире.

Предвестник катастроф

С ИБС связаны десятки участков генома, однако до сих пор учёные не полностью разобрались в генетических предпосылках заболевания. Многие гены ещё предстоит найти. Команда учёных из Пенсильванского, Стэнфордского (оба – США) и Кембриджского университетов (Великобритания) выявила ещё 15 генов, связанных с ИБС, проанализировав геномы более 250 тыс. человек, из которых более 88 тыс. страдали этим заболеванием. Многие из найденных генов были связаны с процессами, происходящими в выстилающих сосуды клетках. Различия в 15 найденных генах обнаружили в однонуклеотидных полиморфизмах – небольших участках ДНК, которые отличаются

у разных людей только одним нуклеотидом. Эти участки отвечали за такие свойства клеток, как, например, липкость, разнообразие клеток гладких мышц, а также за процессы коагуляции и воспаления. Ведущий автор исследования Даниш Сейлхин пояснил, что ИБС часто поражает сразу нескольких членов семьи и частично имеет генетическую природу. Он добавил, что его группа провела самые масштабные исследования по этой теме, в которых участвовали люди из Европы, Африки, Южной и Восточной Азии. Теперь учёные будут работать над идентификацией биологических механизмов, которые включают эти гены.

Угроза

...А рак молодеет

Согласно результатам исследования Американского онкологического общества, показатель развития рака прямой кишки и толстого кишечника в целом резко увеличился среди американцев моложе 55 лет.

По словам исследователей, сегодня 3 из 10 диагнозов рака прямой и толстой кишки приходится на американцев моложе 55 лет, а показатели заболеваемости среди молодых людей и пациентов среднего возраста вернулись на уровень конца XIX века. «Такой тревожный тренд сильно нас отрезвил», – заявила автор исследования, директор Американского онкологического общества в Атланте Ребекка Зигель. Как показали результаты исследования, после снижения заболеваемости в середине 1970-х годов, вероятность развития рака толстой кишки увеличивалась на 1-2% в год среди пациентов 20-39 лет и на 0,5-1% среди людей

среднего возраста. Что касается рака прямой кишки, рост заболеваемости составил 3% в год для молодых людей и 2% – для старшего поколения. Исследователи отмечают, что особенно резкий рост заболеваемости наблюдался среди так называемого поколения Икс, родившегося в США с начала 60-х до начала 80-х годов минувшего столетия, и поколения миллениума, представители которого родились в начале 1980-х – начале 2000-х. Возможной причиной учёные называют нездоровый образ жизни, отсутствие физической активности, неправильное питание и ухудшение экологической ситуации в целом. Для изменения тенденции авторы исследования предлагают изменить рекомендации по прохождению скрининговых тестов на рак толстой и прямой кишки, отметив, что проверять на наличие онкозаболевания следует не только пожилых пациентов, но и лиц моложе 50 лет.

Выводы

Материнская завеса

Если беременная курит, химические соединения, которые содержатся в сигаретном дыме, вредят здоровью нерождённого ребёнка. Всего таких соединений около 7 тыс.

Команда специалистов, возглавляемая сотрудниками Эдинбургского университета (Великобритания), с помощью новой методики выяснила, что именно в этот момент происходит с плодом, в частности с его развивающейся печенью. Для этого учёные использовали плюрипотентные стволовые клетки, которые перепрограммировали в клетки печени эмбриона. Исследование также показало, что на будущих мальчиков и девочек «химический коктейль» действует по-разному. Печень жизненно важна, она фильтрует токсичные вещества, не давая им нанести вред организму,

а также играет важную роль в регулировании метаболизма. Создав фетальные клетки печени, авторы научной работы воздействовали на них химическими веществами, которые входят в состав сигаретного дыма. Кроме того, применялись также особые субстанции, о которых известно, что они циркулируют в теле плода в то время, когда будущая мать курит. Оказалось, что вред, который химические соединения наносят в комплексе, значительно больше, чем если бы они действовали по отдельности. У плодов мужского пола в печени начинала формироваться рубцовая ткань, а у будущих девочек нарушался клеточный метаболизм. Исследование будет продолжаться: эта научная работа – только часть серии изысканий, которые должны пролить свет на механизм действия курения на развивающийся эмбрион.

Мнения

Не хлебом единым...

Учёные выяснили, что в последние годы у богатых мужчин количество и активность сперматозоидов начали снижаться.

Исследованием в данной области занимались научные специалисты на протяжении 40 лет. За это время они смогли изучить активность и число сперматозоидов у мужчин из самых разных стран. Оказалось, что те представители сильного пола, что проживают в богатых и развитых странах, имеют более низкие показатели в этой сфере здоровья.

В частности, значительное снижение активности и количества сперматозоидов зафиксировано у мужчин, которые живут на территории Северной Америки, Европы, Австралии и Новой Зеландии. У них на 59,1% меньше семени, нежели у мужчин, которые проживают в Южной Америке, Африке и Азии.

Учёные полагают, что в данной закономерности нет ничего хорошего. По словам исследователей, подобное уменьшение активно-

сти и количества сперматозоидов способно привести к негативному результату в плане фертильности и мужского здоровья. Сейчас учёные собираются выяснить, в чём причины такого резкого снижения.

При этом, несмотря на такое бурное снижение, всё-таки средний их показатель остаётся в норме. Поэтому учёные говорят, что поднимать панику по данному поводу пока рано.

Кстати, американские специалисты выявили связь между количеством времени, которое мужчина тратит на сон, и его способностью к зачатию ребёнка.

По результатам исследований, учёные из Американского общества репродуктивной медицины сделали вывод о том, что мужчины, любящие подольше поспать, имеют меньшие шансы оплодотворить женщину.

Научные сотрудники провели наблюдение за 700 парами и получили интересные результаты.

Оказывается, в тех парах, где представители сильного пола спали более 9 часов за день, на 40%

снижалась возможность зачатия ребёнка. Но данные показатели также проявляются у мужчин, продолжительность сна которых составляет менее 6 часов.

Учёные советуют мужчинам, которые хотят детей, тщательно контролировать время, выделяемое на сон. Идеальным количеством времени для сна эксперты считают 7-9 часов в день. Помимо этого, представителям сильного пола нужно следить и за качеством сна. У мужчины, который часто просыпается посреди ночи или страдает от бессонницы, значительно снижается способность к зачатию детей.

Исследователи объясняют это тем, что во время сна выделяется мужской гормон – тестостерон. В связи с этим для каждого мужчины крайне важно следить за своим отдыхом.

Также учёные советуют обратить внимание на правильный образ жизни и отказаться от употребления вредной пищи и алкоголя, которые могут стать одной из главных причин мужского бесплодия.

Гипотезы

Подсветка для опухоли

Как известно, ежегодно в мире умирает от онкологических заболеваний большое количество людей (в ряде экономически развитых стран именно онкопатология занимает первое место в структуре общей смертности населения – М.В.), а проблема эффективной терапии до сих пор стоит весьма остро. Однако ввиду последних открытий в мире медицины в данном вопросе наблюдается положительная тенденция.

Так, учёные Канады в области биомолекулярных технологий изобрели специальный спрей-оптомер, который поможет проводить операции по удалению раковых опухолей более эффективно. Следует отметить и то, что новое

средство уже прошло ряд клинических испытаний, а также было использовано нейрохирургами во время проведения очередной операции по удалению опухоли головного мозга.

Принцип действия такого препарата состоит в том, что он «подсвечивает» ткани, которые также заражены раковыми опухолями. Таким образом, во время проведения операции, хирург сможет удалить не только само новообразование, но и уже заражённые близлежащие ткани.

Как следствие этого, эффективность оперативного вмешательства возрастёт в разы, а риск рецидива недуга будет сведён к минимуму. В широком применении данного вещества пока не будет, так как нужно пройти ещё

ряд практических испытаний и решить все вопросы относительно сертификации нового средства.

Сами клиницисты отмечают, что хоть спрей и помогает существенно повысить качество лечения, но рассматривать его как панацею не стоит. Традиционные методы – лучевая и химиотерапия – всё равно будут применять.

Учёные, которые принимали участие в разработке данного противоракового спрея, надеются, что такая методика лечения поможет сократить количество летальных исходов из-за онкологических процессов. Однако на первом месте всегда должна стоять профилактика таких заболеваний, в том числе и систематический осмотр у врачей первичного звена.

Ракурс

Вакцина от диабета

Группа учёных из Университета Тампере и Хельсинского исследовательского центра (оба – Финляндия) изобрели вакцину от сахарного диабета 2-го типа (СД-2). Отмечается, что новое медикаментозное средство уже испытали на лабораторных мышах и получены положительные результаты. Однако говорить о широком применении этого препарата в медицине пока что не приходится, так как ещё не начались все необходимые клинические испытания.

По мнению учёных, которые проводили научные изыскания, главной причиной развития СД-2 является энтеровирус. Именно он, попадая в поджелудочную железу, запускает процесс уничтожения клеток, вырабатывающих инсулин. На основании этого и был создан новый препарат. Основные компоненты вакцины направлены именно на уничтожение энтеровируса.

Согласно статистике, больше всего пациентов с СД-2 находятся

именно в Финляндии, поэтому вопрос эффективного лечения данного заболевания тут стоит наиболее остро. Клиницисты предполагают, что при условии успешного прохождения всех практических испытаний препарат может широко использоваться в медицине уже через 8 лет.

Практические работы предполагается начать уже в 2018 г. Учёные хотят ввести новую вакцину 30 здоровым мужчинам, чтобы проверить её безопасность, а потом, при условии, что всё пройдёт хорошо, 150 детям. В том случае, если данный этап клинических испытаний пройдёт успешно, вакцину введут 4 тыс. детям с диагнозом «сахарный диабет 2-го типа», чтобы установить, насколько эффективно работает новый препарат на практике.

Следует отметить, что на данный момент сахарный диабет как 1-го, так и 2-го типа относится к тем заболеваниям, которые невозможно вылечить полностью. Поэтому новая вакцина может стать настоящим прорывом в медицине.

Ну и ну!

«Свежие» научные данные показывают, что люди, которые умирают в возрасте 100 лет и старше, имели лучшее здоровье, чем умершие в 80-90 лет.

Век живи — век болей

По данным исследования, умирающие в возрасте 100 лет и старше, перед смертью имели в среднем 3,3 жалобы на здоровье, тогда как у умирающих в возрасте 80-90 лет было 4,6 заболеваний. Автор исследования доктор Пол Геллерт из берлинской больницы Charité в Берлине отметил: «Наши результаты также показывают, что состояние здоровья было хуже у тех, кто умер в возрасте 80-89 лет, чем у умерших в возрасте от 90 до 99 лет».

Как объяснить это явление, учёные пока не знают, но предполагают, что долгожители умирают с меньшим количеством заболеваний потому, что для достижения возраста в 100 и больше лет в целом требуется хорошее здоровье.

Дословно

Человеческий организм наполнен кровью, сывороткой и другими жидкостями, которые усложняют восстановление многочисленных внутренних повреждений. Команда учёных из Гарвардского университета (США) разработала суперстойкий и биологически совместимый клей из слизи моллюска Arion subfuscus.

Клей из моллюска

О своей разработке учёные написали в статье, опубликованной в журнале Science. По их утверждению, «крепкий клей» биосовместим и может склеивать повреждённые ткани с прочностью, сравнимой с неповреждённым упругим хрящом тела, даже когда они мокрые.

«Ключевой особенностью нашего материала является сочетание очень сильной адгезионной силы и способности переносить и рассеивать стресс, который исторически не был интегрирован ни в один клей», — говорит соавтор профессор биоинженерии Дэйв Муни.

Один из учёных обратил внимание на то, что поджелудочная железа слизня семейства Арионов в момент угрозы выделяет особый вид слизи, которая намертво приклеивает своего хозяина к любой поверхности, даже влажной и мокрой. Исследовав это вещество, учёные обнаружили, что оно состоит из множества длинных положительно заряженных белковых цепочек.

Тогда учёные создали двухслойный гидрогель, состоящий из матрицы альгинат-полиакриламид, поддерживающей адгезивный слой, который имеет положительно заряженные полимеры

на своей поверхности. Полимеры связываются с биологическими тканями тремя механизмами: электростатическое притяжение к отрицательно заряженным поверхностям клеток, ковалентные связи между соседними атомами и физическое взаимопроникновение, что делает адгезив чрезвычайно сильным.

Исследователи протестировали свой клей на различных сухих и влажных тканях свиней, включая кожу, хрящ, сердце, артерию и печень, и обнаружили его значительную прочность по сравнению с другими медицинскими клеями. Кроме того, клей не показал побочных эффектов, возникающих при применении других медицинских клеев.

Учёные считают, что их разработку можно использовать и в виде пластыря, и в качестве инъекционного раствора для более глубоких травм. Его также можно использовать для прикрепления медицинских устройств к их целевым структурам, таким как привод для поддержки функции сердца. Учёные также предлагают применить эту технологию для создания нового механизма доставки лекарств внутри организма, говорится на сайте университета.

Однако

Счастливая мать или законченная эгоистка?



Жительница Тасмании родила в 63 года. Это рекорд для Австралии: ещё не одна жительница страны не становилась матерью в первый раз в таком возрасте. Ранее самой «пожилой молодой матерью» в Австралии считалась женщина, забеременевшая в 60 лет.

Новорождённая девочка появилась на свет на сроке в 34 недели в ходе операции кесарева сечения. Имя женщины не разглашается, известно лишь, что её супругу 78 лет. Австралийка не могла забеременеть самостоятельно в течение многих лет – не помогли даже неоднократные процедуры ЭКО. Для того чтобы беременность наступила, семейной паре пришлось воспользоваться донорским эмбрионом.

Подобные истории – не редкость в последние годы. Не так давно стало известно о 55-летней британке,

родившей тройню, и жительнице Индии, которая родила своего первого ребёнка в 70 лет.

Семейная пара из Австралии подверглась жёсткой критике со стороны медицинской общественности. Сразу несколько специалистов озвучили то, что, возможно, многие не решились сказать вслух. Так, руководитель Австралийской медицинской ассоциации Майкл Гэннон назвал такое решение безумным и эгоистичным. Гэб Ковакс, профессор Университета Монаша (Австралия), занимающийся проблемами ЭКО, считает, что беременеть в таком возрасте безответственно, а человеческое тело не предназначено для того, чтобы иметь детей в 60 лет.

«За ребёнком нужно будет присматривать ещё около 20 лет, и есть вероятность, что мать не будет способна сделать это», — подчеркнул он.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам heraldsun.com.au, EurekAlert!, Science, Reuters, BBC.

Здоровая жизнь

«Здесь вам не равнина,
здесь климат иной...»

Поход в горы закалил и сплотил медиков

В горах действительно климат иной, в том числе и психологический, что доказали ставропольские психиатры – сотрудники Ставропольской краевой клинической специализированной психиатрической больницы № 1.

В экстремальное путешествие в горы Северного Кавказа отправилась группа из 24 человек, включая главного врача Олега Боева, психиатров, психологов, медсестёр, соцработников и немедицинский персонал. Выехав из Ставрополя с рассветом, к 9 часам утра команда туристов высадилась чуть выше посёлка Архыз, в месте слияния рек Архыз и Дукка, преодолела перевал Пхия, где посетила памятник защитникам Кавказа во время Великой Отечественной войны, и далее прошла сложный, извилистый путь длиной 22 км. Дорога по горным тропам оказалась полной сюрпризов: крутой подъём на первом этапе, опасные спуски и навесная переправа через реку



Финиш экстремального похода – на фоне горной панорамы

Лаба на втором, а также долгий утомительный путь почти по прямой по лесовозной дороге на третьем. Переход занял около 10 часов – группа, разбившаяся в пути на несколько подгрупп, пришла в лагерь в восьмом часу вечера.

– Коллектив поразила своей сплочённостью, никто не отстал, не жаловался, стиснув зубы, все стойко преодолели весь путь от начала до конца и добрались до лагеря с чувством гордости за самих себя. Молодцы! – так оценил поход инструктор Максим Глебов.

На следующий день участники турпохода сделали памятные фотографии на фоне гор и реки Пхия и уже на машинах вернулись в Ставрополь.

– Это наш первый поход в горы, но не последний, – подводя итог экстремальному путешествию, сказал О.Боев. – В планах организовать в больнице туристический кружок для сотрудников – это хорошая, здоровая и полезная практика!

С большой долей вероятности можно предположить, что экстрима психиатрам хватает и на работе, но в горах действительно климат иной, да и звёзды там гораздо ближе.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.



Через горную реку переправлялись как заправские альпинисты

Далёкое – близкое



В селе Щельково Костромской области рядом с именем великого драматурга Александра Островского открыта мемориальная доска на доме, где 40 лет проводил летние месяцы выдающийся отечественный учёный – создатель эндоваскулярной нейрохирургии, лауреат Государственной премии СССР, академик РАМН Фёдор Сербиненко (1928-2002).

Его тепло вспоминали и приехавшие из Москвы и Санкт-Петербурга

Подобно Исааку Ньютону...

Он предвидел появление управляемой внутрисосудистой нейрохирургии

профессора-коллеги, и соседи по даче, и руководители администрации Островского и Кинешемского районов. Инициатор этого события – заведующий нейрохирургическим отделением горбольницы в Кинешме Владимир Смирнов, поддержанный Национальным научно-практическим центром нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, сумел достойно увековечить память о создателе нового направления в медицине, мировой приоритет которого принадлежит нашему Отечеству.

Затем собравшимся в зале Театрального музея им. Н.А.Островского показали документальный фильм о жизненном пути и творчестве Ф.Сербиненко. Как это нередко бывает в науке, на принципиально новое решение в минимально инвазивном, но радикальном излечении от аневризм, соустьев, артериовенозных мальформаций и иных патологий сосудов головного и спинного мозга изобретателя натолкнула счастливая ассоциация. На Первомайской демонстрации на Красной площади Ф.Сербиненко увидел уже многократно ранее виденное: как



воздушные шарики легко управляются с помощью нитки, к которой привязаны. Куда нитка – туда и шарик. Подобно Исааку Ньютону, который, увидев в саду падающее яблоко, открыл закон всемирного тяготения, так и Ф.Сербиненко испытал озарение, обусловившее появление управляемой и эффективной внутрисосудистой

Инициатива

Прогулка с доктором

Каждый шаг – навстречу здоровью

Оказалось, нет ничего проще и приятнее, чем пройти с доктором, беседуя по душам, по парку в компании близких людей. А тем для разговора может быть много.

Для начала, например, можно обсудить то, от каких проблем способны избавить каждого систематические 30 минут ходьбы в день.

А потом поговорить о здоровье через призму бытовых деталей, вплоть до того, сколько должно быть приёмов пищи в день, и как это влияет на функционирование сердечно-сосудистой системы.

Всё это узнали барнаульцы, отдыхавшие в парке Центрального района города, во время медико-просветительской акции. Она была организована при поддержке Совета по обеспечению охраны здоровья граждан, действующего при администрации Центрального района, и краевого центра медицинской профилактики в рамках проекта «Здоровые города, районы и посёлки».

Акция «Прогулка с доктором» проводится уже во второй раз. Впервые она прошла в начале июня на площади перед ДК «Трансмаш».

А в минувшую субботу мероприятие превратилось в настоящий семейный фестиваль здоровья, настолько он оказался масштабным!

К работе врачей краевого центра медицинской профилактики присоединились и специалисты других структур: молодёжного информационного центра «Жизнь без наркотиков», библиотек-филиалов № 15 и № 32, которые действуют в структуре Централизованной библиотечной системы Барнаула, а также священнослужители Русской православной церкви.

Во время «Прогулки с доктором» жители края могли побеседовать о борьбе с вредными привычками и о подходящих физических упражнениях с учётом личных особенностей. Кроме того, специалисты рассказали об основах здорового питания.

Все желающие смогли пройти полное профилактическое обследование и проверить главные индикаторы здоровья: артериальное давление, уровни сахара в крови и холестерина, индекс массы тела.

Среди других видов обследования были пульсоксиметрия, спирометрия, биоимпедансометрия, выявление заболеваний периферических артерий.

В центре здоровья также можно было посетить офтальмолога для проверки остроты зрения и внутриглазного давления и стоматолога-гигиениста для диагностики кариеса и болезней пародонта. В этот день мобильный пункт центра здоровья посетили более 70 человек.

Для юных гостей парка были подготовлены различные творческие конкурсы. К тому же они могли присоединиться к обсуждению тем нравственности и профилактики наркомании, которые поднимали представители городских библиотек.

Интересной и познавательной была беседа со священником о духовной красоте с применением музыкотерапии. В качестве одного из способов освобождения от вредных привычек отец Сергей предложил включать в свою жизнь классическую музыку. Поэтому часть участников фестиваля посетила мастер-класс по музыкотерапии, где попробовала поиграть на глюкофоне или тэнк-драме (тональный лепестковый барабан), тибетских тарелках, маракасах, различных африканских барабанах и бубнах, в том числе и шаманских, треугольниках, флейтах и других инструментах со всего света.

Завершилось мероприятие дегаустацией одного из полезных и древнейших национальных блюд – ухи.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии России.

Национальный научно-практический
центр нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Москва – Щельково.

Фото Татьяны СМЕРНОВОЙ.

– Какие преимущества инновационного томографа вы бы поставили на первый план?

– Если кратко, то, во-первых, это возможность помогать самым трудным пациентам, которым сложно выполнять диагностику методом компьютерной томографии. Во-вторых, это гарантия безопасного обследования для самых уязвимых пациентов, таких как дети, благодаря очень низкой лучевой нагрузке, которая может быть снижена до 82%. Российские врачи получают возможность использовать все инновационные преимущества передовых технологий мировой медицинской техники.

Инновационные решения позволяют выполнить сканирование любых анатомических структур в режиме 4D с визуализацией тока крови и движения органов. Существенно увеличены зона охвата и максимальное пространственное разрешение. Создатели томографа позаботились не только о быстром и качественном проведении исследования, но и о максимальном комфорте для пациентов. Исследования со скоростью до 437 мм в секунду позволяют свести к минимуму время задержки дыхания, что очень важно при работе с пациентами, страдающими заболеваниями сердца и лёгких, а также с маленькими детьми. Новый томограф уже не раз отлично зарекомендовал себя в работе, в том числе и в экстренных ситуациях при неотложной диагностике пациентов с тяжёлыми и множественными травмами. Теперь КТ-исследование может быть выполнено за один удар сердца даже у пациентов с высокой частотой сердечных сокращений или аритмией.

– Слушая ваш рассказ, невольно вспоминаю русского поэта Велимира Хлебникова. Он называл себя «художником числа». Уверовав в магическую силу цифр, пытался математическими расчётами проверить свои предчувствия «нового космического сознания». Похоже, то, о чём говорил поэт, становится реальностью.

А как произошло ваше приобщение к медицине? Вы из семьи медиков?..

– Это никак не было связано с семейными традициями, мои родители занимаются ресторанным бизнесом. Я же ещё мальчишкой понял, что мне интересны проблемы медицины. Сколько себя помню, я всегда отличался повышенной любознательностью. Разбирал разные машинки, допытываясь, что там у них внутри... Мне хотелось понять, как устроен мир вокруг. А человек всегда являлся для меня самой сложной «технологией» в природе.

Начал свой трудовой путь в клинике неотложной помощи обычным медбратом. Потом увлёкся рентгенологией, получил дополнительное образование и несколько лет работал в кабинете компьютерной томографии. Этот опыт оказался очень важным для меня, именно он определил мой дальнейший выбор и помог найти призвание. Я окончил Севильский университет по специальности



С этим гостем из Испании мы познакомились в одной столичной клинике. Руководитель центра академик РАН Григорий Ройтберг перерезал красную ленточку, открывая запуск самого современного в России компьютерного томографа. Свой немалый вклад в это событие внёс гость из Испании – Рафаэль Монтеро Санчез, руководитель Департамента клинического обучения компьютерной томографии. Естественно, наш разговор с ним не мог обойти событие, обозначившее качественно иную ступень в организации диагностики сложных заболеваний, новые возможности, которые получают российские доктора для раннего распознавания тяжёлых болезней.

Доктор

Рафаэль Монтеро САНЧЕЗ:

Распознать болезнь вовремя — значит победить её

«инженер биомедицинских систем». Осознав возможности новых инженерных технологий, поймал себя на желании принять активное участие в продвижении инновационных компьютерных томографов в мировое здравоохранение.

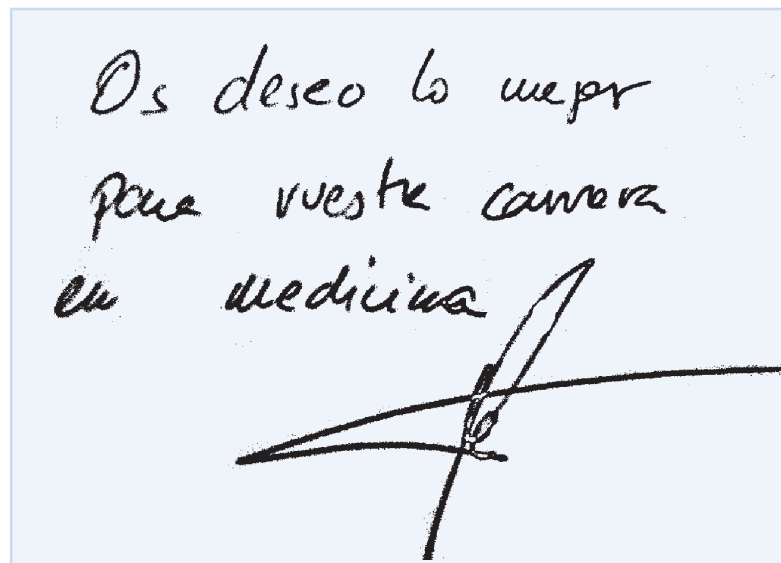
В 2005 г. стал работать в качестве эксперта в компании по клиническому обучению в Испании и Португалии. Курировал взаимодействие с лидерами медицинского сообщества. Позднее, возглавив департамент клинического обучения компании, занялся созданием учебных курсов, проведением тренингов в области компьютерной томографии, аттестацией европейских специалистов. В сфере моих интересов – медицинская оценка новых продуктов, гармонизация протоколов, широкое распространение достижений мировой практики и многое другое. Знания в области разработки инновационных технологий вместе с богатым клиническим опытом ежедневно помогают мне повышать профессионализм специалистов компании, которые, в свою очередь, передают эти знания и опыт нашим пользователям.

– Кто, на ваш взгляд, сегодня выступает лидером в области компьютерной томографии?

– Я бы назвал США, Швецию, Бельгию, Германию, Италию, Францию, Японию и Корею.

– Какие из них вам удалось посетить?

– Я побывал в большинстве этих стран. Но пока не во всех. Яркие впечатления оставила по-



ездка в Швецию, где я посетил Каролинский университетский госпиталь. Там работает большая группа учёных, получивших Нобелевскую премию. Клиника широко использует новейшие компьютерные томографы.

– Вы впервые в Москве. Ваши впечатления?

– Мне кажется, Москва – это государство в государстве. По сравнению с западной Европой – это очень живой город, наполненный энергичными людьми. «Бурлящий город», если можно так выразиться. Надеюсь, что впереди новые встречи.

– Что бы вы посоветовали молодому диагносту, который только вступает в профессию?

– Прежде всего усердно и много работать. Стремиться всегда

выходить за пределы существующих рамок. Ко всему подходить критически. Не соглашаться действовать вслепую, а всегда задаваться вопросом «почему?». Постоянно везде докапываться до истины.

Мне повезло с наставниками. Я даже не могу выделить кого-то одного. Среди моих учителей было немало настоящих профессионалов, которые щедро делились со мной жизненным и профессиональным опытом. Я им искренне благодарен за это.

– Есть такое понятие – синдром профессионального выгорания. Всемирная организация здравоохранения назвала его болезнью XXI века. По оценке специалистов, этот синдром отмечен у 74%

врачей, 82% медицинских сестёр... Что вы думаете по этому поводу?

– Полагаю, что выгорание относится не только к медикам, но и в равной мере к представителям других профессий. Каждый профессионал может достичь в своей карьере той точки, когда начинается выгорание. Я понял это, когда понадобилось сделать МРТ-исследование моей маме... Перед процедурой она очень волновалась. К тому же она страдает клаустрофобией. Тогда-то я поймал себя на мысли, что мне бы не хотелось, чтобы с мамой обращались грубо и непрофессионально. Я решил самостоятельно провести диагностику, и с тех пор, проводя исследования пациентов, всегда стараюсь относиться к ним так же, как к своим близким.

– Что вы цените в других людях?

– Дорожу таким качеством, как искренность.

– А что вам антипатично?

– Лично для меня неприятна фальшь, когда люди, думая одно, говорят совсем другое.

– На том участке, который вы возглавляете, необходимо постоянно быть в курсе состояния мирового рынка медицинской техники и не только её... Очень устаёте?

– Не скрою: непросто следить за обилием новостей, которыми переполнена мировая пресса, телевидение. Конечно, порой подступает усталость. Поэтому ценю минуты, когда остаюсь наедине с собой.

– Как отдыхаете?

– Лучший отдых для меня – побыть в кругу семьи. При первой возможности беру в руки хорошую книгу. И, конечно, я забываю о любых неприятностях, когда в моих руках гитара.

– Ваш девиз по жизни?

– Каким бы талантливым ни был человек, он должен упорно работать.

– С каким пожеланием хотели бы обратиться к нашим читателям – врачебной аудитории?

– Обращаясь к читателям «Медицинской газеты», я написал: «Желаю вам всего наилучшего и развития вашей карьеры в медицине».

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

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 – А.ИВАНОВ.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 17-07-00227
Тираж 23 800 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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