

Медицинская

29 ноября 2017 г.
среда
№ 90 (7808)

Газета®

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

В центре внимания

Женщины едут рожать в Барнаул

И остаются довольны результатом



Жительница Москвы Елена Буянова прилетела за 3,5 тыс. км в Алтайский перинатальный центр, чтобы родить своего первенца Матвея.

В практике медицинского учреждения это вторая женщина, которая приезжает из столицы на роды.

— Когда я приняла решение рожать в Барнауле, родственники и друзья отнеслись к моим словам скептически, мол, и в Москве достаточно роддомов. Поддержал мою инициативу только муж, он же купил и билеты на самолёт, — рассказывает Е.Буянова. — С первой встречи в приёмном отделении до момента

Жизнь маленького москвича началась на Алтае

выписки я ни разу не пожалела, что выбрала именно этот перинатальный центр. Такое сочетание профессионализма врачей, новейшего оборудования и комфортных условий пребывания я бы получила в Москве только в платных палатах лучших клиник. Здесь же мне помощь оказали по родовому сертификату.

Москвичку впечатлили родовая и послеродовая палаты, современная аппаратура, постоянное наблюдение за состоянием плода на КТГ-аппарате во время родов.

Она искренне благодарна неонатологу Анне Клименковой и заведу-

ющей Оксане Фильчаковой, которые уделили ей максимум внимания во время и после родов.

— Мы уезжали рано, но нам всё равно открыли комнату выписки и подарили костюмчик для Матвея, вручили поздравительное письмо от губернатора Алтайского края, мы его поставили в рамочку в детской комнате. Теперь всем подружкам рекомендую рожать в Барнауле, — говорит Е.Буянова.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Барнаул.

Проекты

Мировой опыт доступен в далёком крае

В Ханты-Мансийском автономном округе – Югре внедряется пилотный проект по использованию международной системы поддержки врачебных решений. Эта современная технология предназначена для врачей всех медицинских специальностей первичного звена.

Как сообщают в Департаменте здравоохранения округа, система поддержки принятия врачебного решения поможет врачам даже в самых удалённых населённых пунктах Югры использовать передовые подходы к диагностике и лечению. Обращение

к информационному ресурсу позволит медицинским работникам получить всю необходимую информацию буквально за минуту с помощью одного поискового запроса даже во время приёма пациента.

Система поддержки врачебных решений – это международный информационный ресурс, созданный на основе доказательной медицины. По словам специалистов, он приведён в соответствие с отечественной практикой профилактики, вакцинации, лабораторных и инструментальных исследований, методов лечения, маршрутизации больных и правил наблюдения

за пациентами. Эта работа ведётся в сотрудничестве с ведущими кафедрами Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, специалистами Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева, Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова и ряда других научно-исследовательских институтов.

Реализация пилотного проекта запланирована на базе 7 медицинских организаций. Возможность доступа будет обеспечена для тысячи врачей. В округе уже начинались первые обучающие семинары по использованию системы для медицинских работников далёкого северного края.

Елена ОСТАПОВА.

МИА Сито!

Ханты-Мансийск.



Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:

Цели, которые Президент страны поставил в Майских указах по снижению смертности от туберкулёза, достигнуты на 5 лет раньше.

Стр. 4

Олег ШИЛОВСКИХ,
генеральный директор
Екатеринбургского центра
МНТК «Микрохирургия глаза»:

Это пока единственный в России федеральный проект, где медицинская организация является собственным инвестором, то есть мы для нашего развития никого не привлекаем.

Стр. 6-7



Михаил ПИРАДОВ,
директор Научного центра
неврологии, академик РАН:

Нейрореабилитация – локомотив развития нейронаук на современном этапе.

Стр. 10-11

Праздники

Чтобы дети росли здоровыми

Традиционный праздник для малышей и их родителей прошёл в Калининградском областном перинатальном центре. Мероприятие было приурочено к Международному дню недоношенных детей.

— Это так прекрасно – видеть вас снова в этом зале, — сказала заместитель министра здравоохранения региона Наталия Берездонец. — Ведь рождение малыша раньше положенного срока – это серьёзное испытание и для вас, родителей, и для медиков, которые выхаживают таких крох. Я от всей души хочу пожелать всем деткам расти здоровыми, умными и радовать своих мам и пап тем, что они просто есть, что они рядом.

Как всегда, малыши приняли участие в интерактивном красочном представлении. Их развлекали ростовые куклы и любимые герои из известных мультфильмов. Ребята познакомились с различными обитателями «живого уголка» – голубями, кроликами, мини-пигами. Также их порадовали игры

на яркой детской площадке, танцы и фотосессия вместе с родителями и сказочными персонажами, а по окончании праздника – сладкий стол.

Н.Берездонец подчеркнула, что с появлением 8 лет назад перинатального центра на Каштановой аллее система родовспоможения и выхаживания новорождённых в Калининградской области сделала большой шаг вперёд. С 2009 г. здесь родились более 28 тыс. маленьких жителей региона, и большинство из них – недоношенные детки с низкой и экстремально низкой массой тела.

Инна СЕРГЕЕВА.

МИА Сито!

Калининградская область.



Объединение
«Медицинская метрология»
приглашает Вас посетить
наш стенд на выставке

«Здравоохранение-2017»

4-8 декабря 2017 г

Москва, Краснопресненская набережная, д.14, ЦВК «Экспоцентр»

Наш стенд: павильон 2, зал 2, стенд 22D50

Новости
**Криодеструкция
на Нижней Волге**

Врачи Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (Астрахань) освоили технологии криодеструкции для лечения фибрилляции предсердий при открытых и малоинвазивных операциях на сердце. До этого здесь применялась криодеструкция для лечения нарушений сердечного ритма с использованием метода введения катетера в артерию.

В центре прошла первая серия операций по коррекции митрального порока сердца с одновременным хирургическим лечением фибрилляции предсердий с использованием криодеструктора. Руководитель Центра новых хирургических технологий Национального медицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина Минздрава России Александр Богачёв-Прокофьев продемонстрировал возможности аппарата как при стандартном, так и при миниинвазивном доступе.

На примере коллеги из Новосибирска врачи Астраханского кардиоцентра освоили данную технологию на открытых операциях. Так, новую методику при протезировании митрального клапана в сочетании с маммарокоронарным шунтированием и биатриальной криоабляцией успешно применил заведующий кардиохирургическим отделением, сердечно-сосудистый хирург Дмитрий Козьмин. До настоящего времени при проведении сочетанных операций в центре использовалась методика радиочастотной абляции, имеющая некоторые ограничения при минидоступе к митральному клапану.

— С появлением криотехнологии мы сможем обеспечить наших пациентов эффективным и безопасным способом хирургического лечения фибрилляции предсердий во время операций на сердце, в том числе и миниинвазивных, — комментирует Д.Козьмин.

Александра ЖВАЧКИНА.

Астрахань.

**Клоуны уехали,
проблема осталась**

В рамках Всемирного дня борьбы с сахарным диабетом в Омской областной детской клинической больнице прошёл традиционный праздник, на котором для маленьких пациентов устроили шоу, организовали выступление клоунов и вручение подарков.

Детский праздник состоялся в отделении кардиоэндокринологии, недавно открывшемся после ремонта. Специализированную медицинскую помощь здесь получают юные пациенты из города и сельских районов. С мамами детей, страдающих сахарным диабетом, в этот день встретилась заместитель министра здравоохранения Омской области Ольга Богданова.

По её словам, что в региональном Минздраве для обеспечения лекарственными препаратами омичей, страдающих сахарным диабетом, ежегодно из средств бюджета выделяется около 230 млн руб.

Однако количество больных этим коварным недугом увеличивается на 2-3 тыс. человек ежегодно. Сегодня в Омской области зарегистрировано уже более 54 тыс. человек, которые состоят на учёте в связи с этим заболеванием. Хотя, по мнению специалистов, в реальности таких людей в 3 раза больше, поскольку многие обращаются за помощью к врачам лишь тогда, когда на фоне развития сахарного диабета у них возникают серьёзные осложнения — ретинопатия, диабетическая стопа, инфаркт, инсульт. Увы, на первые клинические проявления болезни некоторые долгое время не обращают внимания.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.

Омск.

Профилактика для сельчан

В Алтайском краевом центре медицинской профилактики наладили постоянную выездную работу мобильного центра здоровья в сельскую местность, в отдалённые и труднодоступные районы. Одним из них стал выезд специалистов на станцию Арбузовка Павловского района.

Сельчанам, пришедшим в этот день во врачебную амбулаторию, было проведено профилактическое обследование, которое включало: определение веса, индекса массы тела, артериального давления, уровня глюкозы и холестерина в крови, оценку работы сердца и сосудов, лёгких, состояния полости рта.

Для многих этот приезд был особенно важен. Во время обследования можно было узнать все жизненные параметры организма и тем самым выявить факторы риска появления того или иного хронического неинфекционного заболевания: сахарного диабета, гипертонии, ишемической болезни сердца и др. Поэтому приезд врачей заставил многих жителей станции задуматься о собственном здоровье.

Наталья ВДОВИНА.

Алтайский край.

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

Сотрудничество

В Рим и обратно

Крепнут деловые связи с итальянским университетом

Председатель Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов России, ректор Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Пётр Глыбочко посетил с рабочим визитом Римский университет Сапиенца (Италия), являющийся старейшим и крупнейшим учебным заведением в Европе.

Цель визита — установление деловых связей, реализация совместных проектов в научно-образовательной сфере, обсуждение вопросов сотрудничества в рамках подписанного ранее соглашения между университетами, предусматривающего академические обмены для студентов и преподавателей, организацию партнёрских международных научных мероприятий.

Деловые переговоры были посвящены перспективам взаимодействия в различных направлениях современной науки. Результатом двусторонней встречи стали решения о научном сотрудничестве и организации уже в ближайшей перспективе академических обменов, распространяющихся на студентов, аспирантов и преподавателей по медицинским и смежным направлениям. Кроме того, планируется открытие научных лабораторий с целью развития научных направлений международного уровня и участия в международных сетевых проектах.

Интересными с точки зрения совместной работы научно-прак-



П.Глыбочко (слева) верит в успех дальнейшего сотрудничества с итальянскими коллегами

тическими проектами римского университета явились разработка альтернативных сенсоров для людей с ограниченными возможностями по зрению, разработка бионических протезов — специалисты Сеченовского университета готовы принять участие в работе над данными продуктами.

В сфере вопросов лучевой диагностики приоритетными направлениями работы обоих университетов являются кардиовизуализация и онкология. В ходе переговоров достигнуто соглашение о дальнейшей совместной работе по этим важнейшим направлениям. Совместная работа также запланирована в области лучевой диагностики женского здоровья, в частности визуализации молочной железы.

Сегодня темами, привлекающими наибольший интерес в онкологии,

стали разработка и использование иммуноонкологических препаратов, включая онковакцины, и внедрение достижений секвенирования последнего поколения в реальную клиническую практику.

П.Глыбочко подчеркнул, что: «Стратегическим фокусом для Сеченовского университета по реализации концепции повышения международной конкурентоспособности стали науки о жизни. Ключевой инструментальной нашей стратегии основывается на формировании горизонтальных функциональных связей, обеспечивающих плотные партнёрские отношения с ведущими мировыми лидерами, одним из которых является Римский университет Сапиенца».

Алексей ПИМШИН.

МИА Cito!

События

Донорство — движение жизни

Оно объединяет людей в их лучших побуждениях

Представителей некоммерческих организаций, объединений и инициативных групп, службы крови, студенческую молодёжь, активных доноров крови, волонтеров и организаторов донорского движения из Москвы и других регионов России собрал IV форум организаторов жизненно важной инициативы «Движение жизни».

Инициатором форума выступил Координационный центр по донорству крови при общественной палате РФ, Комиссия общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения, Национальный фонд развития здравоохранения и Московский ресурсный центр по донорству крови при поддержке Комитета общественных связей Москвы. С 2014 г. он стал одной из лидирующих образовательно-коммуникационных площадок страны в сфере молодёжного донорства.

— Для нас, оперирующих врачей, то, что делает проект «Движение жизни», неоценимо. Мы помним, какие проблемы были с переливанием крови раньше, и можем свидетельствовать, что в этом направлении произошли большие изменения. И в этом огромная заслуга Московского ресурсного центра для организаторов донорского движения. За каждым успешным таким мероприятием стоят спасённые жизни людей, — сказал, открывая форум, директор Федерального научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, главный оториноларинголог Министрства здравоохранения РФ, первый заместитель председателя Комиссии общественной палаты

РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения, руководитель Координационного центра по донорству крови при общественной палате РФ, член-корреспондент РАН Николай Дайхес.

Он заметил, что и сам уже настроился на сдачу крови, так как в общественной палате РФ дни донора проходят регулярно. Но главная цель форума в другом — собрать организаторов донорского движения и в рамках мастер-классов, лекториев и командообразующих игр дать новые подходы для улучшения работы.

На презентационной сессии «Вместе спасаем жизни! Форум организаторов донорского движения — четыре года» его участники рассказали о своём опыте и ожиданиях.

За время организации донорского движения в своём вузе, признался студент Московского политехнического университета Иван Пойлов, он столкнулся с множеством проблем именно организационного характера и надеется найти на форуме ответы на эти вопросы, чтобы заниматься донорством более эффективно. Сам активист не может сдавать кровь по медицинским противопоказаниям, но поскольку желание помогать людям было велико, он посвятил себя организации донорского движения. Теперь в Политехе его студенты могут сдать кровь 5 раз в год.

А заместитель федерального координатора Всероссийского общественного движения «Волонтеры-медики» по направлению «Санитарно-профилактическое просвещение» Алевтина Киселёва

обратила внимание собравшихся на то, что у тех юношей и девушек, кто решил посвятить свою жизнь медицине, с ранних лет есть желание бескорыстно помогать людям. «Студенты-доноры могут помочь людям ещё до того, как получат диплом и станут врачами, — убеждена она. — Донорство — это их шанс реальными действиями помочь в операционной, пока они сами не могут в неё войти на правах профессионала. Донорство объединяет людей в их лучших побуждениях. Вместе мы сильны».

Одним из главных мероприятий форума стала образовательная акция DONOR-марафон, в ходе которой участники мероприятия работали в мастерских успеха, на творческих площадках, чтобы повысить свои компетенции, «прокачать» свои знания, умения и навыки. Прошли также командообразующие игры и мастер-классы, состоялась интегрированная сессия «Сопровождение донорского движения: проблемные зоны работы организаторов донорского движения и алгоритмы их преодоления». А итогом деловой программы стала стратегическая сессия «Донорское движение: достижения, вызовы, вектор развития».

В завершение форума состоялось награждение победителей и лауреатов II Московского донорского марафона «Достучаться до сердец», очередного этапа инстаграм-акции #завтракдонора, а также вручение благодарностей активистам и партнёрам донорского движения.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Ситуация

Академик отказывается от всех своих постов

Главный онколог Министерства здравоохранения РФ Михаил Давыдов объявил о своём уходе с должности директора Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России, а также с поста главного онколога России. Этому событию была посвящена прошедшая на днях в Москве пресс-конференция.

Совсем недавно известному хирургу-онкологу М.Давыдову исполнилось 70 лет. Но юбиляра поздравили весьма своеобразно – согласно новой поправке к Трудовому кодексу, он больше не имеет права занимать руководящие посты в медицине. И трудовой договор с ним пока не продлён. Но может, эту крайне неприятную во всех отношениях ситуацию получится изменить? Об этом говорили на конференции те, кто много лет знают М.Давыдова.

СПРАВКА «МГ»

С 2001 г. М.Давыдов возглавляет НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина. В 2003 г. принят действительным членом в Российскую академию наук, в 2004 г. – в Российскую академию медицинских наук, президентом которой был с 2006 по 2011 г. Признан лидером не только отечественной, но и мировой онкохирургии, входит в пятерку лучших хирургов мира. Является основоположником современной клинической школы врачей, идеологом и разработчиком многих уникальных методов оперативного лечения опухолей лёгкого, пищевода, желудка, средостения, автором принципиально новых методик хирургии. Первым в онкохирургии стал проводить операции с пластикой половой вены, лёгочной артерии, аорты. Им разработан метод комбинированной резекции пищевода с циркулярной резекцией и пластикой трахеи при раке пищевода, осложнённом пищеводно-трахеальным свищом.

Конференция началась весьма необычно – по инициативе присутствующего на ней первого

заместителя председателя Государственной Думы РФ по культуре народного артиста СССР и РФ Иосифа Кобзона собравшиеся почтили память умершего в этот день от онкологического заболевания народного артиста РФ Дмитрия Хворостовского.

«Правильно ли то, что многие люди, способные приносить пользу людям, будут отправлены на пенсию? – такими словами начал своё выступление президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Леонид Рошаль. – При сегодняшнем существующем кадровом голоде эта вещь очень спорная. То, что я сделал наиболее важного в своей жизни, пришлось в период от 60 до 80 моих лет. Михаил Иванович много сделал для здоровья народа России, он находится на острие проблем онкологии.

Конечно, он может и дальше заниматься лечебной и научной работой. Но смена руководителя не очень простая вещь. Я себе замену на должность директора своего института подбирал 5 лет. Институт и его коллектив – это фактически живой организм. И приход нового руководства иногда провоцирует ломку в коллективе. Законы надо исполнять, но отстранение большого человека от руководства, когда нет того, кто бы встал на его место, вопрос, конечно, серьёзный.

Да, были нарекания по поводу того, что в НМИЦ много платных услуг. Но государство поставило медицину в такое положение – на здравоохранение отпускается только 3,5% ВВП – это в 3 раза меньше, чем за рубежом. Если бы не было платных услуг, половину специалистов пришлось бы сократить. Финансирование здравоохранения необходимо увеличить до 5% – об этом я говорил в беседе с Президентом РФ В.Путиным, и он со мной согласился, что это надо сделать при наличии возможностей».

Директор Онкологического кластера МЕДСИ Анатолий Махсон 27 лет был главным онкологом Москвы. Он отметил в своём выступлении, что онкология

– профессия специфическая, в нашей стране этой специальности всегда придавалось большое значение. Здесь как нигде необходим правильный диагноз и точно выстроенное лечение. И чем выше уровень руководителя, тем сложнее найти ему замену, тем более в онкологическом центре, где 3,5 тыс. сотрудников. Человек со стороны, тут понятна обида и М.Давыдова, и всего коллектива, здесь просто работать не сможет. При том что в НМИЦ есть целая плеяда молодых докторов в возрасте 40-45 лет – есть из кого выбирать.

А вот мнение руководителя Высшей школы организации и управления здравоохранением Гузели Улумбековой: «Я не обсуждаю поправки в Трудовой кодекс, смена поколений неизбежна. Но если мы здесь собрались, значит, произошла беда в нашей медицинской среде. Я не понаслышке знаю, что Михаилу Ивановичу о расторжении контракта передали через третьих лиц. На должность директора онкоцентра был предложен человек другой специальности. Но этого не должно произойти – иначе пострададут и сотрудники центра, и его пациенты».

Тёплыми словами о М.Давыдове была отмечена и речь его коллеги, главного научного сотрудника хирургического отделения опухолей печени и поджелудочной железы НМИЦ Юрия Патютко: «Самое характерное для Михаила Ивановича – неуёмная энергия и энциклопедические знания. Несмотря на все финансовые проблемы в стране, он смог сохранить то, что в народе называют онкоцентром на Каширке. В свои 70 он здоровее многих 40-летних. Самые сложные операции в центре делает он, хирурга такого уровня нет в нашей стране. М.Давыдов создал целую школу специалистов и вправе остаться ею руководить».

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Угроза

Роспотребнадзор: осторожно, легионеллёз!



О вспышках легионеллёза в странах Евросоюза предупреждает россияне Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) и просит учитывать это при планировании рабочих и туристических поездок.

По официальным сообщениям органов здравоохранения острова Майорка (Испания), здесь зарегистрировано более 13 случаев заболевания легионеллёзом среди туристов, отдыхавших в одной из гостиниц города Пальманова. Один случай болезни гражданина Великобритании завершился летальным исходом. Возбудитель инфекции был обнаружен в ходе противоэпидемических мероприятий в пробах окружающей среды.

Между тем Министерство здравоохранения Португалии подтвердило факт вспышки легионеллёза в одной из больниц Лиссабона, где заболевание было выявлено у 26 пациентов и 2 медицинских работников. Это самая крупная вспышка легионеллёза в Португалии за последние годы. Наиболее вероятной причиной её являются, как предполагают, недостатки в работе системы водоснабжения медицинской организации.

Роспотребнадзор напоминает, что легионеллёз является сапронозной (возбудитель обитает в окружающей среде) инфекцией,

протекающей с поражением органов дыхания, часто в форме тяжёлых пневмоний. Источниками служат естественные и искусственные водоёмы, различные системы водопользования, технические устройства с использованием воды, а также почва. Механизм передачи легионеллёза – аэрозольный, путь – воздушно-капельный. Факторами передачи инфекции являются мелкодисперсионный водный аэрозоль и вода, контаминированная легионеллами. От человека к человеку инфекция не передаётся. Инкубационный период – до 10 суток. Случаи заболеваний регистрируются круглый год, но пик приходится на тёплый период.

Напомним, что название заболевания связано со вспышкой в июле 1976 г. в Филадельфии (США) тяжёлого респираторного заболевания, протекавшего по типу пневмонии.

В России последняя вспышка легионеллёза была зафиксирована 25 июля 2007 г. в городе Верхняя Пышма Свердловской области. Несколько дней позже удалось выявить вирус, который, как предполагается, мог быть занесён через систему горячего водоснабжения. Количество госпитализированных с подозрением на заболевание превысило тогда 100 человек, трое из которых погибли.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

Решения

К единым подходам

Дискуссионной площадкой для обсуждения назревших проблем, обмена опытом и выработки рекомендаций по совершенствованию системы здравоохранения регионов призван стать Совет по региональному здравоохранению. Он недавно создан в Совете Федерации Федерального собрания РФ.

Решение о создании нового консультативного органа принято по итогам широкого обсуждения ситуации в региональном здравоохранении, заявила заместитель председателя парламента Галина Карелова, представляя проект соответствующего постановления. «Идея создания этого совета созрела. О его необходимости говорилось на Форуме социальных инноваций, который прошёл летом этого года, на многочисленных дискуссиях в Совете Федерации, в обращениях граждан», – сказала она.

По её словам, эта необходимость продиктована прежде всего неоднородностью ситуации в регионах и теми задачами, которые стоят перед современным здравоохранением. Г.Карелова напомнила, что в Послании Президента РФ

развитию этой сферы, улучшению медицинского обслуживания в регионах уделено особое внимание. Предстоит повысить уровень информатизации в медицинских учреждениях, улучшить доступность высокотехнологичной медицинской помощи, шире использовать возможности телемедицины.

«При высоком качестве подготовки медицинских кадров, быстром развитии медицинской науки, при том что современные технологии уже приходят и в российскую глубинку, количество задач, которые стоят перед региональным здравоохранением, огромно, – подчеркнула вице-спикер. – Их решение далеко не всегда зависит от финансовой обеспеченности. Оно требует большей координированности, выработки единых подходов ко многим существующим проблемам. Мы рассчитываем, что новый консультативный орган сыграет объединяющую роль для регионов, сможет содействовать ускорению позитивных процессов и решению задач, поставленных Президентом РФ в его Послании».

Валерий СУВОРИН.

МИА Сити!

Подписка-2018

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

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

Подписные индексы:

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: ул. Гиляровского, 68, стр. 1, Москва 129110.

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

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

В Москве состоялось мероприятие международного масштаба. Успешно завершила свою работу Первая глобальная министерская конференция Всемирной организации здравоохранения «Ликвидировать туберкулёз в эпоху реализации целей устойчивого развития: многосекторальный подход». Столь крупный и авторитетный форум прошёл в России впервые. На конференции присутствовали представители более чем 120 государств мира. В ней приняли участие генеральный директор ВОЗ Тедрос Гебрейесус и первый заместитель генерального секретаря Организации Объединённых Наций Амина Мохаммед, которые встретились с Президентом России Владимиром Путиным и обсудили вопросы противодействия туберкулёзу. Во встрече приняла участие министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Статус «глобальной» московская конференция получила потому, что консолидировала усилия большинства государств-членов ВОЗ в профилактике, выявлении, эффективном лечении туберкулёза, проведении научных исследований, разработке новых современных лекарственных препаратов и методов диагностики. Местом «большого сбора» Россия выбрана отнюдь не случайно. В нашей стране накоплен колоссальный многолетний опыт комплексного решения проблемы туберкулёза, поэтому международное сообщество высоко оценило её успехи в противостоянии палочке Коха. Вне сомнения, конференция послужила катализатором для ускорения реализации стратегии ВОЗ по ликвидации этого опасного заболевания с принятием неотложных мер в отношении недостаточного доступа к медико-санитарной помощи и формирующейся кризисной ситуации вследствие распространения МЛУ-ТБ для достижения целевых показателей по ликвидации туберкулёза.

Ведущие отечественные и международные эксперты обсуждали актуальные проблемы, выработывали перспективные подходы к их решению, после чего приняли итеговый документ, который получил название «московской декларации». Нет сомнения, что это обращение является основой политической декларации, которая будет приниматься в 2018 г. на встрече высокого уровня Генеральной Ассамблеи ООН в Нью-Йорке. Таким образом, организованный при поддержке Минздрава России форум дал старт последующему циклу политических многосекторальных преобразований в области туберкулёза.

Сберегая жизни

А в преддверии столь знакового форума прошла Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза», посвящённая памяти российского учёного и хирурга академика РАМН Михаила Перельмана. Для участия в конференции зарегистрировались почти 1300 человек из 83 субъектов РФ. Присутствовали и многочисленные представители иностранных государств – Индии, Бразилии, Италии, ЮАР, США, Нидерландов, Швейцарии, Таджикистана, Белоруссии, Молдавии, Узбекистана, а также международных неправительственных и зарубежных государственных организаций и университетов.

Открыла пленарное заседание В.Скворцова, которая представила обстоятельный аналитический обзор предпринимаемых в стране мер, направленных на ликвидацию эпидемии туберкулёза. Она особо подчеркнула, что сегодня даже в условиях сложной социально-экономической ситуации отечественной системе здравоохранения удаётся добиваться позитивных изменений в показателях здоровья. За послед-

Итоги и прогнозы

Объединяя усилия мировой общественности

Россия озвучила проблему туберкулёза на глобальном уровне



И.Васильева открывает конференцию

ние 10 лет продолжительность жизни россиян увеличилась более чем на 7 лет. И, безусловно, вклад в этот позитивный процесс внесла борьба с таким социально обусловленным заболеванием, как туберкулёз. За этот период существенно снизилась смертность от него – более чем на две трети. Среднегодовой темп снижения смертности от туберкулёза составил 15-17%, в то время как в мире этот показатель не превышает 2,2-6,5%. Темпы снижения заболеваемости в России выше среднемирового показателя более чем в 2 раза. Добиться этого удалось благодаря работе комплексной программы как на федеральном уровне, так и в каждом субъекте РФ. Достаточно сказать, что уже сейчас охват населения профилактическими осмотрами на туберкулёз превысил 69%. В стране выстроена трёхуровневая инфраструктура медицинских организаций, работающих по выявлению, диагностике и лечению этого заболевания. Все медицинские организации оснащены новым современным инструментальным оборудованием, а также тест-системами, которые позволяют, в том числе, проводить ускоренную диагностику лекарственной устойчивости микобактерий. С участием профессионального сообщества разработаны Национальные клинические рекомендации по ведению больных туберкулёзом. Особое внимание уделяется проблеме антимикробной резистентности и лечению больных мультрезистентным туберкулёзом. Однако если заболеваемость и смертность в целом от туберкулёза удалось снизить, то пока доля больных мультрезистентным туберкулёзом не снижается. Этот перелом ещё предстоит совершить. Отдельная тема, на которую также следует обратить прицельное внимание, – коинфекция туберкулёза и ВИЧ. Одним из достижений последнего года является то, что более 92% взятых на лечение больных ВИЧ-инфекцией полностью охвачены химиопрофилактикой против туберкулёза. Благодаря такому подходу можно справиться с этой проблемой. Таким образом, все цели, которые Президент страны поставил в своих Майских указах 2012 г. по снижению смертности от туберкулёза к 2018 г. достигнуты на 5 лет раньше.

Пристальное внимание министр обратила на то, что кроме качественной рутинной работы очень важно развивать инновационные подходы как к раннему выявлению, так и к профилактике и лечению заболевания. России и здесь есть что предложить. За последние 2 года в стране создана новая рекомбинантная профилактическая вакцина против туберкулёза. Данные первой фазы клинических исследований свидетельствуют о её

безопасности. Сейчас проводится вторая фаза, впереди – международное многоцентровое клиническое исследование, к которому подключится достаточно широкий круг стран мира. Параллельно создана терапевтическая вакцина против туберкулёза, которая у животных позволяет существенно сократить сроки лечения, предотвратить реактивацию латентной формы заболевания.

Особое внимание российские исследователи уделяют разработке тест-систем. Хорошо зарекомендовал себя оригинальный отечественный диагностический Диаскинтест. Завершена разработка неинвазивного теста Гамма-стимул, который позволяет дифференцировать латентную и активную формы туберкулёза и таким образом можно раньше начинать таргетное высокоэффективное лечение.

Участников конференции приветствовал координатор отдела по борьбе с инфекционными заболеваниями, руководитель программ по борьбе с туберкулёзом, ВИЧ-инфекцией и вирусными гепатитами Европейского регионального бюро ВОЗ Масуд Дара, который отметил позитивные перемены, происходящие в России, где темпы снижения эпидемиологических показателей достигли одних из самых высоких в мире. Докладчик выразил уверенность, что мировому сообществу удастся достичь целевых значений снижения смертности и заболеваемости от туберкулёза.

Совместное наступление

Представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович назвала Москву «столицей мира» по борьбе с туберкулёзом. Именно тут стартовало новое мощное движение к победе над этим заболеванием. Благодаря усилиям всего гражданского общества, правительства мира, неправительственных и общественных организаций, пациентских сообществ «московская декларация» стала площадкой, с которой началось движение к достижению амбициозных целей ликвидировать туберкулёз в мире. Мы уверены в победе, подчеркнула она, для этого у нас есть мужество, силы, знания и желание.

Обращаясь к фтизиосообществу, руководитель международного пациентского движения «ТВ People» Тимур Абдуллаев назвал специалистов соратниками.

– У нас с вами один общий враг, от которого люди продолжают умирать, – заметил он. – Я дважды перенёс туберкулёз. Все мы, пациенты, образно говоря, побывали в плену у этого заболевания. К сожалению, до недавнего времени наша роль недооценивалась. А мы можем подсказать специалистам, когда некоторые методы, которые

используются, неэффективны и не работают. К мнению пациентов надо прислушиваться.

Господдержка обеспечена

Подробный доклад «Национальная стратегия борьбы с туберкулёзом в Российской Федерации: достижения, задачи, перспективы» сделала директор Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева. Она отметила, что проблема туберкулёза в мире остаётся актуальной и приоритетной. По самым последним данным, в 2016 г. более 10 млн человек заболели туберкулёзом и 1,7 млн умерли. На долю туберкулёза в сочетании с ВИЧ-инфекцией приходится 10% заболевших и 22% умерших. Несмотря на то, что туберкулёз излечим, он остаётся одной из ведущих причин смерти среди всех инфекционных заболеваний. В течение 16 лет XXI века произошло некоторое улучшение эпидемиологической ситуации в мире, отмечается снижение показателя заболеваемости на 18%, смертности – на 37%. Но это недостаточно высокие темпы.

Благодаря системному подходу к организации противотуберкулёзных мероприятий в РФ удалось добиться существенного улучшения ситуации. С 2000 г. заболеваемость снизилась на 41%, смертность – на 66%. Большое внимание уделяется своевременному и полному выявлению случаев туберкулёза среди населения. По оценке ВОЗ, в России в последние годы выявляется 98,3% от расчётной величины случаев заболевания, в то время как в мире – около 60%.

Но многое ещё предстоит сделать. Основными проблемами эффективной борьбы в мире и в России являются туберкулёз в сочетании с ВИЧ-инфекцией, а также туберкулёз с МЛУ/ШЛУ возбудителя. В ближайшем будущем следует ожидать увеличения и преобладания случаев коинфекции в структуре заболевших туберкулёзом, что требует особого контроля за ситуацией. Проблема МЛУ/ШЛУ связана не только с численностью населения страны, но и с высоким охватом тестированием лекарственной устойчивости возбудителя у больных, превышающим среднемировые показатели в 3 раза. При этом отмечается изменение в структуре заболевших в сторону увеличения доли больных, имеющих МЛУ микобактерий. В последние годы увеличивается количество случаев коморбидности у больных туберкулёзом, что усложняет ведение больных и достижение благоприятного результата лечения.

В настоящее время по поручению Правительства РФ ведётся работа над стратегией борьбы с туберкулёзом в стране на период до 2020 г. Её цель – обеспечение устойчивого снижения заболеваемости и смертности, позволяющего достичь радикального улучшения эпидемиологической ситуации в стране к 2030 г. в соответствии с Целями устойчивого развития ООН и стратегией ВОЗ. В рамках выполнения третьей цели страна присоединяется к стремлению всего мира положить конец эпидемии туберкулёза, что важно как для конкретного человека, так и для всего мира.

В 2014 г. Всемирная ассамблея здравоохранения приняла резолю-

цию, в которой одобрила Глобальную стратегию по туберкулёзу с её амбициозными целями на период после 2015 г. Эта стратегия направлена на ликвидацию глобальной эпидемии туберкулёза, а её целями являются снижение смертности от туберкулёза на 95% и уменьшение числа новых случаев заболевания на 90% за период с 2015 по 2035 г., а также обеспечение того, чтобы ни одна семья не несла катастрофических расходов на лечение болезней.

В РФ проблема туберкулёза возведена в ранг приоритетных государственных задач. И на протяжении многих лет мероприятия по борьбе с туберкулёзом имеют государственную поддержку на всех уровнях исполнительной власти. Медицинская помощь осуществляется на основе принципов законности, соблюдения прав человека и гражданина, бесплатности, общедоступности и равных возможностей для всех граждан. В нашей стране создана уникальная сеть специализированных медицинских организаций, функционирует система диспансерного наблюдения. На протяжении 10 лет осуществляются мероприятия федеральных целевых программ, Нацпроекта «Здоровье» и Государственной программы РФ «Развитие здравоохранения» со стабильным финансированием. В рамках их реализации выделяются финансовые средства на дорогостоящие лекарственные препараты, диагностические средства и оборудование. Для контроля за туберкулёзом в стране реализуются региональные планы снижения смертности, осуществляется междисциплинарное взаимодействие со специалистами других медицинских специальностей, пенитенциарного сектора, институтами гражданского общества.

В стране ежегодно увеличивается количество лиц, обследованных на туберкулёз. Для качества и быстрой диагностики МЛУ-ТБ функционирует сеть бактериологических лабораторий.

Для повышения эффективности лечения разработаны новые схемы лечения больных МЛУ/ШЛУ-ТБ, ориентированные на таргетную терапию. Эти схемы, получившие одобрение Европейского бюро ВОЗ, включены в клинические рекомендации Российской общественной фтизиатров. Лечение больных осуществляется под непосредственным контролем медицинского персонала.

Развитие научных исследований во фтизиатрии – неотъемлемая составляющая прогресса в достижении поставленных амбициозных целей. Перед фтизиатрической наукой стоят огромные задачи по разработке эффективных методов профилактики, диагностики и лечения, недостаточно изученным остаётся латентный туберкулёз и т.д. Активизация научных исследований и быстрое внедрение их в практику способны внести позитивный вклад в реализацию противотуберкулёзных мероприятий и изменить сегодняшние эпидемиологические тенденции.

Важной приметой конференции стало то, что в её рамках прошло 10 симпозиумов по наиболее актуальным темам. Причём сопредседателями каждого были и российский, и иностранный эксперты. Нет сомнения, что новые свежие знания послужат на пользу фтизиатрам в выполнении важной задачи элиминации туберкулёза.

На протяжении тысячелетий палочка Коха остаётся terra incognita. Несмотря на бурное развитие прогресса, во фтизиатрии и поныне немало неизученного. Далеко не всякий выпускник медицинского вуза стремится связать свою судьбу с данной областью медицины, чтобы заниматься врачебной деятельностью и вести научный и исследовательский поиск. В отличие от «денежных» стоматологии, косметологии, акушерства и гинекологии эта врачебная специальность всё ещё остаётся непрестижной, малооплачиваемой, опасной.

Однако в последнее время ситуация меняется к лучшему. В противотуберкулёзную службу приходят достойные молодые специалисты. Чтобы процесс набирал обороты, помимо укрепления материально-технической базы, наполнения её современным оборудованием, организаторы здравоохранения во фтизиатрии, старшие опытные коллеги вовлекают начинающих свой путь в профессию возможностью заманчивого и многогранного исследовательского поиска, направленного на устранение «чёрных дыр» и «белых пятен». Такое доверие открывает молодёжи просторы для самореализации, развития, творческого роста.

Несомненно, одним из побудительных мотивов посвятить себя фтизиатрии служит организованный Российским обществом фтизиатров (РОФ) конкурс научно-исследовательских, прикладных и организационных проектов молодых учёных, практиков и студентов «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века». Мы уже информировали наших читателей (см. «МГ» № 83 от 03.11.2017) о завершении очередного его этапа. Недавно в рамках Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Междисциплинарный подход в решении проблемы туберкулёза» состоялась церемония награждения лауреатов.

Конкурс молодых учёных традиционно проводится РОФ, – отметил главный фтизиатр Минздрава России Ирина Васильева. – К участию в нём мы приглашаем студентов, молодых учёных, которые работают на кафедрах, обучаются в аспирантуре, трудятся в НИИ, а также врачей, которые сочетают практическую работу с проведением научных исследований. Фтизиосообщество явственно ощущает, что именно сегодня наша специальность требует прорывных технологий, инноваций, пополнения накопленных знаний, свежих подходов. В составе жюри признанные учёные, практики, организаторы здравоохранения, ведущие специалисты в области медицины, директора институтов фтизиопульмонологии, представители Всемирной организации здравоохранения, общественных, благотворительных организаций. Это объяснимо, ведь туберкулёз не имеет ни политических, ни иных границ. Значит, бороться с проблемой, которая, к сожалению, продолжает оставаться актуальной, надо всем миром. Наше начинание постоянно поддерживают Национальная медицинская палата, президент которой Леонид Рощаль входит в состав экспертного совета и трепетно относится к поддержке молодых талантов.

На этот раз Леонид Михайлович не смог присутствовать на церемонии, но направил приветствие начинающим учёным-фтизиатрам: «Дорогие молодые друзья! Вас отличает чувство ответственности. Вы берётесь за проблему туберкулёза и хотите решить её. Не каждый на это способен. Несмотря на достигнутые успехи, у нас работы ещё непочатый край. Желаю вам сил и здоровья в долгожданной победе над туберкулёзом».

В нынешнем году члены экспертного совета учредили 3 специальные премии. Дипломы лауреатам вручила заведующая кафедрой туберкулёза Ростовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор Людмила Шовкун.

Специальной номинацией «За оригинальностью идеи исследования» отмечены воспитанники Новосибирского научно-исследовательского института туберкулёза – торакальный хирург Кирилл Авдиенко, представивший работу «Перибронхиальное введение противотуберкулёзных препаратов – новый перспектив-

ВОЗ, будет достигнута – совместными усилиями туберкулёз как заболевание будет ликвидирован.

Третье место присуждено торакальному хирургу туберкулёзного лёгочно-хирургического отделения, старшему научному сотруднику лаборатории консервативных и хирургических технологий лечения туберкулёза Уральского филиала Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний Минздрава России, кандидату медицинских наук Александру Баженову за работу «Лечение бронхиальных свищей после пульмонэктомий, выполненных

Второго места удостоена ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии Уральского государственного медицинского университета Алеся Мезенцева за работу «Выявление критериев для оценки активности малых остаточных туберкулёзных изменений, обнаруженных лучевыми методами диагностики у детей».

Первое место по итогам голосования членов экспертного совета присуждено ассистенту кафедры туберкулёза Читинской государственной медицинской академии Екатерине Богодуховой за фундаментальную работу «Роль полиморфизма генов Toll-подобных

победителя конкурса «Туберкулёз-минус» следует нести достойно.

Организаторы напомнили о тех, кто стоял у истоков этого ещё относительно молодого конкурса. Старт он получил с лёгкой руки известного российского фтизиатра Владислава Ерохина, который внёс немалый вклад в развитие фтизиослужбы и возвращение новых кадров. Огромную поддержку конкурсу оказывает Минздрав России, который в последнее время поднял проблему туберкулёза на глобальный уровень и способствует консолидации медицинской общественности всего мира. Представительство ВОЗ в России во главе с доктором

В центре внимания

К постижению «чёрных дыр» и «белых пятен»

В столице чествовали победителей конкурса «Туберкулёз-минус: молодёжные инновации XXI века»



Л. Шовкун вручает диплом С. Шевченко

ный метод предоперационной подготовки больных тяжёлыми формами туберкулёза лёгких с множественной и широкой лекарственной устойчивостью» и уролог Сергей Шевченко за работу «Экстракорпоральное ударно-волновое воздействие в диагностике инфильтративного туберкулёза предстательной железы». Победительницей в номинации «За исследовательский поиск» стала студентка 5-го курса лечебно-профилактического факультета Уральского государственного медицинского университета Алёна Ткачёва за проект «Моя законодательная инициатива: совершенствование выявления групп риска при БЦЖ-вакцинации».

Почётную миссию чествования победителей первых 3 мест выполнил директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Евгений Камкин, который, в частности, сказал:

– Вы действительно заслужили это признание старших коллег. Похвально, что в столь непростое время вы имеете возможность проводить исследование, делать изыскания, представлять свои результаты на таком высоком уровне. Хочу поблагодарить вас за активность и плодотворную работу. Все мы прекрасно понимаем, что туберкулёз – это заболевание, которое, к сожалению, не знает ни границ, ни статуса, ни положения пациентов. Каждый имеет риск быть подверженным ему. Но я надеюсь, что благодаря тому вниманию, которое на сегодняшний день приковано к проблеме, благодаря исследованиям, активно проводящимся в этой области, в том числе и вами, глобальная цель, поставленная

по поводу туберкулёза лёгких, с применением сосудистых окклюдеров». Кстати, в 2015 г. А. Баженов был удостоен спецноминации и конкурса «За актуальность исследования».

– За последние 2 года в моей профессиональной жизни произошёл ряд позитивных событий, – поделился мыслями победитель. – Значительно увеличился объём работы. Я стал выполнять более сложные оперативные вмешательства у наиболее тяжёлых пациентов, что связано прежде всего с разработкой нашим отделением тематики по лечению бронхиальных свищей. Помимо мануальных навыков и мастерства хирургов, новое, крайне непростое направление требует ещё и коор-

рецепторов в развитии туберкулёза органов дыхания».

– Вы знаете, ощущение такое, будто мне присудили Нобелевскую премию, – волнуясь, отметила победитель. – Хочу выразить огромную благодарность всем членам экспертного совета за столь высокую оценку. Благодаря ректору Читинской ГМА, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Анатолия Говорина за возможность заниматься исследовательской деятельностью, продвигать науку в нашем регионе. Кроме этого – своего научного руководителя, заведующего кафедрой туберкулёза Читинской ГМА, кандидата медицинских наук Евгения Байке и Павла Фадеева, главного врача Забайкальского краевого клинического фтизиопульмонологического центра, где собраны материалы для моего исследования. Но моего успеха не было бы без поддержки семьи, поэтому спасибо мужу и сыну за то, что они всегда со мной. Всем молодым учёным хочу пожелать активнее заниматься наукой, не страшиться больших задач и поиска. Трудитесь, старайтесь в своих начинаниях. И тогда всегда

Мелитой Вуйнович также заинтересованно относится к конкурсу «Туберкулёз-минус».

Тот путь, который избрали юные фтизиатры, отчасти можно охарактеризовать фразой, вынесенной в заглавие своего произведения замечательной американской писательницей Бел Кауфман, которая провела детские годы в нашей стране, – «вверх по ведущей вниз лестнице». Действительно, туберкулёз издревле сопровождает человечество и тянет его вниз, но молодые учёные ступенька за ступенькой поднимаются вверх, не позволяя палочку Коха, подобно безжалостному молоху, перемалывать жизни и судьбы людей. Путь исследователя в науке – это всегда поиск. Непротёрённые ходы подчас сопряжены со спорными, будоражащими общественность выводами, расширяют общепринятые стандарты. Но неудачного поиска не бывает, общеизвестно ведь, что даже отрицательный результат в науке – это тоже результат, который служит побудительным мотивом для прокладывания новых путей и поиска новых решений. Так идёт восхождение, совершенствование. Шаг за шагом поднимаемся по ступенькам вверх и вперёд, исследователь, опираясь на знания, опыт, интуицию, всякий раз отвоёвывает у огромной зыбкости незнания очередную маленькую толику, переводя её в зону знания и света.

В процессе поиска недопустимо нарушать нравственные законы, переступать человеческие отношения, расталкивать конкурентов. Работать надо не локтями, а «мозгами». Нужно помнить своих учителей, наставников, научных руководителей, которые «поставили на крыло». Даже из благих побуждений нельзя подсаживать результаты, следует отражать реальную, объективную картину. И не ждать, дескать, вот придёт время... Нет, время только уходит. Творить, преодолевать невозможное, раздвигать границы, совершать дерзкие открытия эффективнее всего в молодом, самом продуктивном возрасте. И при этом стоит помнить о том, ради чего выполняются исследования, – о помощи людям. Важно всемерно исповедовать этические нормы, экзистенциальный подход к человеку, защищать его права. Именно совместные усилия помогут сделать нашу жизнь чище и здоровее.

Материалы подготовил
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.



Победителей первых трёх мест (слева направо) А. Мезенцеву, А. Баженову, Е. Богодухову приветствуют И. Васильева и Е. Камкин

динации работы врачей смежных специальностей (эндоскопистов, анестезиологов, терапевтов). Когда мы начинали развивать это направление, были свежая идея, потребность, возможности и люди, которые нас поддерживали, а также пациенты, которым очень хотелось помочь. Нынешнее признание – очень приятная поддержка, которая стимулирует к дальнейшим изысканиям и подбадривает на нашем сложном пути.

и везде у вас будет победа! Так все вместе мы добьёмся главной цели – сможем побороть туберкулёз.

На церемонии было отмечено, что чествование в рамках конференции фтизиатров с международным участием станет знаковым событием для лауреатов, запомнится на всю жизнь. Они признаны первыми, лучшими. Теперь уже на них ориентируются коллеги, сверстники и те, кто моложе. Это высокая честь, поэтому звание

Когда в этом году в День защиты детей в Екатеринбурге открывалась специализированная детская глазная поликлиника, генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Минздрава Свердловской области Олег Шиловских во время нашего разговора упомянул о предстоящем важном событии: подписании концессионного соглашения с Министерством здравоохранения РФ.

Это свершилось не так давно. Церемония подписания состоялась на расширенном заседании Координационного совета Минздрава России по государственно-частному партнёрству.

Что же такое концессионное соглашение, реализуемое на федеральном уровне в целях оказания медицинских услуг, и почему ему придают столь большое значение обе стороны? Об этом мы сегодня беседуем с Олегом ШИЛОВСКИХ.

Привычка быть первыми

– Олег Владимирович, применительно к вашему Центру слово «впервые» звучит достаточно часто. Сейчас оно произносится вновь – на общероссийском уровне. Как вы снова оказались «впереди планеты всей»?

– Действительно, Федеральный закон о концессиях вышел давно, но в медицине воплотить его в жизнь мы решились первыми. Дело, как и ожидалось, оказалось непростым. Подготовка соглашения длилась около двух лет, в течение которых проект проходил согласование в федеральных министерствах: финансов, экономического развития; в Росимуществе, Росреестре, юридическом управлении Минздрава России, в аппарате Правительства РФ и т.п. Год назад этому вопросу была даже посвящена одна из коллегий Минздрава.

Так что это пока единственный в России федеральный проект, где медицинская организация явля-

Ориентиры

«А есть такой закон —

Эти слова могут быть девизом работы

(или совместно с концедентом) объектов (как правило) недвижимого имущества в государственную собственность, за счёт чего инвестор получает возможность эксплуатировать объект на возмездной основе, собирая доход в свою пользу».

А теперь, объясните, пожалуйста, в чём же суть конкретной договорённости?

– Цель подписанного соглашения – реконструкция и оснащение основного здания центра «Микрохирургия глаза» в Екатеринбурге на ул. Бардина, 4а за счёт собственных средств для оказания

на Урале офтальмохирургической помощи является одной из самых доступных в Российской Федерации.

В соответствии с Концессионным соглашением Центр в период реконструкции и эксплуатации должен обеспечить возможность оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий в объёме не менее чем на дату подписания концессионного соглашения и по тарифам на оплату медицинской помощи, установленным тарифным соглашением.

Планируется, что объём подобной помощи будет увеличен с учётом потребностей и увеличения мощности Центра.

Рост пойдёт и вширь, и вглубь

– Как же это возможно осуществить: и оперировать, и ремонтировать одновременно?

– Реконструкцию мы будем проводить, не останавливая деятельность всего Центра во время летнего отпуска. Традиционно у нас это 5 недель, с середины июля, когда все сотрудники отдыхают одновременно. А экстренная помощь оказывается в нашем Центре рефракционно-лазерной хирургии на ул. Ясной, 31, который работает в непрерывном режиме.

Поэтому мы должны за эти 5 недель выполнить максимальное количество работ. Что, в общем-то, логично: останавливать процесс оказания помощи нельзя.

К тому же такой опыт нас уже есть. В 2009 г. мы сделали пристрой к основному зданию на

1 тыс. м², точнее, на крыше нашего кафе надстроили ещё 2 этажа.

Что мы сделали? Всё заранее по максимуму подготовили – контракты, материалы, строительные бригады, и когда весь коллектив ушёл в отпуск, провели необходимые работы. Вообразите удивление сотрудников, вернувшихся из отпусков и обнаруживших такие изменения, – практически новое здание!

А потом уже пошла внутренняя отделка, которую можно прово-

хирургии – это направление сейчас очень востребовано.

Движение «вглубь» продолжится: в цокольный этаж переведём аптечный склад, отдел медицинской статистики, благодаря чему освободятся площади на 1-м этаже, где и будут созданы новые операционные.

Предусмотрена и замена коммуникаций, труб, пожарной сигнализации, вентиляции, окон – в списке много чего.



О.Шиловских, генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Свердловской области

дить без перерыва в деятельности клиники.

Или ещё пример. Несколько лет назад мы расширились «вглубь», освоив 2000 м² офисных площадей, буквально «вы-

– Сколько времени на это потребуется?

– Работы по реконструкции и оснащению инженерно-техническим оборудованием будут проведены в период с октября 2017 г. по август 2027 г.

– Чем вызвана необходимость такого проекта, как концессия?

– Наше здание находится в федеральной собственности, мы его арендуем. Соответственно, приходится каждые 5 лет пересогласовывать этот договор, что очень неудобно в плане развития: ты не можешь привлекать никакие ресурсы и строить долгосрочные планы.

Бывали и тяжёлые времена, и совсем недавно даже судебные разбирательства, когда местные газеты пестрели заголовками: «Центр «Микрохирургия глаза» могут выселить из того здания, которое он исторически занимает» и т.д. В результате было признано, что мы адекватно, эффективно, а главное, по закону использовали госимущество, это зафиксировано в судебном решении.



Во время подписания концессионного соглашения – С.Краевой (слева) и О.Шиловских

рыв» новые подвалы под зданием. Все «грязные» и шумные работы тоже были проведены в период летних отпусков. Сейчас в этом цокольном этаже находятся технические службы.

Так что всё возможно

– Что предусмотрено планом реконструкции?

– Появятся новые диагностические линии, целый новый операционный блок для офтальмопластической, носослезной

Но такой прецедент стал толчком к поиску новых вариантов работы в данном направлении. И федеральный Минздрав – это была его инициатива – предложил нам подготовить Концессионное соглашение и проторить таким образом дорогу другим.

Теперь мы получили разрешение взять это здание в концессию на 25 лет, то есть право аренды федерального имущества предоставлено нам на длительный срок.

Это первая настоящая концессия в здравоохранении, в лечении и диагностике пациентов.

Подписанное соглашение является знаковым событием не только как первый федеральный проект на принципах ГЧП, предусматривающий передачу федеральной инфраструктуры здравоохранения частному инвестору для реконструкции и эксплуатации в целях оказания медицинских услуг населению, но и как проект, реализуемый без участия средств федерального бюджета

В хорошем смысле этого слова в здравоохранении пришёл здоровый бизнес, который обладает всеми компетенциями для оказания высокотехнологичной медицинской помощи в такой уникальной отрасли, как офтальмология; активно участвует в программе госгарантий и живёт по честным, прозрачным законам. Поэтому данное событие можно назвать эпохальным.

Сергей КРАЕВОЙ,
заместитель министра здравоохранения Российской Федерации.

ется собственным инвестором, то есть мы для нашего развития никого не привлекаем, рассчитываем только на средства, заработанные самостоятельно.

– Поскольку понятие новое, я посмотрела его толкование в Википедии: «Концессия – вид договора, не предусмотренный Гражданским кодексом РФ, о создании или реконструкции за счёт средств инвестора

непрерывной медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

То есть наш коллектив принимает на себя определённые обязательства, а именно – провести капитальную реконструкцию, вложив, прямо скажем, немалые деньги. Проектом предусмотрено «привлечение концессионером частных инвестиций для рекон-



В главной операционной Центра

Это, безусловно, новшество для российской медицины. Надеюсь, что наш пример может стать определённым сигналом для всех, кто хотел бы в неё вкладывать средства. Необязательно самим медицинским организациям, может, они будут находить других инвесторов или вообще инвесторы будут приходить на это поле в дальнейшем.

Только нужно понять, что медицина – не торговля сапогами, она не даёт сразу бешеного

Его отличие в том, что офтальмохирург может наблюдать не только поле, которое обычно видно в микроскоп, а с помощью виртуальных технологий в специальных очках он на большом экране может увидеть то, что находится за непрозрачными средами.

Естественно, вслед за этим расширятся и технологии, и инструменты, появятся новые лекарственные средства – это будет очень мощный толчок к развитию. Я думаю, что на нашей

доходы бюджета несопоставимы с нашей страной. Это просто значит, что спрос колоссальный.

Может быть, в России вопрос стоит ещё острее. Его можно было бы решить за счёт развития частной медицины. Если взять Германию, люди после 60 – это самая богатая часть общества, причём как раз та часть, которая в большей степени думает о своём здоровье; гораздо больше, чем молодёжь. Если бы у всех наших пенсионеров были «лиш-

При этом в период действия концессионного соглашения не предвидится никаких расходов федерального бюджета на содержание Центра, его реконструкцию и оснащение!

Год больших свершений

– **Олег Владимирович, насыщенные событиями время пролетает быстро. Вроде вчера мы с вами виделись на открытии детской поликлиники**

почти 90% специализированной офтальмологической помощи здесь будет оказываться бесплатно в рамках территориальной программы госгарантий ОМС.

Что примечательно: для новой офтальмологической клиники построено прекрасное здание в центре города, сразу же признанное уникальным архитектурным объектом.

Её создание – это очередной совместный проект с компанией «УГМК-Холдинг». Вместе мы уже открыли современные глазные центры в Верхней Пышме, Серове, Ревде, Кировграде и Красноуральске.

А всего филиалов Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза» в Уральском регионе 17.

– **Напоминает сеть, которую создавал в общероссийском масштабе Святослав Фёдоров.**

– Именно эту идею Святослава Николаевича мы пронесли через 30 лет работы: быть как можно ближе к пациенту.

С.Фёдоров даже приезжал на открытие одного из таких представительств на севере нашей области в городе Серове.

В чём их преимущества? Когда под эгидой крупного центра развиваются небольшие подразделения в регионах, это перспективно уже хотя бы потому, что руководитель данного центра контролирует всю работу. Он даёт зарплату персоналу, рекомендации специалистам, заботится о повышении их профес-

Движение вперёд!»

Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза»



С. Фёдоров на открытии представительства центра в городе Серове, 1996 г.

финансового эффекта; здесь нельзя заложить рентабельность в 200% и включить кассу. Это долгосрочные инвестиции, но отдача от них обязательно будет.

И для врача, и для пациента. И для Минздрава

– **В чём ещё преимущества подписания концессии?**

– Я думаю, что это большой плюс для коллектива: люди получили уверенность в завтрашнем дне, ещё раз убедились в том, что мы «живём» всерьёз и надолго.

Значит, есть основания дальше развиваться, расширяться, внедрять новые технологии. Да и не секрет, что спокойствие медицинского коллектива в полной мере отражается на состоянии пациентов.

Работа в рамках концессии будет, безусловно, на руку и пациентам. В соглашении прописано, что нельзя ухудшать условий оказания помощи, которые сегодня существуют. Это в первую очередь касается территориальной программы госгарантий – мы не будем её уменьшать или делать больше платных и меньше бесплатных мест. Мы должны этот социальный паритет сохранять. Центр готов к тому, чтобы государство дало нам большой заказ, что могло бы расширить наши возможности оказания бесплатной медицинской помощи.

– **Какие новые технологии появятся в центре в ближайшее время?**

– Мы готовимся к внедрению 3D-технологий, которые начнём применять для операций на сетчатке и стекловидном теле. Надеюсь, что в апреле получим на апробацию такой 3D-комплекс.

традиционной Евро-Азиатской конференции по офтальмохирургии, которая состоится в апреле 2018 г., показательные операции на этом оборудовании мы уже проведём.

Возможно, мы будем в России одними из первых.

– **Поможет ли работа по усовершенствованию оказания помощи избежать такого привычного для нашей страны явления, как очереди? Или у вас их нет?**

– Очередь существует, в первую очередь, потому что средства государства ограничены, нет возможности содержать такое количество лечебных учреждений, которые приняли бы всех пациентов. Очереди на оказание медицинской помощи есть и во многих развитых странах, где

ние» деньги, проблема очередей бы так остро не стояла.

Но подчеркну: в нашем центре в листе ожидания слепых людей нет. Если там появляется человек, который действительно находится в группе риска лишиться зрения, мы его оттуда «вынимаем» и делаем всё, чтобы такие пациенты были в кратчайшие сроки прооперированы и восстановлены. Как говорится, кто ждать не может, тот ждать не должен.

– **Про коллектив и пациентов – понятно. А в чём интерес Минздрава, подписавшего концессию?**

– Предполагается, что пилотный проект, согласно социально-экономическим параметрам, позволит в первую очередь обеспечить доступность и качество медицинской помощи при условии, как мы уже говорили, непрерывности её оказания и гарантий выполнения обязательств по программе обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в федеральный бюджет пойдут немалые налоговые отчисления, а также доход в виде концессионной платы и арендной платы за земельный участок.



Представительство в городе Реже – проект, воплощённый в жизнь

да и области, предмет для гордости и радости. Получилось сделать так, чтобы она вообще не ассоциировалась у ребят с лечением, насколько там радостные интерьеры, прекрасные (и «умные»!) игровые. А главное – есть возможность оказания маленьким пациентам помощи на самом высоком уровне. За 4 месяца работы поликлиники она уже приняла 7 тыс. маленьких пациентов, и поток не уменьшается; совершенно очевидно, что нужно открывать новые подобные поликлиники и в других районах города.

Не так давно мы открыли своё представительство в городе Реже (Свердловская область). Теперь жителям этого и соседних городов больше не придётся ездить в областной центр на консультацию к главному врачу. Всю необходимую помощь они смогут получать рядом с домом. Но самое главное, что в представительстве будет работать профессиональная команда, которая сможет оказать помощь всем, кому она необходима. Причём

сионального уровня и требует соответствующего качества работы. И, конечно же, отвечает за оснащение оборудования.

При этом у пациентов всегда есть возможность получить высокотехнологичную помощь в головном учреждении – в нашем Центре.

Хотя есть варианты. У нас в планах в представительствах, расположенных в крупных городах, создать свои операционные. Например, в Нижнем Тагиле организовали операционный блок и отправляем туда на работу наши выездные бригады, то есть лучших специалистов Екатеринбургского центра, на один день два раза в неделю. Такой опыт сотрудничества есть у нас и с офтальмологической клиникой в Челябинске.

– **Скольким пациентам помогли специалисты центра вернуться к обычной жизни за время его существования? Ещё не подсчитали, вступая в год 30-летнего юбилея?**

– За это время нашими пациентами стали 4 млн человек.

– **Остаётся только пожелать всему коллективу удачи и новых свершений, которые, несомненно, будут!**

– Спасибо!

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

Москва.



На диагностике в детской глазной поликлинике

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 87 (2117)

Определение

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – синдром, включающий в себя клинически манифестные (острые) инфекции верхних и нижних мочевых путей, мужских половых органов и бессимптомную бактериурию.

Пиелонефрит – неспецифическое инфекционное заболевание с преимущественным поражением интерстициальной ткани и чашечно-лоханочной системы.

Цистит – воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря.

Уретрит – воспаление мочеиспускательного канала.

Бессимптомная бактериурия (ББУ) – обнаружение бактерий в моче 10⁵ КОЕ в 1 мл или БУ при микроскопии без клинико-лабораторных признаков заболевания мочевой системы. Диагноз ББУ может быть установлен в следующих случаях (IDSA, 2005):

– у женщин при выделении одного и того же штамма бактерий в титре $\geq 10^5$ КОЕ/мл не менее чем в двух образцах средней порции мочи, последовательно собранных в асептических условиях с промежутком более 24 часов ^{2b,B};

– у мужчин при однократном выделении бактериального штамма в количестве $\geq 10^3$ КОЕ/мл ^{2a,B};

– у лиц при однократном выделении бактериального штамма в количестве $\geq 10^2$ в образце мочи, полученном при катетеризации мочевого пузыря ^{2a,B}.

Коды по МКБ-10

N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит (острый пиелит, острый пиелонефрит)

N11 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит

N11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом

N11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит

N11.8 Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты

N11.9 Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточнённый

N30 Цистит

N30.0 Острый цистит

N30.1 Интерстициальный цистит (хронический)

N30.2 Другой хронический цистит

N30.4 Лучевой цистит

N30.8 Другие циститы

N30.9 Цистит неуточнённый

N34.1 Неспецифический (негонококковый) уретрит

O23.0 Инфекция мочеполовых путей при беременности

O23.0 Инфекция почек при беременности

O30.0 Инфекция мочевого пузыря при беременности

O30.0 Инфекция уретры при беременности

R82 Другие отклонения от нормы, выявленные при исследовании мочи

R82.7 Отклонения от нормы, выявленные при микробиологическом исследовании мочи (бактериурия).

Эпидемиология

Пиелонефрит. Заболеваемость в детском возрасте составляет 7,3-27,5 случаев на 1000, у взрослых – 0,82-1,46 на 1000. Ежегодно в России регистрируется до 1,3 млн новых случаев острого пиелонефрита. Распространённость – 1% населения, от 6 до 30% населения по данным аутопсий. Женщины болеют в 2-5 раз чаще мужчин в любом возрасте, девочки в возрасте от 2 до 15 лет – в 6 раз чаще мальчиков, почти такое же соотношение между мужчинами и женщинами в молодом и среднем возрасте. Пиелонефрит чаще возникает у пожилых мужчин, чем у молодых, вследствие доброкачественной гиперплазии предстательной железы, и распространённость его выше, чем у женщин (15-30 против 5-6%).

Цистит. Треть взрослого населения России переносит по крайней мере один эпизод острого цистита в течение жизни. 25-35% женщин в возрасте 20-40 лет в течение одного года имеют один эпизод цистита (0,5-0,7 эпизода на одну женщину в год). Ежегодно имеет место 26-36 млн случаев острого цистита.

ББУ. Распространённость ББУ варьирует в широких пределах в разных популяциях и зависит от пола и возраста, половой ак-

тивности, функциональных и структурных нарушений, сопутствующей патологии. В раннем детстве ББУ встречается крайне редко (0,001% у мальчиков в возрасте до 5 лет; 1-4% девочек) и возникает, как правило, на фоне врождённых аномалий развития мочевыводящей системы. Для молодых здоровых мужчин ББУ не характерна, однако у пожилых её частота нарастает с 3,6 до 19%, что обусловлено развитием гиперплазии предстательной железы и нарушением уродинамики. Среди здорового женского населения распространённость

Инфекции мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия

Клинические рекомендации для врачей общей практики

ББУ также увеличивается с возрастом – от 1% среди школьников до 16% и более среди женщин 70 лет и старше. У молодых женщин ББУ тесно связана с сексуальной активностью: 5% здоровых пременопаузальных замужних женщин против 0,7% монахинь. При беременности частота ББУ составляет 2-9% и более. ББУ характерна для женщин с сахарным диабетом – 9-27%, значительно превышая таковую у здоровых женщин. У 28% диализных больных ББУ сочетается с лейкоцитурией за счёт уменьшения диуреза и недостатка адекватного пассажа мочи. ББУ также характерна для пациентов с повреждениями спинного мозга с нарушениями функций тазовых органов или мочевыми катетерами (кратковременная установка катетера – частота ББУ составляет 9-23%; при долговременных катетерах ББУ выявляется в 100%).

Этиология и патогенез

Основным возбудителем ИМП является уропатогенная *E.coli*, выявляемая у 65-90% пациентов. Реже возбудителями ИМП могут быть *S.saprophyticus*, *P.mirabilis*, *Enterococcus spp.*, *Klebsiella spp.* и другие представители семейства *Enterobacteriaceae* ^{2a}. Осложнённая ИМП характеризуется наличием широкого спектра возбудителей, особенно после длительного приёма антибактериальных препаратов. Основным возбудителем осложнённой ИМП остаётся *E.coli*, помимо которой патогенными возбудителями являются *Klebsiella pneumoniae*, *P.mirabilis*, *Citrobacter spp.*, *Enterobacter spp.*, *Ps.aeruginosa*, *S.aureus* и грибы рода *Candida*. В 20% случаев выявляют ассоциации микроорганизмов. Со временем возможны смена возбудителя, развитие полирезистентных форм, для которых характерно рецидивирующее, более тяжёлое течение.

Наиболее частая причина неосложнённого ОП – *E.coli*, реже – *Klebsiella pneumoniae* (до 9%), *Proteus spp.* (4%), *S.aureus* (3%), *Ps.aeruginosa* (3%), *Enterococcus spp.* (до 7%) и др.

В структуре возбудителей ББУ и внебольничной ИМП у беременных чаще выявляется *E.coli* – 65-70%, реже – *Klebsiella pneumoniae* (до 10%), *P.mirabilis* (до 7%), *Staphylococcus spp.* (2%), *Enterococcus spp.* (до 5%) и др.

У детей наиболее частыми патогенными возбудителями ИМП также являются грам-отрицательные представители семейства *Enterobacteriaceae*, из них *E.coli* встречается в 60-90% случаев, реже – *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus spp.* – в 5-7%. У новорождённых детей относительно часто встречается *Streptococcus групп А и В*.

Важным фактором вирулентности уропатогенных штаммов *E.coli* и других представителей семейства *Enterobacteriaceae*

является способность к адгезии уроэпителию с помощью особых биомолекул – адгезинов – фимбрий типа S, L, пили 1-го типа, O- и K-антигены полисахаридной капсулы микроба, а также PAP-пили (*pyelonephritis-associated P-pili*) и адгезина FimH. Проникновение уропатогенов в мочевыводящие пути происходит восходящим, реже – нисходящим (гематогенным) путём. Спектр возбудителей гематогенных ИМП ограничен и представлен обычно относительно редкими микроорганизмами, такими как *S.aureus*, *Candida*, *Mycobacterium tuberculosis*.

Часто ИМП протекают на фоне сопутствующей патологии (сахарный диабет), нарушений гемодинамики (артериальная гипертензия, атеросклероз почечных артерий) и уродинамики (аденома предстательной железы, врождённые аномалии развития, нейрогенный мочевой пузырь при сахарном диабете, опущение внутренних половых органов у женщин).

– перед проведением инвазивных вмешательств на органах мочеполовой системы, в том числе с высоким риском развития кровотечения при повреждении слизистой ^{1b,A}.

Скрининг на выявление ИМП не проводится:

– у небеременных женщин в пременопаузальном периоде ^{1b,A};

– у женщин в постменопаузальном периоде ^{1b,A};

– у женщин с сахарным диабетом ^{1b,A};

– у здоровых мужчин ^{2b,B};

– у пожилых людей, проживающих в домах престарелых ^{1a,A};

– у пациентов с постоянным мочевым катетером ^{1b};

– у пациентов с нефростомическим дренажем или мочеточниковым стентом ^{4,C};

– у лиц с поражением спинного мозга ^{2a,B};

– у пациентов с кандидурией ^{1b,A};

– у пациентов после трансплантации почки, если с момента трансплантации прошло более 6 месяцев ^{2b,B}.

Факторы риска развития ИМП

Тип/категория факторов риска	Фактор риска
Отсутствует	Здоров
Рецидивирующая ИМП без риска тяжёлых исходов	– сексуальная активность – использование контрацептивных средств – недостаточность эстрогенов в постменопаузе – компенсированный сахарный диабет
Экстраурогенитальные факторы, в том числе с риском более тяжёлого исхода ИМП	– беременность – мужской пол – декомпенсированный диабет – системные заболевания соединительной ткани – иммуносупрессия – преждевременные роды, недоношенность
Наличие нефропатий с риском тяжёлого исхода ИМП	– почечная недостаточность – поликистозная болезнь почек
Наличие урологических факторов с риском тяжёлого исхода ИМП, который может быть устранён в процессе лечения	– обструкция (мочекаменная болезнь, стриктуры и др.) – кратковременная постановка мочевого катетера – ББУ (обычно в сочетании с другими факторами риска (беременность, урологические вмешательства) – подающаяся терапия нейрогенная дисфункция мочевого пузыря – оперативное урологическое вмешательство
Наличие постоянного мочевого катетера и неразрешимых урологических факторов с риском более тяжёлого исхода	– наличие постоянного мочевого катетера – неустранимая обструкция мочевых путей – плохо контролируемая терапией нейрогенная дисфункция мочевого пузыря

Факторы риска развития ББУ

Фактор риска	Частота развития ББУ
Женский пол	Увеличение частоты
Сексуальная активность	Распространённость выше у замужних женщин
Сахарный диабет	Увеличение распространённости среди женщин моложе 65 лет от 2-6 до 7,9-17,7%
Возраст	Увеличение частоты возникновения у женщин и мужчин
Наличие катетера	У 3-6% людей имеется бактериурия при ежедневной катетеризации. Все пациенты с постоянным катетером имеют бактериурию

Факторы и группы риска

Скрининг

Скрининг на выявление ИМП проводится в следующих случаях:

– у беременных (оптимальный срок беременности для скрининга – 12-16 недель) ввиду угрозы тяжёлых осложнений у матери (сепсис, ДВС-синдром, шок, респираторный дистресс-синдром, смерть) и плода (низкий вес новорождённых) ^{1a,A};

Классификация

По локализации ИМП подразделяются на:

● Инфекции верхних мочевых путей (пиелонефрит, пиелит, уретрит)

● Инфекции нижних мочевых путей (цистит, уретрит)

● Инфекции мужских половых органов (простатит, орхит, эпидидимит).

По наличию осложнений:

● Осложнённые ИМП (абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок, ОПН)

● Неосложнённые.

Факторы риска развития осложнённой ИМП

Фактор риска
Наличие постоянного катетера или стента (уретрального, мочеточникового, почечного) или периодическая катетеризация мочевого пузыря
Объём остаточной мочи > 100 мл
Обструктивная уропатия любой этиологии, например обструкция устья мочевого пузыря (включая нейрогенный мочевой пузырь), камни и опухоли
Пузырно-мочеточниковый рефлюкс или другие функциональные нарушения
Реконструктивные операции мочевыводящих путей с использованием сегмента подвздошной кишки или созданием кондуита
Химическое или лучевое повреждение урозпитателя
Пери- и послеоперационные ИМП
Почечная недостаточность и трансплантация почек, сахарный диабет и иммунодефициты

Факторы риска развития ИМП у детей

Фактор риска
Обструкция и функциональные нарушения: фимоз ^{2а}
Врождённые аномалии: клапаны уретры, обструкция лоханочно-мочеточникового сегмента или необструктивный застой мочи (например, при синдроме «сливового живота», пузырно-мочеточниковый рефлюкс), сращение половых губ
Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря
Функциональные нарушения мочеиспускания у практически здоровых детей с редким опорожнением мочевого пузыря при постоянном сидении со скрещенными ногами, на корточках
Дисплазия почечной ткани, развившаяся во внутриутробном периоде

По месту возникновения:

● Внебольничные (амбулаторные) – ИМП, развившиеся в амбулаторных условиях или в течение 48 часов после поступления в стационар

● Нозокомиальные (внутрибольничные) – ИМП, развившиеся после 48 часов пребывания в стационаре или в течение 48 часов после выписки.

По течению:

● Острые (первый эпизод, рецидив, новая инфекция)

- Хронические (обострение, ремиссия)
- Бессимптомная бактериурия.

Компоненты клинического диагноза:

- Нозология – пиелонефрит
- Течение острое, рецидивирующее
- Условия возникновения – внебольничной/внутрибольничной
- Наличие осложнений – неосложнённый/осложнённый
- Осложнения – абсцесс, карбункул, паранефрит, уросепсис, шок, ОПН
- Функция почек – ОПН, ХБП (стадии 1-5)
- Сопутствующая патология – сахарный диабет, мочекаменная болезнь, артериальная гипертензия и др.

Примеры формулировки диагноза:

Острый внебольничной неосложнённой пиелонефрит.

Острый внебольничной неосложнённой пиелонефрит, рецидив.

Острый внутрибольничной пиелонефрит, осложнённый абсцессом правой почки. Вторично сморщенная почка справа. ХБП 3А стадии. Артериальная гипертензия 2-й степени. Сахарный диабет 2-го типа, инсулинозависимый, тяжёлое течение, декомпенсированный.

Принципы и алгоритмы клинико-лабораторной и инструментальной диагностики ИМП в амбулаторных условиях

Диагностика ИМП основана на изучении жалоб, анамнеза, клинической картины, анализов мочи, выявления осложнений, факторов риска. У женщин ИМП требует исключения альтернативных заболеваний. Клинические проявления острой ИМП зависят от инфицированного органа и имеют общие симптомы: лихорадка, слабость, боль в поражённом органе, нарушения мочеиспускания (восходящий или нисходящий уретрит, цистит) и изменения в осадке мочи – БУ, лейкоцитурия (преобладает над эритроцитурией), возможна минимальная протеинурия.

Золотой стандарт диагностики пиелонефрита – выявление БУ и лейкоцитурии в сочетании с данными анамнеза и физического обследования.

БУ выявляют случайно или в результате скрининга, при этом жалобы, дизурия и другие клинико-лабораторные признаки заболевания и нарушения функции почек и мочевых путей отсутствуют.

Жалобы и анамнез

Выявление жалоб позволяет заподозрить ИМП, предположить или исключить альтернативные заболевания и составить план дальнейшего обследования.

Для пиелонефрита характерны жалобы на учащённое болезненное мочеиспускание (дизурия) вследствие сопутствующего цистита или уретрита, боль в поясничной области или животе, помутнение мочи, лихорадка, ознобы, слабость, полиурии. Типична так называемая триада: боль (в поясничной области), лихорадка, дизурия.

При цистите больных беспокоят учащённое болезненное мочеиспускание, тенезмы, боль в надлобковой области, помутнение мочи, слабость. На дизурию, обусловленную неспецифическим уретритом, жалуются 100% больных циститом. У женщин, не имеющих факторов риска развития осложнённых ИМП, при наличии ирритативных симптомов мочеиспускания (дизурия, частые позывы и urgency) и отсутствии отделяемого из влагалища или раздражения в нём, диагноз острого неосложнённого цистита может быть установлен с высокой вероятностью ^{2а,в}.

При невозможности опорожнения и/или ощущении распирания мочевого пузыря следует заподозрить его обструкцию.

Симптомы ИМП у детей неспецифичны и могут отличаться в зависимости от возраста и степени тяжести заболевания. При наличии у мальчика боли и признаков воспаления в мошонке следует заподозрить перекут яичка. Симптомы ИМП у новорождённых могут быть неспецифическими и не иметь чёткой локализации. У маленьких детей ИМП могут проявляться симптомами со стороны желудочно-кишечного тракта, такими как рвота и диарея. В первые несколько недель жизни у 13,6% детей с лихорадкой имеет место ИМП. Редко ИМП может проявляться септическим шоком. У маленьких детей признаки ИМП могут быть стёртыми, но позднее, начиная с 2-летнего возраста, проявляются учащённым мочеиспусканием, дизурией, болью в надлобковой области, животе или спине с/без повышения температуры тела.

При знакомстве с анамнезом следует уточнить:

- наличие или отсутствие эпизодов в прошлом (повторная ИМП, рецидив или острая ИМП);
- время, прошедшее с момента последней ИМП (если менее 3 месяцев, необходимо определение резистентности микроорганизмов);
- острое начало ИМП (постепенное начало характерно для инфекций, передаваемых половым путём, например хламидий);
- боль в пояснице в прошлом;
- урологические заболевания или аномалии, камни, обструкция мочевых путей, катетеризация, рефлюксы (говорят в пользу обструктивной ИМП);
- приём других лекарственных препаратов, лекарственная аллергия;
- сексуальная активность (частота, тип контрацепции, появление симптомов после полового контакта, смена партнёра) – помогает заподозрить ИППП, иногда требуется скрининг на ВИЧ и гепатиты;
- беременность или подозрение на неё (необходимость подбора лекарственных средств);
- наличие сопутствующих заболеваний или особых состояний (пожилой возраст, сахарный диабет, иммуносупрессия, недавний приём антибиотиков, предшеству-

ющие инфекции резистентными микроорганизмами, большое число принятых ранее антибиотиков, пребывание в местности с резистентными уропатогенами).

Физикальное обследование

При пиелонефрите:

- температура фебрильная или субфебрильная;
- напряжение и болезненная пальпация в костовертбральном углу, в проекции почек и со стороны брюшной полости, положительный симптом Пастернацкого;
- напряжение мышц отсутствует – подозрение на абдоминальный или пельвикальный процесс;
- неврологическое обследование – исключение автономной нейропатии, ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря;
- ортостатическая гипотензия без компенсаторной тахикардии характерна для нейропатии (например, диабетической), ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря;
- гипотензия и тахикардия более свойственны системному процессу, как пиелонефрит (при сепсисе, рвоте, лихорадке), но может быть и при неинфекционном заболевании;
- тяжесть состояния обусловлена, как правило, инфицированием полирезистентными микроорганизмами, рецидивом и/или осложнением пиелонефрита.

При цистите:

- температура чаще нормальная;
- пальпация в надлобковой области несколько болезненна;
- обследований гениталий – в норме при цистите, напряжение и болезненность – при вальвулите, цервиците, аднексите, вагините, сальпингите;
- неврологическое обследование – исключение автономной нейропатии, ассоциированной с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря.

Лабораторная диагностика

Экспресс-диагностика тест-полосками как альтернатива общему анализу мочи в диагностике неосложнённого ОЦ ^{2а,в}, неосложнённого ОП ^{4,с}:

- эстеразный тест на лейкоцитурию (чувствительность 74-96%; специфичность 94-98%);
- нитритный тест на БУ (чувствительность 35-85%; специфичность 92-100%): положительный результат подтверждает БУ, отрицательный – не исключает её, так как при кокковой флоре (*Staphylococcus spp.*, *Enterococcus spp.*) нитритный тест всегда отрицательный;
- объединённый эстеразный и нитритный тест более точен (чувствительность 88-92%; специфичность 66-76%).

Общий анализ мочи (или анализ мочи по Нечипоренко):

- количественная оценка числа лейкоцитов (чувствительность 91%; специфичность 50%); лейкоцитурия более 3-4 лейкоцитов в 1 мл средней порции мочи;
- обнаружение бактериурии (знак +) соответствует 10⁵ КОЕ в 1 мл мочи;
- окраска осадка мочи по Граму с выявлением грамотрицательной или грамположительной культуры микроорганизмов после положительного результата скрининга БУ (или одновременно с ним) до получения результатов посева (чувствительность 83-94%; специфичность 79-99%);
- протеинурия минимальна или выражена умеренно;
- гипостенурия может быть следствием нарушения концентрационной функции канальцев, при олигурии возможна гиперстенурия;
- микрогематурия (редко макрогематурия – при некрозе почечных сосочков);
- лейкоцитарные цилиндры при ОЦ неспецифичны;
- щелочная реакция мочи при инфицировании видами *Klebsiella*, *Proteus* и *Pseudomonas*.

Бактериологическое исследование (посев мочи):

- подсчёт числа микроорганизмов в моче:
 - пороговая величина для обнаружения БУ – 10² КОЕ/мл мочи;
 - уровень БУ для диагностики ИМП – 10³ КОЕ/мл мочи;
 - неосложнённый ОЦ у мужчин и небеременных женщин – ≥10³ КОЕ/мл мочи ^{3,в};
 - неосложнённый ОП у небеременных женщин – ≥10⁴ КОЕ/мл мочи – клинически значимая БУ ^{2б,с};
 - осложнённая ИМП у женщин – ≥10⁵ КОЕ/мл мочи;
 - осложнённая ИМП мужчин – ≥10⁴ КОЕ/мл мочи;
 - БУ у мужчин – ≥ 10³ КОЕ/мл ^{2а,в};
 - БУ у небеременных женщин – ≥10⁵ КОЕ/мл мочи ^{2б,в};
 - БУ у беременных – ≥10⁵ КОЕ/мл мочи ^{2а,а};

- симптомная ИМП у беременных – ≥10³ КОЕ/мл мочи ^{4,в};
- БУ у детей и подростков до 18 лет – ≥10⁵ КОЕ/мл мочи;
- симптомная ИМП у детей и подростков до 18 лет – ≥10⁴ КОЕ/мл мочи.

● определение чувствительности возбудителя к антимикробным препаратам до назначения антимикробной терапии.

Показания к бактериологическому исследованию:

- отсутствие эффекта от эмпирической антимикробной терапии через 5-7 дней от начала лечения;
- БУ, ОЦ и ОП у беременных;
- рецидив ИМП;
- нозокомиальные ИМП;
- осложнённые ИМП;
- госпитализация пациента с ИМП в стационар;
- дети и подростки до 18 лет.

Дополнительные показания к бактериологическому исследованию:

- неясность диагноза после уточнения анамнеза и физического исследования;
- вероятный возбудитель ИМП – необычный или резистентный микроорганизм;
- недавнее инфицирование не микроорганизмами семейства *Enterobacteriaceae* (дизентерийный энтерит, хламидийный цистит и др.) или получение антимикробной терапии в связи с каким-либо острым инфекционным заболеванием (пневмония и др.).

Общий анализ крови при неосложнённом ОП не является обязательным. При осложнённом ОП в крови отмечают увеличение скорости оседания эритроцитов, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, иногда лейкопению, у некоторых пациентов – анемию.

Биохимический анализ крови и дополнительные исследования проводят только по показаниям (при подозрении на наличие осложнений, рецидив ИМП, альтернативный диагноз):

- электролиты, мочевины, креатинин сыворотки крови назначают при рецидивирующем и/или осложнённом течении ИМП, нозокомиальной ИМП и обструкции мочевых путей, а также пациентам, находящимся в стационаре;
- глюкоза плазмы крови – большим сахарным диабетом или при подозрении на него;
- тесты для исключения ИППП;
- тест на беременность;
- бактериологическое исследование крови (проводят при наличии лихорадки с лейкопенией, отдалённых очагах инфекции, иммунодефицитных состояниях, интраваскулярных эмболозах) у трети пациентов позволяет выявить возбудителя, в сочетании с посевом мочи увеличивает процент идентификации возбудителя до 97,6% ^в.

Инструментальная диагностика

проводится по показаниям (в частности у женщин с атипичными симптомами неосложнённого ОЦ или ОП, у детей с рецидивами ИМП, при отсутствии ответа на соответствующую антибактериальную терапию) ^{4,в}. Обследование детей с рецидивами ИМП у уролога позволяет выявить аномалии мочевой системы в 20-50% случаев. УЗИ почек, мочевого пузыря и предстательной железы проводится для исключения обструкции мочевых путей или мочекаменной болезни ^{4,с}, а также для исключения других заболеваний почек (опухоль, туберкулёз, гематома):

- при ОП – увеличение размеров, снижение эхогенности, контуры почек ровные;
- при рецидивирующем пиелонефрите – уменьшение размеров, повышение эхогенности, деформация и расширение чашечно-лоханочной системы, бугристость контуров почки, асимметрия размеров и контуров;
- при обструкции мочевых путей – гидронефроз, конкременты, наличие остаточной мочи в мочевом пузыре.

При сохранении у пациента лихорадки более 72 часов от начала терапии для исключения камней, структурных изменений, абсцессов почки или паранефрального пространства проводится мультиспиральная компьютерная томография, экскреторная урография или радиоизотопная реносцинтиграфия ^{4,с}. Рутинное выполнение экскреторной урографии и цистоскопии (уточнение причины обструкции) у женщин с рецидивирующей ИМП не рекомендуется ^{1б,в}. При подозрении на осложнённую ИМП при беременности предпочтительнее выполнять УЗИ и магнитно-резонансную томографию во избежание радиационного риска у плода ^{4,в}.

(Окончание следует.)

Под редакцией главного специалиста Минздрава России по семейной медицине (общей врачебной практике), академика РАН Игоря ДЕНИСОВА.

Междисциплинарная проблема

Как отметил в своём приветствии Вернер Гаке, Всемирный день инсульта проводится в этом году более чем в 50 странах и 150 регионах и городах под лозунгом «Инсульт можно предотвратить» (Stroke is preventable). Профилактика болезни должна иметь приоритетное значение. Изменение образа жизни и отказ от вредных привычек (курение, неправильное питание, чрезмерное употребление алкоголя и т.д.) может вдвое снизить частоту инсульта. В качестве значимого успеха было названо включение инсульта в раздел «нервные болезни» МКБ-11 (ранее он был в разделе «сердечно-сосудистые заболевания»).

«Инсульт – междисциплинарная проблема» – так назывался один из симпозиумов конгресса. Идея междисциплинарности пронизывала практически все заседания конгресса. Среди докладчиков были неврологи, нейрохирурги, кардиологи, психиатры, окулисты, нейрореабилитологи, врачи функциональной диагностики, рентгенологи, логопеды, психологи, сосудистые хирурги, фармакологи, биологи, организаторы здравоохранения и т.д.

На съезде выступила министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова, по инициативе которой около 10 лет назад была начата национальная программа помощи больным инсультом. На сегодняшний день в стране насчитывается более 600 сосудистых центров, где применяются современные методы экстренной диагностики и лечения инсульта. По данным Минздрава, смертность россиян от этой патологии снизилась с 2008 по 2016 г. на 45% и в настоящее время составляет примерно 123 случая на 100 тыс. человек. Около трети больных инсультом госпитализируется в первые 4,5 часа после его начала (т.е. в пределах терапевтического окна для проведения внутривенного тромболитика. – см. ниже). Снижение смертности связано не только с увеличением количества медицинских центров, которые специализируются на лечении сосудистых заболеваний, но и с регулярной диспансеризацией населения. Сейчас разрабатывается программа этапной нейрореабилитации, что позволит снизить количество инвалидов после перенесённого инсульта. Для объединения усилий профессионалов, чиновников и общества создан федеральный социально-образовательный проект «Стоп-инсульт» и запущен портал stop-insult.ru.

Модель помощи больным инсультом, предложенная В.Скворцовой, успешно реализуется также в ряде стран СНГ. Например, по словам директора Республиканского координационного центра по проблемам инсульта Ержана Адильбекова (Казахстан) в республике созданы десятки сосудистых центров, успешно развивается телемедицинское консультирование, закуплено 40 вертолётов санитарной авиации. К сожалению, в России санитарная авиация практически отсутствует, а в программе конгресса не удалось найти ни одного доклада по телемедицине.

Кардиологи помогут неврологам

Основным достижением в лечении острого ишемического инсульта (ОИИ) за последние годы стали эндоваскулярные вмешательства (см. «МГ» № 56 от 02.08.2017). Символично, что первое пленарное заседание конгресса открылось докладом академика РАН Баграта Алекяна (Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Москва) на эту тему. Внутривенный тромболитик с помощью рекомбинантного тканевого плазминогенного активатора (рТПА) достоверно улучшает исходы ОИИ в первые 4,5 часа после его начала, но имеет ряд ограничений. Смертность в первую неделю после инсульта увеличивается на 7,7% в связи с риском внутричерепного

День инсульта ежегодно отмечается Всемирной организацией инсульта – ВОИ (World Stroke Organization – WSO) 29 октября для привлечения внимания общества к вопросам профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации нарушений мозгового кровообращения. Инсульт занимает второе место среди причин смертности и первое среди инвалидизирующих заболеваний, является самым дорогостоящим. Его частота увеличивается в странах с низким и средним уровнем доходов, а в развитых странах в связи с увеличением продолжительности жизни растёт его встречаемость.

Накануне этой даты в Москве прошёл международный конгресс, длившийся 3 дня. Программа включала 2 пленарных заседания, 25 симпозиумов, 5 мастер-классов, 16 спутниковых

симпозиумов и 2 образовательных семинара. В работе конгресса участвовали около 2,5 тыс. делегатов и гостей из 53 регионов Российской Федерации и 20 стран, в том числе президент ВОИ Вернер Гаке (W.Hacke, Германия), избранный президент (president-elect) ВОИ Михаэль Брайнин (M.Brainin, Австрия), вице-президент Всемирной федерации неврологов Вернер Гризольд (W.Grisold, Австрия), президент Европейской организации инсульта Вероника Казо (V.Caso, Италия), президент Американской академии неврологии Ральф Сакко (R.Sacco, США), генеральный секретарь Европейской академии неврологии Дидье Лей (D.Leys, Франция), почётный президент Всемирной противосудорожной лиги Эмилио Перукка (E.Perucca, Италия) и др.

Проблемы и решения

Интервенционная неврология

В Москве состоялся международный конгресс, посвящённый Всемирному дню инсульта



В президиуме съезда

кровоизлияния. Большой размер сгустка препятствует успешной реканализации (при сгустке длиной более 8 мм она является нулевой). Последние достижения механической тромбэкстракции значительно повысили эффективность реканализации, сократили время проведения процедуры и тем самым привели к существенному улучшению результатов. Причинами успеха являются усовершенствование конструкции стентов-ретриверов, так и протоколов нейровизуализации (подтверждение окклюзии крупной мозговой артерии, оценка объёма перфузии и пенумбры). В современных рекомендациях тромбэкстракция (в сочетании с внутривенным тромболитиком рТПА или без него) является стандартом лечения острого ишемического инсульта, вызванного окклюзией крупной артерии (уровень доказательности 1А). В Германии за 5 лет ежегодное число тромбэктомий при инсульте увеличилось вчетверо (с 4 тыс. до 16 тыс.). РКИ DAWN показало достоверное превосходство тромбэктомии над медикаментозной терапией при лечении больных за пределами 6-часового окна (относительное снижение инвалидизации – на 73%) (см. «МГ» № 55 от 28.07.2017).

Рентгеноэндоваскулярные вмешательства при инсульте начали проводиться в нашей стране с 2009 г. За первое полугодие 2017 г. в 37 клиниках РФ проведено 486 тромбэкстракций, причём подавляющее большинство вмешательств выполнены в Москве и Санкт-Петербурге. Этого, конечно же, недостаточно. Основные причины две. Во-первых, отсутствие подготовленных специалистов, во-вторых – недостаточное выделение квот. Действительно, стоимость одной тромбэкстракции может достигать миллиона рублей. Однако, как показывают зарубежные расчёты, эти

расходы впоследствии многократно компенсируются за счёт снижения инвалидизации и уменьшения потребности в медикаментозном лечении и реабилитации. По расчётам Б.Алекяна, кандидатами на тромбэкстракцию в нашей стране являются 10% больных с острым ишемическим инсультом, что составляет 55 тыс. случаев. Ожидаемое количество вмешательств в 2017 г. – тысяча, или 2% от потребности. Однако есть основания для оптимизма. По словам академика Б.Алекяна, перед российскими неврологами сейчас стоят те же проблемы, что стояли 15 лет назад перед кардиологами, поэтому надо использовать их опыт. Наличие развитой сети оказания помощи больным с острым коронарным синдромом является той базой, на которой возможно проведение эндоваскулярных вмешательств больным с ОИИ. О необходимости привлекать к лечению больных инсультом интервенционных кардиологов ранее говорил вице-президент Греческой организации инсульта (Hellenic Stroke Organization) Костас Спренгос (K.Sprengos) (см. «МГ» № 56 от 02.08.2017).

Академик Б.Алекян в 1998 г. впервые в России выполнил эндоваскулярное стентирование внутренней сонной артерии. В прошлом году в 180 центрах РФ выполнено более 4 тыс. таких стентирований. Для профилактики инсультов у больных с неклапанной фибрилляцией предсердий успешно применяется эндоваскулярная окклюзия ушка левого предсердия, что позволяет больным с высоким риском кровотечений отказаться от приёма антикоагулянтов. Окклюзия открытого овального окна позволяет проводить профилактику так называемых криптогенных инсультов и парадоксальной эмболии.

Современным технологиям эндоваскулярного лечения острого ишемического инсульта было по-

священо два симпозиума под председательством академиков Баграта Алекяна и Владимира Крылова (НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского, Москва). Там выступали не только московские и петербургские специалисты, но и их коллеги из Белгорода и Казани. В частности, кандидат медицинских наук Михаил Володюхин (Межрегиональный клиничко-диагностический центр, Казань) предложил шкалу ПРЕВИЗ для прогноза клинических исходов эндоваскулярного лечения ишемического инсульта.

Как отметил академик Б.Алекян, необходимы решение организационных вопросов, разработка клинических рекомендаций, подготовка кадров. Резюмируя симпозиум, академик В.Крылов подчеркнул, что тромбэктомия является инновационной технологией с доказанной эффективностью. По его мнению, расчётная ежегодная потребность в эндоваскулярных вмешательствах при инсульте составляет 10 на 100 тыс. населения (т.е. около 14 тыс. операций в масштабах страны), а на сегодняшний день эта потребность удовлетворяется лишь на 6-7%. Необходимы мультидисциплинарные команды с участием интервенционных радиологов, нейрохирургов и анестезиологов. В таких бригадах специалисты учатся друг у друга. За последние годы был набран критический материал, который должен быть проанализирован: в каких случаях причиной осложнений являлись технические ошибки, в каких – организационные, в каких – отступления от протокола.

Ненужные операции

Пленарный доклад академика РАН В.Крылова был посвящён хирургии инсульта в РФ. Являясь главным нейрохирургом Минздрава России, он привёл статистику нейрохирургической помощи. В стране (данные за 2016 г.) на-

считывается 2637 нейрохирургов, среднее ежегодное количество операций на одного хирурга – 57 (т.е. примерно одна операция в неделю, что очень мало, поскольку в рубрику «операция» входит первичная хирургическая обработка раны головы, установка датчика внутричерепного давления, трахеостомия и т.д.), а послеоперационная летальность – 6,2%. В прошлом году в нейрохирургических отделениях прооперировано около 150 тыс. больных, из них около 19 тыс. – по поводу сосудистой патологии головного мозга (12,5%). В числе нерешённых проблем были названы: возрастающая нехватка расходного материала и связанное с этим сокращение числа эндоваскулярных операций, недостаток квалифицированных нейрохирургов, недостаточное использование операционного оборудования, непонимание региональными руководителями здравоохранения важности лечения больных с нарушениями мозгового кровообращения, несоблюдение протоколов лечения, нехватка реанимационных коек, отсутствие преемственности между врачами поликлиник, неврологами и нейрохирургами.

Любопытно, что если при симпозиуме стенозе сонных артерий выполняется лишь 4% от расчётного числа операций, то при внутримозговых гематомах (геморрагическом инсульте) их делается больше, чем надо (103%). В чём тут дело? Ответ можно было узнать на симпозиуме по хирургическим методам лечения инсульта. Там выяснилось, что подавляющее большинство каротидных эндартерэктомий выполняется сосудистыми хирургами, которые не хотят отдавать своих больных нейрохирургам. А при геморрагическом инсульте, наоборот, нейрохирурги делают ненужные операции. Профессор Валерий Данилов (Казанский государственный медицинский университет) выступил с докладом о проблемах хирургического лечения нетравматических гипертензивных гематом в Татарстане. Там имеется хорошо организованная инсультная служба: 18 первичных сосудистых центров, из которых 10 имеют нейрохирургические операционные. Но вот цифры послеоперационной летальности настораживают: в некоторых ЦРБ она достигает и даже превышает 50%. Многие выжившие остаются глубокими инвалидами. Зачем таких больных надо было оперировать? Почему оперировали больных в ясном сознании (15 баллов по шкале комы Глазго)? Прозвучал неубедительный ответ, что удаление внутримозговой гематомы якобы повышает реабилитационный потенциал больного. Но так ли это на самом деле? Комментируя данное выступление, академик В.Крылов призвал провести рандомизированные испытания, которые позволили бы определить тактику лечения геморрагического инсульта в зависимости от состояния больного, размеров гематомы, её локализации и т.д. Ненужные операции, при которых явный вред от вмешательства превышает предполагаемую пользу, лишь дискредитируют нейрохирургию.

Космические достижения

Восстановительная неврология была одной из основных тем конгресса. Пленарный доклад директора Научного центра неврологии академика РАН Михаила Пирадова (Москва) был посвящён новым технологиям и персонализированному подходу к реабилитации больных инсультом. «Нейрореабилитация – локомотив развития нейронаук на современном этапе», – считает М.Пирадов. В мире насчитывается около миллиарда инвалидов, причём каждый пятый имеет неврологические расстройства. Идеология современной нейрореабилитации основывается на концепции нейропластичности. Этот термин предложил известный польский физиолог Ежи Конорский (J.Konorski, 1903-1973). Нейропластичность определяется, во-первых, как способность нейронов и нейронных сетей изменять свою структуру, функции и

связи и поведение в ответ на новую информацию, сенсорное стимулирование и другой опыт и, во-вторых, как способность всего мозга изменяться в ответ на внешние воздействия и восстанавливать утраченные после повреждения связи. Многочисленные исследования на протяжении последних десятилетий продемонстрировали химические и анатомические механизмы нейропластичности. Так, животные, помещённые в обогащённую среду (enriched environment) имеют больше дендритов и синапсов по сравнению с находившимися в обычных лабораторных условиях. Оказалось, что известное выражение «нервные клетки не восстанавливаются» неверно – мозг способен к регенерации и продукции новых нейронов в любом возрасте. Совокупность нейронных сетей получила название коннектом. Направление нейронаук, нацеленное на улучшение функций повреждённой нервной системы путём модификации различных видов контроля (моторного, сенсорного, вегетативного, когнитивного и т.д.) называется восстановительной неврологией или нейрореабилитацией. Она должна быть ранней, максимально приближенной к реальной среде, мотивированной и иметь обратную связь.

В центре неврологии для реабилитации больных инсультом широко используются технологии, изначально разработанные в Институте медико-биологических проблем для тренировок космонавтов, длительно находящихся в состоянии невесомости – пневмоботинки для имитации ходьбы, костюм аксиального нагружения и т.д. Виртуальная реальность является одной из реабилитационных технологий, обеспечивающих мощную обратную сенсорную связь и повышающих мотивацию больного. Впервые она начала применяться полвека назад для тренировок пилотов. По данным центра неврологии, данная технология эффективна для уменьшения парезов в руке.

Новой технологией реабилитации неврологических больных с тяжелыми нарушениями произвольных движений является интерфейс мозг-компьютер, когда человек управляет протезом с помощью воображаемых движений. При этом в качестве управляющего сигнала используется электрическая активация коры головного мозга. Эти исследования проводятся совместно с Институтом высшей нервной деятельности РАН, Российским национальным исследовательским медицинским университетом им. Н.И.Пирогова и Московским областным научно-исследовательским клиническим институтом им. М.Ф.Владимирского. Вопросам нейрореабилитации была также посвящена одна из постерных сессий, где прозвучал стендовый доклад А.Кондур (МОНИКИ) и соавт., посвящённый восстановлению движений в руке в поздний восстановительный период после инсульта с помощью неинвазивного интерфейса мозг-компьютер и экзоскелета. По окончании тренировок только в основной группе отмечалось достоверное улучшение движений в паретичной руке по шкале Фугля-Майера (FMA) и улучшение функции захвата кисти по тесту ARAT (см. ниже). Лучшие результаты показали больные с высокой способностью к кинестетическому воображению. Сейчас проводится валидизация данных шкал на русском языке.

Игра в ящик

Можно ли улучшить и ускорить двигательную реабилитацию больных после перенесённого инсульта с помощью лекарственных препаратов? Этому вопросу был посвящён сателлитный симпозиум компании Ever Pharma под председательством директора Научно-практического психоневрологического центра им. З.П.Соловьёва, профессора, заслуженного врача РФ Аллы Гехт (Москва).

С докладом «Нейрогенерация и нейропротекция после перенесённого инсульта выступил профессор М.Брайнин (Австрия), который

возглавляет Всемирную академию инсульта (<https://world-stroke-academy.org>) – образовательную платформу ВОИ, где проводится обучение в режиме онлайн (в любой точке мира можно бесплатно зарегистрироваться на один из учебных курсов). Как отметил профессор Брайнин, в остром периоде инсульта лечение направлено на реканализацию окклюзированного сосуда и уменьшение зоны пенумбры. К сожалению, клинические испытания сотен лекарств не подтвердили их нейропротекторный эффект, наблюдавшийся в эксперименте. Из этого опыта были извлечены уроки. Успехи тромбэктомии и нейровизуализации позволяют пересмотреть наш подход к нейропротекции. Необходимо чётко определить молекулярные мишени воздействия. Во-вторых, испытания на животных также должны быть мультицентровыми (проводиться в различных лабораториях по единому протоколу), а их дизайн аналогичен предполагаемым клиническим испытаниям (двойные, слепые, плацебоконтролируемые). В настоящее время представляется перспективным использование для нейропротекции и нейрогенерации стволовых клеток, различных факторов роста, биологических препаратов (таких как церебролизин), противовоспалительных цитокинов и т.д. Церебролизин, являющийся экстрактом головного мозга свиней, применяется в клинической практике более 80 лет, но лишь сегодня становятся известны его свойства и механизм действия. Данный препарат состоит из коротких цепей нейропептидов и свободных аминокислот, а по механизму действия напоминает эндогенные нейротрофические факторы, обладающие мультимодальным и плейотропным эффектом. По данным многочисленных экспериментальных работ, он подавляет апоптоз (программируемую гибель) нейронов, снижает уровень воспаления в нервной ткани, увеличивает когнитивную и двигательную активность, причём эффект зависит от дозировки. Защита мозга наиболее эффективна при профилактическом назначении препаратов, что, как правило, невозможно в клинической практике. Поэтому в последние годы на смену нейропротекции пришла концепция нейровосстановления (neurorepair). Речь в данном случае идёт о периоде после повреждения (например, инсульта или травмы). Ключевые структуры уже разрушены и должны быть восстановлены либо с помощью экзогенных воздействий, либо путём стимуляции эндогенных процессов. Для улучшения двигательного восстановления применялись антидепрессанты (селективный ингибитор обратного захвата серотонина флуоксетин), допаминэргические средства (леводопа) и биологические препараты (церебролизин). К сожалению, проведённое во Франции РКИ FLAME, продемонстрировавшее эффективность флуоксетина для моторной реабилитации инсульта (см. «МГ» № 91 от 01.12.2010) никем не было воспроизведено, что, по мнению Брайнина, является плохим признаком. Эффективность приёма леводопы при инсульте также не доказана.

В 2010 г. было завершено мультицентровое РКИ, посвящённое применению церебролизина в остром периоде ишемического инсульта в Азии (Cerebrolysin in patients with Acute ischemic Stroke in Asia – CASTA). Полученные результаты в основной и контрольной группе оказались идентичными. Отсутствие эффекта от назначения церебролизина может быть объяснено тем, что в данном РКИ преобладали больные с лёгким инсультом, которые выздоравливают спонтанно (так называемый эффект потолка). Но анализ подгрупп с более тяжёлым течением инсульта (более 12 баллов по шкале инсульта NIH) выявил тенденцию к положительному эффекту при назначении церебролизина (см. № 13 от 23.02.2011). Для изучения влияния церебролизина на восстановление

двигательных функций в подостром периоде инсульта в Южной Корее было проведено РКИ E-Compass, в котором участвовали 70 больных с первичным корковым, подкорковым либо корково-подкорковым односторонним инфарктом. Основная группа ежедневно получала трёхнедельный курс церебролизина в дозе 30 мл внутривенно, а контрольная – плацебо. В обеих группах выполнялась реабилитация по стандартной программе. Состояние двигательных функций оценивалось с помощью шкалы Фугля-Майера; нейровизуализация процессов нейропластичности оценивалась с помощью диффузионно-тензорной МРТ (трактография) и функциональной магнитно-резонансной томографии покоя (fMPTn) до лечения сразу после лечения и 3 месяца от дебюта инсульта. Сочетание стандартной реабилитации с лечением церебролизинном оказалось безопасным, также в подгруппе с тяжёлым двигательным дефицитом (FMA < 50) к 90-му дню было показано значимое улучшение двигательных способностей: клинически значимый переход из градации «минимальных движений» руками в «ограниченные» в отличие от контрольной группы, которая не смогла перейти в следующую градацию и осталась в «минимальных» движениях верхней конечности. Более того, именно в этой группе, которая показала клинически значимые изменения, данные fMPTn подтвердили положительное влияние церебролизина на пластичность двигательного контура в коре головного мозга (motor network plasticity).

Выступление профессора А.Гехт было посвящено метаанализу исследований CARS-1 и CARS-2 (см. также «МГ» № 48 от 05.07.2017 и № 55 от 28.07.2017). При инсульте мы обычно имеем дело с пожилыми людьми, имеющими сопутствующие заболевания и принимающими несколько препаратов (антигипертензивные, антиагреганты, статины и т.д.). Всё это осложняет оценку результатов РКИ. Поэтому данные, полученные на больных более молодого возраста без коморбидности, следует с осторожностью экстраполировать на повседневную практику. Целью исследований CARS-1 и CARS-2 был анализ эффективности и безопасности церебролизина в сочетании со стандартизированной программой двигательной реабилитации. Восстановление функции руки входит в ТОП-10 исследовательских приоритетов, относящихся к жизни после инсульта по данным Альянса им. Джеймса Линда (The James Lind Alliance – JLA), опубликованным в Lancet Neurology ([http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70029-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70029-7)). Именно поэтому первичной конечной точкой являлись данные теста оценки функции руки ARAT (action research arm test – ARAT) через 90 дней после ишемического инсульта. Данный тест используется для оценки грубой и мелкой моторики верхней конечностей с помощью предметов различной формы, веса и размера: деревянных кубиков, шарика, металлических цилиндров и т.д. Все они упакованы в специальный деревянный ящик. Некоторые предметы из этого ящика были разложены на стенде компании Ever Pharma, и каждый желающий мог оценить объём движений собственных рук (почему бы не тестировать таким образом хирургов?). Само исследование занимает около 20 минут и требует активного участия испытуемого. Церебролизин вводился внутривенно в течение 21 дня, начиная со 2-3-х суток (48-72 часа) после инсульта, в дозе 30 мл в день. Три месяца спустя в группе получавших церебролизин отмечались меньшая выраженность симптомов депрессии и более высокие показатели качества жизни. Также церебролизин оказался лучше плацебо по большинству вторичных точек (шкала инсульта NIH, индекс Бартел, модифицированная шкала Рэнкина). При этом число побочных реакций было таким же, как в группе плацебо. В РКИ CARS-1 участвовали 208 человек из Румынии и Украины. Его продолжением

стало РКИ CARS 2, включавшее больных из России (240 человек). Таким образом, метаанализ включал 448 человек. Если в CARS-1 тяжесть состояния по шкале инсульта NIH составляла 9,2 балла, то в CARS-2 она была 6,8 балла. В CARS-1 30% больных имели 7 или меньше баллов по шкале инсульта NIH, а в CARS-2 таковых было 70%. Почти половина больных в CARS-1 при первоначальном тестировании по ARAT имели 0 баллов (движения рук отсутствовали), а в CARS-2 таких было 20% (т.е. каждый пятый). Таким образом, можно предположить большее влияние «эффекта потолка» (ceiling effect) (т.е. спонтанного восстановления пареза) в CARS-2. Также был проведён метаанализ влияния раннего лечения церебролизином (по изменению показателей шкалы инсульта NIH на 4 балла и более или исчезновению пареза к 21-му дню). Среднее число больных, которых необходимо пролечить церебролизином для достижения значимого эффекта составило 7,1 (NNT=7,1). Данные метаанализа недавно опубликованы в журнале Neurological Sciences (Neurol Sci (2017) 38:1761-1769). Авторы делают следующий вывод: «Церебролизин должен рассматриваться клиницистами в качестве терапевтического средства после инсульта. Вследствие того, что оба испытания были пилотными, полученные результаты должны быть подтверждены дальнейшими испытаниями у больных с более тяжёлым инсультом. Более того, введение подходящих значений теста ARAT в качестве критерия включения позволит избежать эффектов пола и потолка (floor and ceiling effects) при оценке полученных результатов».

Новые возможности

Второй сателлитный симпозиум компании Ever Pharma был посвящён новым возможностям лечения инсульта в остром периоде. Председатель симпозиума – главный невролог Департамента здравоохранения Москвы профессор Николай Шамалов (РНИМУ им. Н.И.Пирогова) – отметил вклад этой компании в программу Европейской организации инсульта по координации инсультных служб стран Восточной Европы (включая Россию и республику бывшего СССР) ESO-East. Руководитель инсультного центра в Линце (Австрия) профессор Милан Воско (M.Vosco) подчеркнул, что тромболитиз и тромбэктомия являются на сегодняшний день единственными методами лечения с доказанной эффективностью при ОИИ. К сожалению, даже в Нижней Австрии, где проживают 1,5 млн человек и имеется 5 инсультных центров, только треть больных поступает в пределах терапевтического окна. Из них в его клинике примерно четверть поступившим (25-28%) проводится тромболитиз. А что делать с подавляющим большинством (90%) больных с ОИИ? В поисках ответа на данный вопрос Воско провёл ряд экспериментальных исследований. В частности, при экспериментальной окклюзии средней мозговой артерии у мышей была отмечена потеря коллагена 4-го типа вследствие церебральной ишемии. Многочисленные эксперименты, о которых говорилось также в докладе М.Брайнина на предыдущем симпозиуме, продемонстрировали благоприятный эффект церебролизина. Но транслировать полученные результаты в клиническую практику непросто. В Австрии церебролизин в острой фазе инсульта назначается в рамках клинических испытаний, регистрационных исследований. В настоящее время проводится проспективное открытое мультицентровое исследование CREGS – S. Все больные, получающие церебролизин, вносятся в специально созданный регистр. Анализ этого регистра показал, что существует большая разброс в дозировках вводимого препарата (от 10 до 50 мл в день) и длительности его введения (от 3 до 21 дня). Поэтому было решено уменьшить гетерогенность популяции, рекомендовав дозировки

от 30 до 50 мл продолжительностью не менее 10 дней. Комментируя данное выступление, профессор Н.Шамалов призвал создавать отечественные регистры для больных, получающих церебролизин.

Затем с докладом о возможностях прогноза и нейропротекции при реперфузионной терапии ишемического инсульта выступила главный ангионевролог Минздрава Татарстана профессор Дина Хасанова (Казань). Частота геморрагической трансформации (ГТ) ишемического инсульта (спонтанное кровоизлияние в ишемизированную зону после инфаркта мозга) при проведении внутривенного тромболитиза составляет 5-6%. ГТ могут стать причиной смерти пациента или приводить к существенной инвалидизации, что ограничивается применением тромболитической терапии. Геморрагические трансформации подразделяют на ранние (в первые сутки) и поздние, асимптомные и симптомные. К симптомной относят любую ГТ, приводящую к ухудшению состояния больного (на 4 и более баллов по шкале инсульта NIH) в течение первой недели после инсульта. Её частота достигает 20% (т.е. в каждом пятом случае тромболитиза). Ключевым фактором ГТ является реперфузионное повреждение вследствие нарушения гематоэнцефалического барьера (ГЭБ). Клиническими предикторами ГТ считаются: время до реперфузии, пожилой (старше 70 лет) возраст, тяжесть инсульта (по шкале NIH), высокое артериальное давление, высокий уровень глюкозы в крови, приём антикоагулянтов и т.д. Казанские авторы предложили индекс ГТ, позволяющий предсказать её вероятность. При предикторах ГТ рекомендованы низкие дозы рТПА (0,6 мг/кг). Альтернативой внутривенному тромболитизу у больных, получающих новые оральные антикоагулянты, считается тромбэктомия. Для прогноза исходов тромбэкстракции разработана шкала ПРЕВИЗ (см. выше). По словам Д.Хасановой, применение церебролизина может стабилизировать ГЭБ и повышает реабилитационный потенциал. Идеальная нейропротективная терапия должна начинаться на догоспитальном этапе и комбинироваться с тромболитизом или тромбэкстракцией. К сожалению, на данный момент доказательств эффективности применения различных нейропротекторов на догоспитальном этапе не существует. Как отметил Н.Шамалов, тут необходимо проведение многоцентровых клинических испытаний.

* * *

Рамки газетного обзора не позволяют рассказать о многих замечательных докладах, представленных на конгрессе. Но о двух событиях упомянуть необходимо. Во-первых, состоялось заседание редколлегии русскоязычной версии International Journal of Stroke («Международного журнала инсульта») – официального издания ВОИ. Она будет выходить в электронном виде и размещаться на сайте ВОИ (www.world-stroke.org). Помимо переводных статей там будет локальный контент. Русскоязычная версия журнала уникальна и тем, что редколлегия является российско-украинской. Главными редакторами являются академик РАН Михаил Мартынов из Москвы и профессор Тамара Мищенко из Харькова, их заместителями – профессора Дина Хасанова из Казани и Людмила Дзэк из Днепра (бывшего Днепропетровска), а среди членов редколлегии – представители многих стран СНГ, причём Крым фигурирует в качестве самостоятельного государства! Во-вторых, на прошедшем в дни работы конгресса пленуме правления Всероссийского общества неврологов принято решение о проведении съезда этого общества в мае 2019 г. в Санкт-Петербурге.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.

Самым тяжёлым психическим заболеванием по-прежнему считается шизофрения. И во всех странах статистика таких больных примерно одинакова – около 1%. Сейчас в мире взамен действующей МКБ-10 (Международная квалификация болезней) готовится МКБ-11 для пересмотра этого и других заболеваний или перевода их в другой ранг. Об этом на пресс-конференции «Психическое и психологическое здоровье россиян в осенний период» заявил главный психиатр Министерства здравоохранения РФ, генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Зураб Кекелидзе.

К сожалению, осведомлённость населения в этом направлении не очень высокая. Кроме шизофрении, к психическим заболеваниям относятся эпилепсия, хотя её на определённом этапе лечат неврологи. Есть и другие заболевания, которые в обиходе обычными людьми не считаются психическими, например заикание или привычка... грызть ногти. Но никто с проблемой ногтей обычно не идёт к психиатру, лучше, как считают многие, отправиться к знахарке за советом намазать пальцы горчицей. Люди боятся, что при обращении к специалисту их сразу поставят на психиатрический учёт. Но существует два вида учёта: первый – консультативный, когда человек пришёл в психоневрологический диспансер просто посоветоваться, что-то узнать, выслушать рекомендации врача о необходимости (или отсутствии необходимости) принимать лекарства. Но если у человека действительно наблюдаются какие-то тяжёлые расстройства, он уже попадает на диспансерный учёт – в первую очередь для того, чтобы ему оказали медицинскую помощь, в том числе и бесплатную, предоставили различные льготы.

Самое печальное – двойственное отношение общества к таким больным. С одной стороны, если это наш близкий родственник, мы не хотим его ставить на учёт, не хотим, чтобы кто-то посторонний знал о его проблеме. С другой стороны, часто приходится слы-

Врач и пациент

Депрессия победит шизофрению осенью?

Каждый пятый человек в мире имеет психические расстройства

шать заявления, что, «мол, врачи лишили меня права заниматься любимым делом». Но прав определённого человека лишают не врачи, а в первую очередь общество. Когда нарушителя общественного порядка арестовывают, никто ни в чём не обвиняет полицейских. Так же и врачи стараются помочь и больному, и обществу, чтобы никто не страдал, или по крайней мере уменьшить возможные страдания.

Около 15 лет назад ВОЗ провела мониторинг, и оказалось, что депрессии занимают пятое место среди психических заболеваний по количеству нетрудоспособных дней в году. По прогнозу к 2020 г. депрессия может выйти на второе место среди психических расстройств. Но может и на первое, обогнав шизофрению. Как ни парадоксально, связано это с увеличением средней продолжительности жизни, которому зачастую сопутствует 3-5 хронических заболеваний в старческом возрасте (гипертония, диабет, грибковые и кожные заболевания и т.д.). Очень часто они сопровождаются депрессией. Выражение «старость – не радость» здесь очень актуально, у стариков действительно часто нет ощущения радости от оставшейся жизни. И задача психиатров – отодвинуть планку значения этого выражения с 60 лет до хотя бы 90. Но это, по мнению З.Кекелидзе, пока всё-таки оптимистический прогноз.

Между тем люди понемногу учатся отличать плохое настроение от депрессии. Депрессия – это психическое расстройство, а плохое настроение – несколько иное состояние. Существует так называемая депрессивная триада: во-первых, человек чувствует,

что стал как бы хуже соображать, медленнее текут мысли – это так называемая интеллектуальная или ментальная заторможенность. Второе – появляется и моторная заторможенность, замедляется физическая реакция на жизненные процессы. Третье – сниженное настроение. Но всё это весьма условно, поскольку есть разные виды депрессии: маскированная, улыбающаяся, матовая.

К сожалению, не всегда человек, страдающий депрессией, самостоятельно обращается к врачу. Это связано с тем, что при пониженном настроении, как правило, находится повод (а не реальная причина) объяснить своё состояние. Считать, что это естественная реакция на какое-то часто тривиальное событие (опоздал на работу, что-то забыл купить).

На колебание настроения воздействуют стрессовые факторы. Есть два вида реакции на них: первая – острая реакция на стресс, она длится 3-5 дней, бывает либо с моторным психическим возбуждением, либо заторможенной. Так, во время катаклизмов (землетрясений, взрывов, пожаров), одни люди бегут от очага опасности, другие, наоборот, пытаются рядом спрятаться и спрашивают окружающих: «что происходит?». Но через месяц после таких событий иногда формируется то, что называется «посттравматическое стрессовое расстройство». Это более длительное расстройство, с которым надо обращаться к врачу.

Погода – такое же стрессовое явление, как и всё остальное. Африканский ветер сирокко очень раздражает местных жителей, с его приходом у них проявляются многие стрессовые явления.

У нас весна и осень – самые нестабильные времена года. Да и обострения всех заболеваний, как инфекционных, так и неинфекционных, происходят в осеннее-весенний период. Затяжные дожди в Москве и Московской области люди переносят тяжело. А тут ещё и лето в этом году выдалось неласковое – совсем нестабильное. Это отражается и на ритме жизни, и на настроении.

Если говорить о жизни в мегаполисе, есть расстройства (именно расстройства, а не заболевания), характерные для больших городов. Это стресс замкнутых пространств – например поездки в лифте, который отсутствует в сельской местности. Или когда боится большого скопления людей. Другой вариант – страх перехода через мост. То есть человек боится, что сооружение под ним обрушится. Но тот же мост тот же человек может спокойно переехать в автобусе.

К тому же темп жизни в Москве и посёлке городского типа совершенно разный. Добраться в большом городе до работы всего за час считается хорошим показателем. Поэтому многие уезжают в пригород за более спокойной жизнью. Дома из-за экономии места в городах становятся всё длиннее, между ними постепенно сужается пространство. Всё это влияет на психику. Не говоря уже о том, что за границей есть города, где в квартирах категорически запрещено иметь домашних животных, даже очень маленьких. Но сказать, к счастью, что у москвичей чаще случаются психические расстройства, нельзя.

Пару слов о психической гигиене: существует правило

«трёх восьмёрок»: надо 8 часов спать, 8 работать и 8 заниматься различными делами, в том числе и отдыхом. Кстати, в Москве всё делается для того, чтобы он стал не только «городом для работы», но и «городом для проживания». Например, велоспорт широко развивается, москвичи получают возможность больше гулять.

Критерий работы участкового психиатра состоит в том, насколько редко его тяжёлые больные попадают в психоневрологическую больницу и насколько мало времени там проводят, могут ли вне больницы работать. Лучше лишней раз прийти к больному на дом, чем отправить в стационар. Последнее может стать травмой для пациента. А для тех, кто не хочет идти напрямую к врачу со своей осенней депрессией, существуют горячие линии – анонимные, круглосуточные и бесплатные. Там всегда дадут совет, предложат обратиться к специалисту в ближайшем амбулаторном центре. В некоторых поликлиниках ведут приём врачи-психотерапевты, которые так же смогут помочь. Но врачам общей практики надо помнить, что у человека в депрессивном состоянии нет силы воли, и взывать к ней со словами «да возьми же себя в руки!» ни в коем случае нельзя, это только увеличит мысли пациента о собственной малой ценности в обществе.

Итак, соблюдаем простые правила психической и физической гигиены, и никакая осень нам не страшна. Благо, зима уже совсем близко.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

В клиниках и лабораториях

Из-за чего страдают почки

Очень часто их разрушают ожирение и... лекарства

Врачи во всём мире бьют тревогу по поводу эпидемии так называемых хронических нефрологических заболеваний, к которым относятся ожирение, диабет, сердечно-сосудистые заболевания, различные патологии обмена веществ и почек.

Одно лечим,
другое калечим

– Если о диабете или гипертонии знает каждый, то о болезнях почек известно недостаточно даже врачам общего профиля, в то время как последствия их тяжелы и зачастую фатальны, – говорит член Российского диализного общества и научного общества нефрологов России, врач-нефролог высшей категории Татьяна Киселёва. – Значительное место в их структуре занимает хронический тубулоинтерстициальный нефрит (ХТИН). Это заболевание почек, проявляющееся воспалительными изменениями почечных канальцев и частым развитием хронической почечной недостаточности.

Известно несколько видов такого рода нефрита. Наиболее распространённый – так называемый

лекарственный ХТИН, возникает на фоне длительного, неконтролируемого приёма анальгетиков, жаропонижающих и противовоспалительных средств (НПВС), а также диуретиков (мочегонных препаратов), антибиотиков, противовирусных и других препаратов.

Такого рода заболевание врачи так и называют – анальгетическая нефропатия. Назначая пациентам приём таких препаратов, каждый врач должен помнить о возможных последствиях.

Первые симптомы анальгетической нефропатии – ночное мочеиспускание (ноктурия), преобладание ночного диуреза (почки лучше фильтруют, когда мы лежим), постепенно при присоединении почечной недостаточности нарастает слабость, утомляемость. Если не прекратить приём и не обратиться к врачу, состояние будет ухудшаться.

Чаще всего страдают в этой ситуации женщины, регулярно испытывающие головные боли, мигрени, ПМС. Не пытаясь выяснить их причину, они привычно принимают таблетку цитрамона или другого препарата, содержащего анальгетик. Количество употреблённого в течение жизни

анальгина у таких пациенток достигает 40 кг. Он потихоньку разрушает жизненно важный орган – почки.

Не менее опасны диуретики, которыми «балуются» многие приверженцы голодных диет, стремящихся похудеть. Нефрологи отмечают случаи, когда в погоне за стройностью женщины принимали до двух пачек сильнейших диуретиков в день.

Жизнь
по новым правилам

Также ХТИН возникает при нарушении обмена веществ, ожирении, повышении уровня мочевой кислоты (например, при подагре), инфекции мочевыводящих путей, злоупотреблении алкоголем, системных заболеваниях, отравлениях тяжёлыми металлами. Крайне редко наблюдаются наследственные формы, связанные с мутацией генов.

– Во всех этих ситуациях общих советов по поводу лечения дать невозможно, – отмечает Татьяна Киселёва. – При лекарственном тубулоинтерстициальном нефрите – это в первую очередь отмена препаратов, вызывающих патологию почек, и выяснение причины голов-

ных или иных болей. Если почечная недостаточность пока не развилась, порой достаточно диеты. Причём она всегда индивидуальна. Большое заблуждение – считать, что всем людям с проблемами почек надо ограничить или вовсе исключить соль. Дело в том, что у каждого пациента может быть как избыток определённых солей в организме, так и их недостаток. Выяснить это можно только с помощью лабораторной диагностики.

Если выявлена почечная недостаточность, то в зависимости от её степени назначают препараты, направленные на коррекцию анемий, электролитных нарушений, фосфорно-кальциевого обмена, прописывают диету с ограничением животного белка. Тут нужно систематическое наблюдение нефролога, который будет не только отслеживать характер питания, но и назначит средства для снижения уровня мочевой кислоты и водный режим.

При достижении терминальной стадии почечной недостаточности пациенту, как правило, назначают диализ или рекомендуют трансплантацию. Это не приговор, а лишь жизнь по новым правилам.

Как снизить риск

Какими бы методами лечения ни обладала современная нефрология, ясно, что лучше не допустить такой патологии, чем потом многие годы с ней бороться. В этом случае, как и в большинстве других, крайне важна ранняя диагностика и своевременно начатое лечение.

Существуют факторы риска, на которые мы можем повлиять. Это оптимизация образа жизни, исключение вредных привычек – курения и злоупотребления алкоголем, – нормализация веса, дозированные физические нагрузки, лечение хронических очагов инфекции, поддержание артериального давления в норме, контроль сахарного диабета.

К сожалению, есть факторы, на которые мы пока повлиять не можем, и к ним относятся, в частности, мутации определённых генов. В этом случае крайне важна ежегодная диспансеризация. Поскольку частая патология почек протекает бессимптомно, достаточно не менее одного раза в год сдавать общий анализ мочи, крови и биохимический анализ крови. Грамотный терапевт, увидев отклонения от нормы (например, белок в моче, изменение уровня эритроцитов и лейкоцитов, повышение уровней креатинина и мочевины, снижение уровня гемоглобина), направит пациента к нефрологу.

Наталья ЛЕСКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Идеи

Вирусный сценарий

Учёным Иллинойского университета в Урбане-Шампейне (США) удалось смоделировать 1,2 микросекунды жизни капсида ВИЧ – белковой оболочки клетки, которая защищает ДНК вируса и отвечает за его внедрение в ядро клетки человека. Для этого потребовалось почти 2 года работы двух суперкомпьютеров.

Моделирование 64 млн атомов даёт новое представление о том, как вирус воспринимает окружающую среду и завершает свой цикл инфицирования, говорится в статье, опубликованной в журнале Nature Communications.

– Мы изучаем не только структуру, но и детали системы капсидов ВИЧ, и то, как они меняют окружающую среду и реагирует на неё», – сказал ведущий соавтор исследования Хуан Р.Перилла. Для этого исследования профессор физики Клаус Шультен впервые применил моделирование

молекулярной динамики для изучения больших биологических систем и назвал это методом «вычислительной микроскопии».

Капсид ВИЧ состоит из сотен идентичных белков, уложенных в 5- и 6-гранные структуры с крошечной порой в середине. Учёные обнаружили, что на внутренней положительно заряженной стороне капсид скапливаются отрицательные ионы, а на внешней отрицательно заряженной стороне – положительные ионы.

По словам Х.Периллы, если нарушить этот электростатический баланс, то капсид разорвётся. «Данные этого исследования показывают потенциальные уязвимости системы капсид, которые могут быть использованы для разработки новых препаратов против вируса ВИЧ», – сказал доктор Перилла.

Марк ВИНТЕР.

По материалам
EurekAlert!



Международная научно-практическая конференция «Современные технологии диагностики и лечения немелкоклеточного рака легкого»

Документация по учебному мероприятию представлена в Комиссию по оценке учебных мероприятий и материалов для НМО

Дата проведения: 7 декабря 2017

Москва, клиника «Медицина»,
2-й Тверской-Ямской переулок, 10

Участие в конференции бесплатное

Регистрация на сайте клиники ОАО «Медицина»

https://www.medicina.ru/about/for_practic_doctors/seminars/nmo/



www.medicina.ru
gazeta@medicina.ru

(499) 250-84-96

Гипотезы

Сегодня учёные наряду с социальным выделяют также домены мышления и внимания, а также когнитивный-познавательный, который необходим для оценки перспектив и планирования. Естественно, что у самца, отделившегося от своей самки, развивался стресс, маркером чего было возрастание кортизола и тестостерона в крови (чего не наблюдалось во втором эксперименте). В Дэвисе посчитали, что это происходило в результате самой настоящей «ревности», испытываемой самцами, и теперь ведут сходные опыты в отношении самок. Тестостерон вырабатывается тестикулами самцов, находящимися под контролем гипофиза, лежащего под гипоталамусом, отвечающим за «основные инстинкты». Кортизол синтезируется клетками коркового, или кортикального слоя надпочечников, откуда и название этого гормона. Его выделение в кровь происходит в разных стрессовых ситуациях, связанных со страхом и интенсивным обучением.

Страх порождается активностью нервных клеток центральной области миндалины (Amygdala), весьма древнего образования мозга. Она лежит в глубине височной доли непосредственно над гиппокампом, или извилиной морского конька, клетки которой отвечают за память и обучение. Сотрудники лаборатории в Колд-Спринг-Харборе (США), Станфордского и Колумбийского университетов (там же) выявили, что в обучении и генерировании памяти участвует также и боковая (латеральная) часть миндалины. Хорошо известно, что нейроны гиппокампа и миндалины посылают многочисленные отростки в передний отдел поясной извилины, что объясняет память о пережитом страхе и его ощущением на уровне эмоций.

Передний отдел эмоциональной коры расположен под предлобной (PFC – PreFrontal Cortex), толщина

Ревнивое отношение

Сотрудники Калифорнийского университета в Дэвисе (США) использовали позитронно-эмиссионный томограф и МРТ, а также определение уровня кортизола, называемого гормоном стресса, и тестостерона у самцов медных прыгунов, тити (*Callitrichus jacchus*), обитающих в джунглях Южной Америки. Эти небольшие обезьянки с длинным хвостом и телом длиной 40-45 см обладают завидной прыгучестью и знамениты образованием прочных пар, сохраняя «верность» друг другу на протяжении жизни. Суть опытов заключалась

в том, что самцам показывали их самок, «флиртующих» с другим самцом, или чужих самок в сходной ситуации. Сканирование показало возбуждение переднего отдела поясной извилины, лежащей на внутренней поверхности полушария, а также нейроны в основании глубоко лежащей «перегородки» (septum), которая делит желудочки полушарий. Тем самым фиксировались изменения в отделах так называемого социального мозга, контролирующего эмоции, просоциальное поведение и мотивацию.



Пара медных прыгунов, сохраняющих верность друг другу

которой увеличивается при активации социального мозга в ходе занятий медитацией. Успокоение, достигаемое людьми в ходе медитации, приводит к снижению уровня кортизола. Так что нет ничего удивительного в том, что стресс, переживаемый ревнивцем, сказывается на уровне его стрессового гормона. Проблема, однако, в том, как это доказать у людей (вряд ли кто разрешит такие эксперименты), которые часто

меняют своё мнение и отношение к тому, с чем приходится сталкиваться. Нейробиологи называют изменение структуры мозговых связей и функционирования нейросетей пластичностью, понимая под ней старых и формирование новых синапсов – точек межнейронных связей, – в ходе эмоциональных переживаний и стрессов или обучения. У мышей страх можно подавить, как это выяснили в Колд-Спринг-Харборе

с помощью временного «выключения» фермента в клетках центральной миндалины.

У людей стрессовые состояния и депрессию пытаются «лечить» с помощью транскраниальной – без нарушения целостности черепа – стимуляции коры слабым воздействием постоянного тока. И всё бы хорошо, если бы врачи, учёные всё знали и понимали о мозге. Специалисты городского госпиталя тайваньской столицы Тайбей сообщили о двух пациентках, у которых стимуляция вызвала приступ ярко выраженной ярости и гнева. У первой женщины 39 лет, страдающей тяжёлой формой депрессии с попытками суицида, стимуляция вызвала сильное возбуждение, яростные крики и угрозы «всё тут порвать». Приступ прошёл лишь через 4 часа, при этом она отметила улучшение состояния на протяжении последующего месяца.

Во втором случае 28-летняя женщина также страдала депрессией и навязчивым состоянием,

хотя и принимала антидепрессанты (как и первая). Воздействие тока вызвало приступ ярости и громкие проклятия (совсем как у девочки в фильме «Изгоняющий дьявола»), сопровождавшихся стремлением к рукоприкладству. В течение месяца она испытывала облегчение симптомов депрессии и навязчивости. Столь необычная реакция не наблюдалась у других 98 пациентов, которых лечили с помощью транскраниальной стимуляции. Исследователи полагают, что разряды тока могли вызвать излишнее выделение дофамина, поддерживающего жизнеспособность нервных клеток и их функцию. В норме дофамин регулирует мышечные сокращения, и его нехватка приводит к развитию паркинсонизма.

При аномалиях мозга, приводящих к депрессии и навязчивым состояниям, дофамин, «подстёгивающий» испытываемые нами эмоции, связанные с едой и сексом, никотином и алкоголем, а также наркотиками, может повышать возбудимость мозговых структур, что и приводило к неожиданным побочным эффектам стимуляции. Но всё это пока лишь догадки и возможное объяснение на базе уже известного.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Brain Stimulation, New Scientist.

Прогрессивная мировая общественность 19 ноября 2002 г. впервые отметила Всемирный день туалета (World Toilet Day) – один из самых оригинальных и, по сложившейся традиции, весёлых праздников. Этот день был провозглашён Всемирным днём туалета в 2001 г. в ходе проходившей в Сингапуре международной конференции, посвящённой проблемам туалетов. Кстати, место проведения конференции было выбрано неслучайно: Сингапур славится безукоризненной чистотой отхожих мест. Инициатором праздника выступила Всемирная туалетная организация, созданная по итогам данного саммита с целью совершенствования законодательства в этой области, принятия новых норм и стандартов туалетов, продвижения туалетных ассоциаций, разъяснения людям важности и необходимости мест общего пользования, соответствующих санитарно-гигиеническим нормам. В 2013 г. праздник был учреждён Генеральной Ассамблеей ООН.

Без санитарных норм

Событие отмечают во всех странах мира. В этот день проходят всевозможные мероприятия, направленные на поднятие осведомлённости о необходимости доступа к санитарным услугам и изменение мнения об общественных туалетах. В России его справляют в очень узких кругах.

Проведённые статистические исследования ООН показали, что в мире каждую минуту от диареи, вызванной лишением доступа к туалету, умирает один ребёнок, от кишечных инфекций ежедневно погибают около 2 тыс. малолетних детей по причине отсутствия общественных уборных, соответствующих санитарным нормам.

В викторианские времена отсутствие общественных туалетов для женщин было явлением не случайным, а преднамеренным, чтобы контролировать их передвижение и удерживать от появления в общественных местах, полагает заслуженный профессор Университета Западной Англии Клара Грид, специализирующаяся на проблемах городского планирования с учётом человеческих нужд. Существовало негативное отношение к строительству женских уборных, поскольку считалось неприличным, если женщина воспользуется общественным туалетом, добавляет профессор. «Именно поэтому женщины просто подолгу не выходили из дома».

А как у них?

На деликатной привязи

Нехватка мест общего пользования веками закрепощала женщин

Мужчинами – для мужчин

Общественные учреждения, включая учебные заведения, офисы и места для отдыха, – всё это было спланировано с учётом мужских нужд. Женщинам приходилось справляться с нехваткой туалетов разными путями: например, пить меньше жидкости, часами терпеть и просто меньше времени проводить за пределами дома, рассказывает архитектор-проектировщик Меган Дюфрен из Института гуманитарного дизайна в Бостоне.

Впервые туалеты были разделены на мужской и женский в Париже в 1739 г.

Движение суфражисток

И только с началом движения суфражисток в конце XIX века пришли изменения во все сферы жизни женщин. По мере роста популярности новых крупных универсамов и кафе, которые были заинтересованы в том, чтобы их клиентки

провели там побольше времени, использование женщинами общественных туалетов стало более приемлемым, поясняет К.Грид.

– Здания были спроектированы мужчинами-инженерами, и социологическая важность туалетов просто не учитывалась. Считалось, что практичнее построить отсеки с писсуарами, поскольку они занимают меньше места, чем кабинки, и даже по сей день практически во всех странах туалетов для мужчин больше, чем для женщин, – говорит профессор.

бом или идти несколько километров в поисках туалета.

А для тех женщин, которые порой вынуждены справить нужду на улице, последствия могут быть ещё ужаснее, что иллюстрирует случай в индийском штате Уттар Прадеш: там в 2014 г. двух девочек, решивших испражниться под открытым небом, изнасиловали и убили.

Отчёт Всемирной организации здравоохранения и ЮНИСЕФ указывает на то, что по-прежнему в 90 странах мира прогресс в достижении базовых норм санитарии

общественные и домашние туалеты в индийском городе Канпур.

– Это неприемлемо, что женщины по-прежнему должны испражняться на улице, – говорит она. – По всему миру перемены происходят не быстро, поэтому есть острая необходимость приложить максимум усилий, чтобы у всех и каждого был туалет к 2030 г. Мы должны сделать всё, чтобы женские голоса были услышаны, и их нужды поставлены во главу угла, – говорит Ольга Газарян, директор международного развития WaterAid.

А вместе с тем женщины чаще нуждаются в уборной, отмечает профессор социологии из Нью-Йоркского университета Харви Молоч. Наибольшие неудобства от нехватки санузлов терпят пожилые женщины, страдающие от недержания, женщины во время менструации, беременные и женщины с маленькими детьми.

Эксперты указывают, что Япония – наглядный пример того, как можно повысить уровень удобств для женщин в отдельно взятой стране.

«Закрото. Не работает»

При этом если на Западе нехватка подобных заведений – всего лишь причина некоторых неудобств, то для многих людей в развивающихся странах это может иметь более серьёзные последствия.

Согласно отчёту ЮНЕСКО, в Африке каждая десятая девочка не посещает школу во время менструации. Дети в Индии вынуждены ходить по нужде под открытым не-

достигнут незначительный. Делить с другими семьями отхожее место или уборную вынуждены 600 млн человек, а 892 млн – в основном в сельских районах – испражняются под открытым небом.

Недавний отчёт организации WaterAid, озаглавленный «Не работает: состояние уборных по всему миру в 2017 г.», показывает, что в Эфиопии проживает наибольший процент населения без домашнего туалета, а 93% не располагают элементарными санитарными условиями.

Согласно этому исследованию, 46 млн женщин в Эфиопии и 355 млн женщин в Индии не имеют нормального доступа к уборной.

Сами для себя

Калавати, 60-летняя жительница Индии, 25 лет назад решила взять дело в свои руки. Совместно с местным партнёром организации WaterAid Шрамиком Барти Калавати стала собирать средства на уборные и самостоятельно строить

Усилия таких женщин, как Калавати, – это лишь небольшой шаг вперёд в этом направлении. «Я надеюсь, что подам пример многим другим женщинам, которые откликнутся и тоже будут строить уборные», – говорит Калавати.

Это в Индии. А каких только не бывает сейчас туалетов в мире! Цветные, расписные, позолоченные, с лепниной. Совмещают их и с высокими технологиями. Есть, например, унитазы с сенсорным управлением. Но дальше всех пошла японская фирма, выпустившая унитаз с медицинской мини-лабораторией. То есть анализы кала и мочи вы можете сдавать прямо у себя дома, сразу получая результаты. После чего их можно оперативно переслать лечащему врачу по интернету.

Вот так-то! Есть о чём задумать-ся...

Юлия ИНИНА.

По материалам ВВС.

Криминал

Дело о 33 миллионах

Махинации со страховками, подставные пациенты, а также подкуп врачей

Пять фигурантов крупного дела о махинациях с медицинскими страховками в США, нанёсшими ущерб в 33 млн долл., признали себя виновными в обмен на снисхождение. Об этом объявил Джунг Ким, временно исполняющий обязанности главного прокурора Южного округа Нью-Йорка. Пять других обвиняемых вину отрицают и продолжают ожидать суда, начало которого назначено на 23 апреля 2018 г.

Мошеннические операции происходили в 8 клиниках, которые открыл для этой цели в Бруклине бывший киевлянин Александр Бурман. Несколько лет он работал тайным осведомителем ФБР. На двух процессах о медицинском мошенничестве, проходивших в манхэттенском федеральном суде в 2004 и 2009 гг., он выступил с показаниями. В интервью после процесса в 2004 г., которое обнародовало его редкую осведомлённость по части подпольного медицинского бизнеса, Бурман заявил, что отошёл от страховых афер. Оказалось, что не вполне.

По словам прокуроров, он сотрудничал со следствием с 2001 по 2012 г. и посадил многочисленных преступников. В 2012 г. судья Дебора Бэттс учла его заслуги перед правосудием и за старую медицинскую аферу приговорила его к 2 годам условно.

Нынешняя афера длилась с 2007 по 2013 г., то есть захватила период, когда Бурман ещё был осведомителем. После ареста он быстро признал себя виновным и выразил желание сотрудничать со следствием.

Пару раз с ним встретились следователи, но отказались от его помощи. Обычно это бывает, когда они приходят к выводу, что им говорят неправду. Так случилось, что на сей раз у 55-летнего Бурмана не было заслуг перед правосудием, и в мае он получил 10 лет тюрьмы.

Судья также распорядился взыскать с него компенсацию убытков на сумму 18,7 млн долл. Бурман вкладывал барыши от махинаций с медстраховками не в дорогие машины или драгоценности, а в недвижимость. Теперь прокуратура продаёт 22 объекта бурмановской недвижимости, но сомневается, что выручит что-то близкое к нужной сумме.

Адвокаты просили о снисхождении, ссылаясь на то, что, живя в Киеве, Бурман мог пострадать от радиоактивного выброса в Чернобыле, что на него наложил отпечаток антисемитизм, которому он подвергался в Советском Союзе, что он тяжело больной человек и наркоман: Бурман 20 лет сидел на опиоидах. Прокуратура отвергла эти доводы, отметив, что от юдофобии страдало много евреев, но мало кто из них пошёл по преступному пути.

Возможно, судья всё же принял во внимание его жизненные тяготы, потому что дал ему меньше, чем просила прокуратура. Бурман не мог открыть клиники на своё имя, поскольку, согласно нью-йоркскому закону, для этого необходимо иметь медицинскую лицензию, которой у него нет. В таких случаях мошенники нанимают врачей, которые числятся владельцами клиник и получают за это комиссионные.

В их обязанности входит подписывать медицинские карточки, в которых говорится, что они якобы приняли какое-то количество пациентов, а также выписывать липовые рецепты и справки. У Бурмана было 3 таких врача, на которых он и оформил клиники.

Один из них, 44-летний Муштак Вайд из Мичигана признал вину в том, что выдавал себя за владельца клиники и подписывал ложные документы о предоставлении медицинских услуг. Счета за эти услуги госудаственные программы медицинского страхования бедных и престарелых.

Затем признала себя виновной и бывшая жена Бурмана 54-летняя Марина. Она была хозяйкой магазина медицинских товаров и представляла в страховую компанию липовые счета за якобы выданные пациентам товары.

Инга КАТАРИНА.

По материалам ВВС.

Взгляд



Польза или вред?

Многие спортсмены и люди, пытающиеся сбросить вес, используют белковые коктейли. Однако эта добавка может вызывать высыпания на коже, что особенно актуально для женщин, предупреждают дерматологи.

В сывороточном белке содержатся гормоны. Они меняют гормональный фон человека, включая концентрацию тестостерона, провоцируя более активную выработку кожного сала и закупоривание пор. Итог – акне. Так как у женщин высыпания на гормональном фоне наблюдаются чаще, чем у мужчин, специалисты советуют им воздержаться от белковых коктейлей.

Сывороточный белок – один из основных в коровьем молоке. В нём есть гормон IGF-1, усиливающий выработку инсулина и кожного сала. В принципе все молочные продукты в некоторой степени способны вызывать акне. Было проведено исследование с участием 30 человек. В течение 2 лет некоторые из них принимали белковую добавку, а учёные отслеживали появление акне. Была и контрольная группа. В итоге оказалось, что акне чаще появлялись у принимавших добавку.

Дина РОЗИНА.

По материалам Daily Mail.

Более 1,5 тыс. иностранных студентов обучаются в стенах медицинского института Тамбовского государственного университета им. Г.Р.Державина. В их числе иорданцы, алжирцы, индийцы, а также ребята из других стран дальнего и ближнего зарубежья.

По словам директора мединститута Игоря Воронина, все они наряду с учёбой стремятся как можно глубже изучать русский язык, что помогает им принимать активное участие в общественной жизни своей альма-матер. Пример тому – участие в художественной самодеятельности. Несмотря на загруженность по учебной программе, иностранные студенты находят время для репетиций и выступлений на разных сценических площадках областного центра. Недавно, например, они побывали с концертом художественной самодеятельности в Тамбовском доме ветеранов войны и труда...

Импровизированный зрительный зал был заполнен, как говорится, до отказа. Заинтересовались выступлением самодеятельных артистов даже инвалиды-колясочники. И нужно сказать, что они не обманулись в своих ожиданиях. Буквально затаив дыхание, слушали собравшиеся гитариста Сами Мансури, исполнившего несколько алжирских песен. Его сменил флейтист Махмуд Саадат. Он познакомил слушателей с попури на темы иорданской народной музыки. Затем на суд зрителей представили свой номер трио индийцев Прадик Море, Джайеш Шарма и Саураб Гупта. Это был народный танец из далёкой Индии.

«Гвоздём» всей программы стало выступление всё того же Сами Мансури. Его очередной наигрыш на семиструнной вдруг сменился мелодией до боли знакомой русскому человеку «Катюши». А когда из уст алжирского парня зазвучали такие близкие сердцу каждого россиянина слова про расце-

Душевное дело

Откуда у алжирского парня русская грусть?

Иностранные студенты Тамбовского медицинского института охотно выступают на сцене



С. Мансури

тающие яблони и груши, про туманы, плывущие над рекой, и девушку Катюшу, выходящую на её берег, то зал не удержался и стал дружно подпевать.

Тепло благодарили зрители-ветераны самодеятельных артистов за доставленное удовольствие, связанное с их выступлением. Общее же мнение собравшихся выразила ветеран

инструменте. Молодцом! Передавай привет от нас, тамбовских ветеранов, бабушке с бабушкой.

Она также пожелала ребятам успешной учёбы, хорошей работы в будущем на поприще сохранения здоровья людей. Кстати, сама она отдала ему более 40 лет безупречного труда.

От имени администрации дома ветеранов самодеятельных артистов поблагодарила заместитель директора этого учреждения Наталья Порубай. Надо отдать должное Наталье Григорьевне, ведь организация концерта – дело её рук и неутомимой энергии. Кстати, она

медик по образованию. Более 30 лет проработала в системе здравоохранения гарнизонов, где служил муж. По семейным обстоятельствам переехала в Тамбов. В доме-интернате заведует медицинской частью. В её планах – установление более тесных и постоянных связей с коллективом вуза. Эта инициатива получила поддержку руководства медицинского образовательного учреждения.

Валерий ЧИСТЯКОВ,
внешт. корр. «МГ».

Тамбов.

Фото автора.



(Слева направо) Н.Порубай, М.Саадат и М.Рязанова

Рядом с нами

Уникальный художественный проект «Творчество за гранью» представили в Арт-центре одного из столичных районов психиатры. Москвичи смогли познакомиться с творчеством людей, имеющих особенности психического развития, а также получить консультации опытных врачей и психологов.

Важность подобных встреч и их антистигматизационную направленность отметил в приветственном слове президент Российской общественной организации «Клуб психиатров», заведующий медико-реабилитационным отделением психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева Аркадий Шмилович.

Открылось мероприятие представлением эстрадной театрализованной программы в исполнении вокально-танцевальной студии «Ми-ре-до», участниками которой являются пациенты ПКБ № 1. Они исполнили популярные композиции, музыкальные, танцевальные и поэтические этюды.

Большое внимание участников встречи привлекла выставка художественных работ людей с особенностями психического развития, живущих в разных странах. Гости активно посещали также различные мастер-классы, участвовали в интерактивном семинаре психопросветительской направленности, беседовали со специалистами – медицинскими психологами, психотерапевтами, психиатрами.

«Особенные» художники

С их творчеством познакомилась москвичи

В рамках встречи состоялся показ фильма «Голоса», созданного участниками, художниками, режиссёрами и сценаристами интернет-радиостанции «Зазеркалье» – первой в России радиостанции людей с особенностями психического развития, повествующий о реальности душевного расстройства и жизни до, во время и после него. Затем прошёл семинар-обсуждение фильма.

В завершение акции всем желающим предложили поучаствовать в небольшом перформансе – погружении в реальность нетривиальной душевной коммуникации человека с самим собой в сопровождении психолога. Участники попали в комнаты, каждая из которых представляла одно из самых распространённых душевных расстройств, раскрывая изменённую реальность мира душевной болезни.

Поддержанный департаментом здравоохранения и культуры Москвы проект получил яркую психообразовательную и психо-профилактическую направленность, в нём приняли участие более 100 человек. Мероприятие продемонстрировало возможность диалога между обществом и людьми с нестандартным вос-



К выставке готовится очередное полотно

приятием реальности. Концептуальной основой таких программ является сближение людей на основе общих ценностей – открытости, творчества.

Стоит, наверное, напомнить, что душевной болезнью страдал всемирно известный голландский живописец-постимпрессионист Винсент Ван Гог (1853-1890). Творческий путь художника делится, по мнению экспертов, на две части: первая – сумрачная гамма произведений; вторая характеризуется манерой болезненного

напряжения, которая строится на цветовых контрастах. Это «Ночное кафе», «Пейзаж в Овере после дождя» и др. Последние годы своей жизни живописец провёл в больнице для душевнобольных.

Широко известен и русский живописец Михаил Врубель (1856-1910), в творчестве которого преобладают философские темы добра и зла, сопровождаемые напряжённостью: «Демон», «Сирень». Художник также страдал тяжёлыми формами душевной болезни.

В наше время к психическим расстройствам, как известно, относят депрессию, биполярное аффективное расстройство, шизофрению и другие психозы, деменцию, умственную отсталость и расстройства развития, включая аутизм.

От депрессии, которая является одной из ведущих причин инвалидности в мире, страдает, по данным Всемирной организации здравоохранения, более 300 млн человек, более 260 млн живут с тревожными расстройствами, многие несут в себе обе эти болезни, а шизофрения отмечена у 21 млн.

В 2013 г. ВОЗ утверждён Комплексный план действий в области психического здоровья на период 2013-2020 гг. Важнейшая цель плана – укреплять психическое благополучие, предотвращать психические расстройства, обеспечивать медицинскую помощь, ускорять выздоровление, укреплять права человека и снижать смертность, заболеваемость и инвалидность лиц с психическими расстройствами.

Анастасия КОНСТАНТИНОВА.

МИА Сити!

На литературный конкурс

На лирической ноте

Евгений ТАРАСОВ

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Открытие за открытием

Возвышенная душа

Монолог влюбленного

Дверь в кабинет, скрипнув, открылась, и в неё боком проник молодой человек неприметной наружности.

– Вы опять к нам, юноша? – почти вежливо спросил хозяин кабинета. – Неужели что-то такое опять открыли? Или даже нечто новое создали?

– Создал... нечто новое, – застенчиво пробормотал вошедший.

– Опять какой-нибудь велосипед на воздушной подушке? Для астматиков, которым не хватает воздуха для велосипедных прогулок в нашем экологически не очень чистом городе? – подозрительно посмотрел на него кабинетный хозяин. – Какую-нибудь новую модификацию?

– Не совсем так... – немного замялся юноша, но тут же с достоинством и энтузиазмом сообщил: – Теперь это великое открытие!

– Утром у меня тут побывал уже один. Сообщил, что открыл полюс.

– Полюс?... – удивился юноша. – Это какой же?

– Северо-восточный.

– Да ну?! И что же?!

– Не знаю... Я так и не понял – он только сказал, что там было так холодно, что он тут же закрыл его.

Молодой посетитель обиженно замычал: – Как вы можете равняться?... Это странно и где-то даже обидно слышать... от вас... от уважаемого... всеми.

– Ладно, ладно, валийте, открывайте тоже, чего уж тут стесняться, дорогой мой, молодой человек, – разрешил хозяин кабинета.

Положив на стол бумажный рулон, молодой человек начал разворачивать его:

– Я вот тут, посмотрите, всё изложил. Посредством самой высшей математики, а также геометрии, физики и тригонометрии. Видите, эти вот формулы, графики и расчёты у меня доказывают принципиальную возможность передачи электроэнергии на огромные расстояния, И, заметьте, прямо по воздуху!

– Прямо?... – с кислой улыбкой недоверчиво посмотрел не на чер-



тежи, а на своего «визави» хозяин кабинета.

– Если всё это действует так, то это действительно стоит посмотреть.

Всмотревшись в чертежи, он тут же подозрительно ухмыльнулся и с хищной радостью поинтересовался: – А провода-то тогда здесь зачем?

– Ну-у... это чтобы указывать точное направление электротоку... – замялся открыватель.

– Не пойдёт! – решительно отверг его предложение «визави». – Подумайте, если, конечно, сможете. Нужно, чтобы он, ток этот, тёр без всяких там указателей дороги. Ступайте, ступайте. Идите!..

– Куда?

– Куда хотите!

Однако молодой человек никуда не пошёл. А вытащил из разбухшего портфеля ещё одну папку.

– Что там у вас ещё? Опять открытие? – вскинулся начальник.

– Нет... изобретение, – скромно сообщил юноша и стал разворачивать новые чертежи. – Мы вот тут с ребятами поворочили кое-чем, то есть мозгами...

– И что же вы наворочили? – нетерпеливо поинтересовался его собеседник.

– Новую модификацию теплохода.

– Так, поглядим, поглядим... А это что?!

– Колёса.

– Колёса?! – поразился хозяин кабинета.

– Да, 6 пар.

– Это для чего?

– А чтобы передвигаться. Эта наша модификация будет самой быстрой в мире! До 120 км в час будет мчаться! И вы ещё обратите внимание на законченность форм, на габариты, а также на параметры. И учтите, наш теплоход не будет превышать размеры обычного теплохода!

– И это всё? – иронично поинтересовался хозяин кабинета.

– Нет, это ещё не всё! При желании к нему можно будет прицепить до 35 вагонов! Экономический эффект нашего изобретения огромен! Настолько, что мы пока ещё не можем его точно рассчитать!

– А разве что-то подобное уже не было когда-то изобретено? – закачал головой явно очумевший от всего увиденного и услышанного «визави». – И вообще, почему вы дали этому своему незаконнорождённому детищу имя «теплоход»?

– Да потому что в вагонах даже в лютовую стужу будет тепло! С гарантией!

– Идите, идите, юноша, – устало вымолвил начальник, – хватит с нас ваших велосипедов...

Однако изобретатель опять полез в свой безразмерный портфель.

– Неужели ещё что-то?! – затрепетал испуганно его «визави».

– Всего лишь одно предложение, – успокоил его «изобретатель».

– Какое ещё предложение?

– На этот раз воистину масштабное и гениальное! Вот, – положил он на начальственный стол кипу бумаг, – смотрите, мы тут кое-что основательно прикинули, и вот что предлагаем: с целью ускорения развития нашего центрального экономического района перенести... Эльбрус на 1,5 тыс. км севернее – в Калужско-Новомосковский регион!

– Чего-чего?! Это вы серьёзно?!

– ахнул начальник.

– Безусловно! Ведь уже в преддверии предстоящего мирового чемпионата по футболу наш регион заполнят не только многочисленные футбольные болельщики, но и любители туристической экзотики! А где, как не в нашем регионе, в настоящее время наиболее быстро развивается дорожно-транспортная инфраструктура?! Кстати, мы успели просчитать экономический эффект от этого перенесения – оно окупится всего через 67 лет!

– Через?!.. Во, как! – почти ахнул явно до предела утомлённый начальник. Но, безнадежно взглянув на часы, вдруг оживился:

– А у нас уже перерыв. А потом совещание. А потом...

– Что потом?

– Потом я рекомендую посетить ещё один наш кабинет.

– Это какой?

– Это номер 6, – почти радостно сообщил начальник «визави», не ставший разяснять, что этот кабинет был недавно открыт в их патентном бюро для «открывателей и изобретателей» с соответствующими «сдвигами по фазе».

– Любочка, я так тебя люблю, так люблю! Какой восхитительный вечер! Какое море! Можно, я подарю тебе эту великолепную золотую луну?

– Подари, милый!

– Бери! Она твоя. Я так тебя люблю, так люблю! А ещё я дарю тебе эту трепетную лунную дорожку. Смотри, как дивно она серебрится и переливается в лёгком шестесте волн.

– Спасибо, родной!

– Я так тебя люблю, так люблю! Я дарю тебе эти тысячи и тысячи звёзд, усеявших небосклон. Звёзды – это судьбы. Вглядись, видишь, вон там в их мерцающем хороводе две маленькие звёздочки, как две судьбы, твоя и моя? Они никогда не расстанутся друг с другом.

– И мы с тобой не расстанемся никогда.

– Я так тебя люблю, так люблю! Сегодня я слагаю к твоим ногам леса и поля, горы и долины, моря и реки, пустыни и леса, вулканы и гейзеры, деревья и травы, животных и птиц, землю и небо.

– И ещё купи мне, пожалуйста, большой букет алых роз – моих любимых цветов!

– Господи, а это зачем? Неужели тебе мало того, что я тебе уже подарил? Давай помечтаем лучше ещё о чём-то высоком!

Москва.

СКАНВОРД grid with clues and answers. Includes a grid of letters and a list of answers at the bottom right.

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.
Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: ул.Гиляровского, д. 68, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва