

# Медицинская

20 октября 2017 г.  
пятница  
№ 79 (7797)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

## События

# Стань волонтером!

Добровольцы будут иметь преимущество при поступлении в медицинские вузы и колледжи



Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова побывала в Сочи на XIX Всемирном фестивале молодёжи и студентов. Она познакомилась с частью программы, посвящённой здоровью и медицине.

Вероника Игоревна пообщалась с молодыми ребятами, которые входят в одноимённое общественное движение «Волонтеры-медики». Студенты вручили ей подарок – фирменную толстовку, которая символизирует принадлежность главы ведомства к движению.

«Такие, как вы, достойны учиться в медицинских образовательных учреждениях, а после окончания иметь

**Хорошее настроение – отличительная особенность фестиваля**

преимущество при дальнейшей подготовке уже на узких специалистов», – сказала министр.

В Сочи были организованы лекции, мастер-классы, выступления известных международных и российских специалистов, которые были подготовлены Всемирной организацией здравоохранения в рамках дискуссионно-образовательной программы «Экология и здоровье».

С профильными лекциями выступили хирурги, терапевты, педиатры, стоматологи, которые рассказали о возможностях современного здравоохранения, а также его будущих перспективах. На мероприятие были приглашены представители

медицинского бизнеса, чтобы студенты-медики смогли договориться о стажировке в заинтересовавших их компаниях. Помимо узкопрофильных лекций к обсуждению были представлены такие резонансные социальные темы, как дискриминация ВИЧ-инфицированных и профилактика зависимостей среди молодёжи. Министр приняла участие в панельной дискуссии направления «Экология и здоровье».

**Алексей ПАПЫРИН,**  
обозреватель «МГ».

Москва.

**Фото пресс-службы**  
Минздрава России.

**Геннадий СУХИХ,**  
директор Национального исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, академик РАН:

Нужно создать истинный союз между акушерами, онкологами, маммологами, врачами ультразвуковой диагностики.

Стр. 4



**Михаил ИВАНОВ,**  
главный врач Воронежской городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 10, доктор медицинских наук:

Уникальность нашей больницы состоит в том, что в ней представлены все необходимые специализированные отделения для оказания медицинской помощи матерям.

Стр. 6–7



**Григорий КАРМАЗАНОВСКИЙ,**  
руководитель отдела лучевой диагностики Института хирургии им. А.В.Вишневского, член-корреспондент РАН:

Рентгенолог для повышения собственных знаний не может и не должен работать в одиночестве! Необходим тройственный союз: диагност, хирург и патоморфолог.

Стр. 12–13



## Перспективы

# Подарок к Новому году

Госкорпорация Ростех при поддержке правительства Псковской области возводит в Пскове перинатальный центр. Строительная готовность объекта превысила 86%. На объект уже поставлено и монтируется медицинское оборудование.

На сегодняшний день уже введены в строй системы водоснабжения, отопления и канализации, завершается монтаж вентиляционной и противопожарной систем.

«Работы по завершению строительства идут в соответствии с графиком, согласованным с областью. На объекте задействовано более 200 человек, а строительный контроль осуществляется на постоянной основе. Мы заключаем договоры на закупку медицинского оборудования, организовано присутствие представителей поставщиков техники на объекте. Оборудование частично завезено в перинатальный центр и монтируется. Уверены, что совместными усилиями при поддержке области сдадим объект в декабре», – отмечает заместитель Госкорпорации Ростех Николай Волобуев.

Итоговая стоимость строительства нового объекта составляет 2,56 млрд руб., в том числе порядка 590 млн. Госкорпорация Ростех выделяет Псковской области в виде беспроцентного займа. Финансовая поддержка должна решить проблему

дефицита средств в бюджете области и ускорить ввод объекта в эксплуатацию. Также Ростех обеспечит перинатальный центр двумя автомобилями скорой медицинской помощи класса С.

В ближайшее время в центр будет завезена неонатальная медтехника.

Объект в отличие от перинатальных центров, возводимых в других регионах, отличается сложной конфигурацией («ласточкой»), а общая площадь здания составляет 21,6 тыс. м<sup>2</sup>.

Перинатальный центр, рассчитанный на 110 мест, позволит обеспечить квалифицированную медицинскую помощь беременным с высокой степенью риска рождения ребёнка с перинатальной патологией и медицинскую помощь новорождённым и детям раннего возраста со сложной перинатальной патологией. В центре будет проводиться консультирование и прогнозирование возможной патологии у женщин до наступления желанной беременности. Также здесь будут открыты клиничко-диагностическая лаборатория и отделение патологии беременности.

Объект возводится в рамках программы, разработанной Минздравом России и утверждённой распоряжением Правительства в декабре 2013 г. Перинатальный центр Пскова будет сдан в декабре 2017 г.

**Алексей ПИМШИН.**

## Проекты

# Зарботная плата будет увеличена

В Комитете Государственной Думы РФ по бюджету и налогам рассматривался проект федерального закона № 274620-7 «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.»

Председателем ФОМС Натальей Стадченко членам комитета были представлены основные параметры бюджета фонда, а также направления расходования средств ОМС в рассматриваемом периоде.

Согласно проекту бюджета Федерального фонда ОМС на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг., субвенция регионам в 2018 г. составит 1 871 млрд руб. с приростом 333,2 млрд, или 21,7% к уровню 2017 г.

Подушевой норматив финансирования базовой программы ОМС в 2018 г. увеличивается на 21,5%.

Бюджет ФОМС полностью сбалансирован, в том числе переходящими остатками.

Увеличение субвенции запланировано с учётом выполнения Указа Президента РФ и достижения плановых показателей заработной платы медицинских работников, а также увеличения финансирования всех остальных расходов медицинских организаций (медикаменты, расходные материалы, питание пациентов, коммунальные и другие услуги) на индекс потребительских цен – 4%.

В 2018 г. соотношение заработной платы медицинских работников к средней заработной плате по экономике региона составит: по вра-

чам – 200%, по среднему и младшему медицинскому персоналу – 100%.

В 2019-2020 гг. бюджетом фонда предусматривается дальнейшее увеличение субвенции для обеспечения достигнутых показателей уровня заработной платы медицинских работников.

Таким образом, запланированный в проекте трёхлетнего бюджета фонда объём средств рассчитан не только на увеличение заработной платы медицинских работников до целевых показателей и сохранение достигнутого уровня, но и на обеспечение роста других расходов медицинских организаций.

**Ксения САПОЖНИКОВА,**  
внешт. корр. «МГ».

Москва.

## Новости

### Достучаться до сердец

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова завершилась неделя донора. В 2017 г. эта очередная массовая акция прошла в рамках 2-го молодёжного донорского марафона «Достучаться до сердец».

Организаторы донорского движения университета продемонстрировали высокий уровень подготовки мероприятия. Сплочённый дружный коллектив на протяжении недели с самого утра создавал приятную атмосферу, регистрировал доноров, сопровождал на всех этапах кроводачи и, конечно же, поддерживал их эмоционально. После регистрации будущие доноры приступали к прохождению медицинского осмотра, начиная с измерения артериального давления, которое проводилось силами студентов вуза. После того как результаты измерений заносились в анкету, доноров угощали лёгким завтраком. Далее в лаборатории проверялись уровень гемоглобина, группа крови, резус- и келл-факторы, после чего донора осматривал врач.

За 5 дней работы 1035 человек изъявили желание сдать кровь, а удалось это 690. За этот период собрано более 310 л крови.

Анастасия СИНЁВА.

### Мастер-класс для эндоскопистов Приморья

В стенах отделенческой клинической больницы на станции Владивосток, где создана возможность прямой телетрансляции в режиме онлайн работы специалистов из 4 операционных одновременно (что для Приморья редкость), прошёл мастер-класс по внутрипросветной хирургии «Эндоскопия – выявление, оценка, лечение». Список организаторов двухдневного мероприятия возглавляла Центральная дирекция здравоохранения ОАО «РЖД».

Приглашённые эксперты: заведующий отделом оперативной эндоскопии Московского клинического научного центра профессор Кирилл Шишин, заведующий отделением эндоскопии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова (Санкт-Петербургский клинический комплекс) Владимир Мальков, врач-эндоскопист Иркутского областного клинического консультативно-диагностического центра Александра Владимировича осматривали 6 пациентов с различной патологией, 4 из которых провели оперативное вмешательство. За происходящим в режиме реального времени наблюдали практически все эндоскописты Владивостока. Коллегами были продемонстрированы новые технологии по внутрипросветной хирургии, а именно: подслизистая диссекция образований толстой кишки, полипэктомия, эндоУЗИ, стентирование желчевыводящих протоков, тонкоигльная пункция.

Организаторы мастер-класса предоставили условия и для работы на биомоделях. В импровизированной операционной они установили 4 эндоскопические стойки, и каждый участник самостоятельно под взором эксперта выполнял манипуляции по той или иной представленной новой лечебной технологии на свиных желудках. Тиражирование принятых в мире стандартов внутрипросветной хирургии в клиниках Приморья, как считает главный врач отделенческой больницы на станции Владивосток Пётр Нидзельский, позволит увеличить выявляемость злокачественных новообразований желудочно-кишечного тракта на ранних стадиях и снизить рост онкозаболеваемости.

Владимир КЛЫШНИКОВ, корр. «МГ».

Владивосток.

### Проблема «раннего доступа»

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей к возможности использования инновационных препаратов, которые прошли необходимые клинические исследования, но ещё не зарегистрированы в системе лекарственных средств РФ – к программе «раннего доступа» в лечении пациентов.

Только у 20% опрошенных врачей есть опыт применения программы «раннего доступа» в клинической практике, среди онкологов доля значительно больше – 35%, а среди терапевтов и педиатров ощутимо меньше – только 8%.

В целом большинство врачей (87%) положительно относятся к возможности использовать инновационные препараты, не зарегистрированные в России, при этом среди онкологов таких абсолютное большинство (95%). 72% врачей считают, что применение незарегистрированных лекарств по программе «раннего доступа» оправдано только в случае отсутствия аналогичных по эффективности препаратов, зарегистрированных на территории РФ. Применение незарегистрированного на территории России препарата возможно только для пациентов с угрожающими жизни заболеваниями, полагают 6 из 10 врачей.

Врачи, которые в целом отрицательно относятся к программе «раннего доступа» к незарегистрированным лекарствам (таких 13%), объясняют свою позицию тем, что возможны юридические проблемы (38%), нет уверенности в эффективности и безопасности (36%), потому что подобные препараты не зарегистрированы в России (18%) и это является нарушением стандарта лечения (10%).

Незарегистрированные на территории России препараты подразделяются на лекарства, которые уже зарегистрированы на территории других стран и которые находятся в процессе разработки и потенциально обладают высокой эффективностью, но не зарегистрированы ни в одной стране. К применению последних 70% врачей относятся отрицательно, но среди онкологов процент ощутимо ниже – 49.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

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

## Перемены

# Всё начинается с уважения

**Первое звено любого медицинского учреждения, от общения с персоналом которого у человека складывается впечатление не только о данной больнице или поликлинике, но и обо всей системе здравоохранения, – это регистратура. Именно здесь человек, пришедший к врачам за помощью, со всей силой ощущает, относятся к нему с уважением, или его визит всем в тягость.**

Напомним: с 2017 г. по инициативе Минздрава России в стране реализуется Федеральный проект «Бережливая поликлиника». Его цель – оптимизация работы ЛПУ, сокращение времени пребывания пациента в учреждении, разделение потоков пациентов и упрощение записи на приём к врачу. Новосибирский клинический центр крови (НКЦК) не относится к числу амбулаторно-поликлинических учреждений, однако полностью соответствует критериям, установленным федеральным проектом «Бережливая поликлиника».

– Центр крови отличается от любого другого медицинского учреждения в первую очередь тем, что не посетители заинтересованы в нас, а мы – в посетителях. Не мы им помогаем, а они помогают нам обеспечивать кровью больницы города и области, чтобы спасти и вылечить тяжёлых больных. И от того, понравится здесь человеку, пришедшему впервые или не понравится, зависит, станет ли он постоянным донором. Вот идея, руководствуясь которой мы на протяжении 6 лет шли к тому, чтобы максимально эффективно организовать здесь все производственные



Ожидание в комфортных условиях не в тягость

процессы, создать оптимальную логистику для посетителей и персонала, комфортные условия для доноров, – говорит главный врач НКЦК Константин Хальзов.

Перемены в работе НКЦК начались с регистратуры: первым делом несколько лет назад здесь ввели униформу для сотрудников, а также требования к их внешнему виду и манере общения с посетителями. Доброжелательный тон и улыбка – обязательное правило. А буквально на днях закончилась реконструкция помещений регистратуры и зала ожидания для доноров.

Теперь за спинами регистраторов нет привычных шкафов с медицинскими карточками, для их хранения отделили отдельную комнату. Эффект оказался значительным: помещение выглядит просторнее,

его интерьер стал современным. Не случайно в стандарте «Бережливой поликлиники» на стеллажи с карточками, загромождающие регистратуру всех поликлиник, обращается особое внимание.

Прежде доноры заполняли анкеты, одновременно общаясь с регистратором, из-за чего в регистратуре практически постоянно скапливалось большое число людей. Теперь здесь оборудовали специальные стойки для заполнения анкет. С готовым документом можно подойти к любому свободному работнику регистратуры. Благодаря такому простому решению время пребывания доноров в регистратуре значительно сократилось.

– Как только посетитель завершил оформление в регистратуре, его фамилия автоматически попадает в электронную очередь. Человек присаживается на удобный диван в холле и ждёт, когда его по громкой связи пригласят к врачу, указав номер кабинета. Внедрив систему электронной очереди, мы избавили людей от негативных эмоций, которыми обычно сопровождается пребывание в «живых» очередях. И, надо сказать, доноры это отмечают особо, – поясняет К.Хальзов.

На всех этажах в отремонтированных коридорах центра разместили указатели, которые помогают донорам двигаться точно по нужному маршруту. Здесь даже детский уголок оборудовали, поскольку всё больше доноров стали приходить сюда с детьми. Пока мама или папа сдают кровь, малыш может поиграть, порисовать или почитать книжки.

Елена БУШ, соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

## Инициатива

# Доктор идёт к пациенту... И слепота отступает

**Житель Кузбасса Алексей Т., 17 лет считавший себя безнадежно слепым на правый глаз, всё же решил обратиться к офтальмологу. И врачи Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы вернули ему зрение.**

В ряду областных медучреждений Кузбасса Кемеровская областная клиническая офтальмологическая больница занимает особое место. Её специалисты не просто выезжают с консультациями в отдалённые места региона, но и оперируют пациентов рядом с домом.

А началось всё в 2005 г. Тогда, чтобы повысить для населения кузбасской глубинки доступность специализированной офтальмологической помощи, на базе больницы была создана первая мобильная офтальмологическая бригада.

«Мы изначально пересмотрели действовавшие на тот момент принципы выездной работы, – подчёркивает главный врач больницы Игорь Янец. – Раньше за каждым доктором клиники была закреплена определённая территория, и он выезжал туда 2-3 раза в год, оказывал методическую помощь коллегам и консультировал сложных пациентов. Мы сделали акцент на раннее выявление патологии органа зрения и на максимально полное оказание помощи на местах. Сформировали бригаду, в состав которой вошли несколько специалистов: офтальмологи-консультанты, офтальмохирурги, анестезиолог-реаниматолог, медицинские сёстры... Бригада стала вести

больных от первичного осмотра до полного выздоровления».

За годы работы по-новому специалисты Кемеровской офтальмологической больницы проконсультировали более 51 тыс. кузбассовцев. Из них почти 9 тыс. были прооперированы рядом с домом.

Операции выполнялись в местных больницах: добраться жителям сёл и небольших посёлков сюда было проще, чем в Кемерово. Всё необходимое бригада привозила с собой: хирургический инструментарий, медикаменты, расходные материалы. Другим неременным условием было наличие в районе собственного офтальмолога, способного обеспечить послеоперационное наблюдение за пациентом. Это обеспечивало высокое качество хирургического лечения на местах.

В клинику Кемеровской офтальмологической больницы выездная бригада направляла пациентов лишь в двух случаях: когда в районе не было своего офтальмолога и когда диагноз требовал лечения в условиях специализированной клиники. Например, если у пациента сохранился только один глаз. Или у него выявили осложнённую катаракту, глаукому. Много позже грамотному распределению потоков больных дадут специальное название: маршрутизация пациентов.

Сегодня можно сказать, что объёмы помощи, оказанной за 12 лет работы «на выезде», соответствуют тому, который больница, занимающая 8-этажное здание, выполняет в своих стенах за год. Но офтальмологи-то оказали эту помощь сверх плана! Образно говоря,

дополнительно спасли от слепоты и слабовидения население сразу двух сельских районов или одного небольшого города Кузбасса.

Плюс ещё 9 тыс. пациентов из числа осматриваемых на местах были «за руку» приведены в клинику и пролечены в её стенах. Этого не случилось бы, если бы «Магомет не пришёл к горе», как в случае Алексея Т. из маленького посёлка Горной Шории.

Нынче летом Алексей наконец-то прислушался к советам близких и решил поехать в соседний посёлок Каз, куда в очередной раз прибыла мобильная офтальмологическая бригада из Кемерово. Ну, а вдруг действительно что-то ещё можно поправить? Врачи диагностировали у него сложную посттравматическую катаракту с подвывихом хрусталика глаза и выписали направление на госпитализацию.

Молодой мужчина прибыл в клинику, и вскоре его прооперировали. Когда повязку сняли, пациент с удивлением разглядел буквы в четвёртой строке проверочной таблицы.

«Врачи говорят, что получился не глаз, а выставочный образец!» – радуется он как ребёнок.

«В 80% случаев слепота и слабовидение обратимы, – напоминает И.Янец. – В Кузбассе мы к этому стремимся, максимально приближая офтальмологическую помощь к месту проживания наших земляков».

Валентина АКИМОВА, соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Официально

## По единому подушевому нормативу

В 2016 г. в 150 медицинских организаций на селе направлено дополнительно более 400 млн руб. на приобретение и ремонт медицинского оборудования и подготовку кадров. Благодаря этим средствам было закуплено 334 единицы медицинского оборудования.

Об этом заявила председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко в ходе парламентских слушаний в Государственной Думе РФ на тему: «Доступность и качество оказания медицинской помощи гражданам, проживающим в сельской местности. Правовое обеспечение».

Руководитель ФОМС отметила, что финансовое обеспечение базовой программы по единому подушевому нормативу с учётом региональных особенностей субъектов с 2013 г. позволило ликвидировать дефицит территориальных программ ОМС. «Так, в 2011 г. базовая программа ОМС была дефицитна в 62 субъектах и дефицит составлял практически 70 млрд руб.», – напомнила она.

Председатель фонда напомнила, что субвенция для субъектов РФ

определяется по единой Методике с учётом коэффициента дифференциации, который учитывает уровень заработной платы, возрастную структуру населения, наличие сельских населённых пунктов, климатогеографические условия, ограничение сроков завоза продукции, стоимость жилищно-коммунальных услуг, транспортную доступность и другие социально-экономические особенности.

«Размер субвенции увеличился с 2012 по 2017 г. с 640 млрд руб. до 1,5 трлн, или в 2,4 раза. Подушевой норматив за счёт средств ОМС за тот же период возрос с 4102,9 до 8896 руб., или в 2,2 раза», – обратила внимание она.

Также она заметила, что в ФОМС и Минздрав России регулярно поступают обращения о сложности финансирования и росту кредиторской задолженности в сельских учреждениях из-за малого количества обращений за медицинской помощью.

«Понимая важность данного вопроса и учитывая особенности оказания медицинской помощи в сельских медицинских организациях, в рамках программы государственных гарантий с 2018 г. для

них установлен новый вид оплаты медицинской помощи – по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, по всем видам и условиям оказания медицинской помощи. Это обеспечит доступность медицинской помощи сельскому населению в местах проживания независимо от количества обращений», – сказала она.

Руководитель ФОМС подчеркнула, что приоритетом самой базовой программы ОМС остаётся финансовое обеспечение первичной медико-санитарной помощи. «При сохранении нормативов объёмов финансирования амбулаторной помощи увеличится на 20%, скорой медицинской помощи и помощи в дневных стационарах – на 23%. Особое внимание уделено развитию реабилитации, финансовое обеспечение которой увеличится на 40%, а объёмов – на 23%, что позволит более рационально использовать лечебный потенциал медицинских организаций», – проинформировала председатель ФОМС участников парламентских слушаний.

Галина СИМБИРЦЕВА.

Москва.

Назначения

Представитель Российской Федерации доктор Светлана Аксельрод назначена на должность помощника генерального директора Всемирной организации здравоохранения по неинфекционным заболеваниям и психическому здоровью.

## Российский помощник генерального директора ВОЗ

Генеральный директор ВОЗ доктор Тедрос Адханом Гебрейесус представил новый состав высшего руководства организации.

«Для меня большая честь быть назначенной помощником генерального директора ВОЗ по данному направлению. Российская Федерация играет неотъемлемую роль в борьбе с неинфекционными заболеваниями на глобальном уровне, что даёт мне возможность внести свой вклад в работу международного со-

общества по достижению одной из Целей в области устойчивого развития, принятых Генеральной Ассамблеей ООН: обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте», – сказала С.Аксельрод.

Отметим, что она имеет более 15 лет опыта руководящей работы в сфере общественного здоровья и в области глобального здравоохранения.

Андрей ДЫМОВ.

Криминал

## Пьяный дебош с нападением



В Омске возбуждено уголовное дело по факту нападения на врача скорой помощи.

Следователи возбудили уголовное дело в отношении 29-летней женщины, подозреваемой в совершении преступлений, предусмотренных п. «а» ч. 2 ст. 115 УК РФ (умышленное причинение лёгкого вреда здоровью из хулиганских побуждений) и ст. 319 УК РФ (оскорбление представителя власти). По данным следствия, 9 сентября в 7 часов утра в отдел полиции из ресторана была доставлена молодая женщина, находившаяся в состоянии алкогольного опьянения, которая вела себя буйно и оскорбляла сотрудников полиции.

Через некоторое время нетрезвая дама сказала, что ей плохо и попросила вызвать скорую помощь,

но, когда приехавшая по вызову медик стала её осматривать, любительница ресторанов ударила врача в лицо, сломав ей нос. В результате из отделения полиции пришлось госпитализировать врача скорой помощи, 44-летнюю женщину.

В настоящее время, сообщили в пресс-службе Следственного комитета РФ по Омской области, проводятся следственные действия, направленные на установление всех обстоятельств совершения преступления, за которое, к слову, Уголовным кодексом РФ предусмотрено наказание в виде обязательных исправительных или принудительных работ или даже лишения свободы до 2 лет.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ.  
МИА Сито!

Омск.

Преодоление

## Университет для созависимых

Он был создан на базе Кемеровского областного клинического наркологического диспансера почти полтора десятилетия назад. И за эти годы доказал свою эффективность: если родственники людей с алкогольной и наркотической зависимостью посещают занятия психолога, вероятность возвращения их близких к трезвой жизни вырастает до 65-70%. При условии, что они пройдут полный курс лечения и длительной реабилитации.

«Это сейчас работа с родственниками входит в стандарт лечения алкоголизма и наркомании, – уточняет заведующая отделением медицинской реабилитации наркологического диспансера Юлия Дубчак. – Потому что, когда один из членов семьи страдает от серьёзного хронического заболевания, это становится проблемой и его близких тоже. У них форми-

руется особый тип поведения, который называют созависимостью. Он не только причиняет страдания им самим, но и мешает выздоровлению пациента. Однако раньше проблемами родственников никто не занимался».

С начала 2000-х раз в неделю по вечерам с родными и близкими лиц с алкогольной и наркотической зависимостью стал работать медицинский психолог. В его задачу входило объяснить собравшимся причины развития и особенности их патологического состояния. Преодоление созависимости заключается в том, чтобы «отпустить» проблемного родственника, отказать от тотального контроля над его жизнью и заняться собой. При необходимости занятия в группе дополняла семейная психотерапия.

Такой формат работы «университета» – совершенно бесплатного! – сохраняется до сих пор.

«Мы заметили, что, как только у родственников начинается положительная динамика, у пациентов тоже начинаются перемены, эти процессы идут параллельно, – признаёт Ю.Дубчак. – И, напротив, если родственники не меняются, возвращение нашего пациента к трезвой жизни будет очень сложным. Ведь он придёт в семью, а там всё по накатанной: подозрения, недоверие, попытка всё решить за него... Таких пациентов мы предупреждаем заранее: вам будет сложно, потому что правильной поддержки дома вы, скорее всего, не получите, а к этому надо быть готовым. И помнить, что в любой момент вы можете обратиться за поддержкой к специалистам наркодиспансера. Самое трудное – сохранить трезвость в первые недели и месяцы после выписки».

Аким ВАЛИН.

Кемерово.

Подписка-2018

## Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

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

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](mailto: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](http://www.mgz.ru)

Новые подходы

## Расширен перечень специальностей

В Департаменте здравоохранения Москвы сообщили о расширении перечня специальностей для претендентов на получение статуса «Московский врач». Это сделано с учётом того, что в отдельных случаях по условиям конкурса формальное название должности не позволяло отдельным специалистам принимать участие в этом проекте. Рекомендация устранить это противоречие была высказана в ходе проходившего в столице Московского конгресса кардиологов.

– В ходе I Московского конгресса кардиологов было высказано предложение засчитывать в стаж работу по специальности «Кардиология» врачам, работающим в кардиореанимации на должностях анестезиолога-реаниматолога и кардиолога вне зависимости от занимаемой ставки, – пояснил руководитель столичного Департамента здравоохранения Алексей Хрипун. – Мы поддержали эту инициативу, и теперь претендовать на получение

статуса «Московский врач» по специальности «кардиология» могут врачи, которые работают в кардиореанимации на указанных должностях, где ведут самых сложных и тяжёлых больных.

Кроме того, стало известно, что первые обладатели статуса станут известны до конца октября. В их число войдут врачи, которые успешно преодолели все три этапа добровольных оценочных процедур – проверку теоретических и практических навыков, а также решение ситуационных задач. На заключительной стадии кандидатам предстоит представить портфолио своих профессиональных достижений комиссии в Департаменте здравоохранения города. Среди тех, кто уже в ноябре сможет получать установленную правительством столицы ежемесячную надбавку к окладу в размере 15 тыс. руб., – врачи общей практики, урологи, хирурги, психиатры и анестезиологи-реаниматологи.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

У каждого своя правда – подумалось мне на форуме «Мать и дитя». Слушаешь представителей штаба отрасли и проникаешься к ним сочувствием, видя, как много они работают. Разговариваешь с практическими врачами из регионов, теми, кто на передовой, кто каждый день лицом к лицу с пациентами, и понимаешь, вот они – истинные труженики. Обременённые ворохом повседневных забот «верхи» и «низы» не всегда справедливы друг к другу. Форум позволяет им сблизить позиции.

Открывая мероприятие, директор Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Сухих отметил, что на этом высоком собрании обсуждаются основные вопросы специальности, большое внимание уделяется новым достижениям медицинской науки, применению современных технологий на практике. Почти за 20 лет форум стал настоящим университетом для акушеров-гинекологов, неонатологов, врачей других специальностей, работающих в сфере охраны здоровья матери и ребёнка.

– Форум – это наши встречи, это мы, – сказал академик.

## Что сделано и что предстоит сделать

Приветствуя собравшихся, заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, поблагодарив за труд, подчеркнула, что общая смертность в России снижается, в чём огромная заслуга медицинских работников. Материнская и младенческая – тоже. Последняя за 7 месяцев составила 5,3. Треть регионов имеют менее 3,5 промилле. Выполнены 4-я и 5-я Цели тысячелетия.

Однако прирост населения отрицательный за счёт сокращения рождаемости, так как сегодня вступает в репродуктивный период то поколение, которое родилось в 90-е годы. Поэтому очень важно сохранять каждую жизнь. В этом плане первоочередная забота акушеров-гинекологов – профилактика аборт. Их количество уменьшается, но надо стараться, чтобы ситуация стала ещё лучше. Благодаря работе кабинетов и центров медико-социальной помощи решили не прерывать беременность, а сохранить её 41 тыс. женщин.

К сожалению, достаточно часто провоцируют на аборт и сами акушеры-гинекологи.

– Поставив диагноз «беременность» на ранних сроках, первый вопрос, который задаёт врач женской консультации: «Ну что, прерывать будем?» У нас идёт вал жалоб на эту тему, – призналась директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ Елена Байбарина и попросила докторов обратить особое внимание на этот раздел работы.

Кстати, с 12 декабря вступает в силу новое положение о необходимости иметь лицензию на аборт.

Ещё одним из резервов улучшения демографической ситуации в стране Минздрав считает лечение бесплодия с помощью экстракорпорального оплодотворения.

– Мы рассчитываем на внедрение вспомогательных репродуктивных технологий, – сказала Т.Яковлева. – Процент ЭКО с каждым годом растёт. Государство взяло финансирование этой процедуры на себя и оплачивает её через систему ОМС. Уровень бездетности падает.

В нынешнем году в результате ЭКО родились почти 15 тыс. детей (прежде считали число родов), произошло 12 800 родов. За счёт средств ОМС запланировано почти 65 тыс. процедур (план на 8 месяцев – 42 800, выполнено 39 800, недовыполнение составило 3 тыс. процедур).

Сейчас в Министерстве юстиции РФ находится новый приказ Минздрава о внесении изменений в стандарт медицинской помощи при бесплодии (раньше криоконсервация эмбрионов не входила в перечень позиций, оплачиваемых ОМС, а теперь будет входить и финансироваться). Это, по мнению представителей штаба отрасли, позволит проводить сокращённую процедуру ЭКО, используя сохранённые эмбрионы, что благоприятнее отразится на здоровье женщин и уменьшит экономические затраты.

## В центре внимания

# Где мы и куда движемся?

Об этом состоялся разговор на центральном для акушеров-гинекологов событии года – XVIII Всероссийском научно-образовательном форуме «Мать и дитя»



Во время одного из симпозиумов

Но, конечно же, нужно, чтобы в популяции было как можно больше здоровых мам, пап, которые рожали здоровых детей.

Поэтому министерство в качестве приоритета выделяет первичное звено, профилактику.

– Сегодня Минздрав впервые создал профилактическое направление медицины, – считает Т.Яковлева. – Я не оговорила. Оно было и в Советском Союзе, и в России, но не такое мотивированное (раньше медикам за профилактику не платили, отсутствовала мотивация и у граждан). Сейчас много внимания уделяется информированности детей и образованию населения. Созданы порядки профилактической работы, диспансеризации, подготовлены люди, которые будут этим заниматься, сформирована инфраструктура. Координирующий орган в каждом субъекте РФ – центр медицинской профилактики. Акушеры-гинекологи, неонатологи, педиатры должны с ним взаимодействовать.

По словам Т.Яковлевой, центр должен делиться на детский отдел и взрослый, где будут созданы специально обученные лекторские группы. Потому что не каждый профессионал может общедоступно донести до населения информацию. Именно через центр профилактики следует распространять соответствующую литературу для родителей и детей.

– Мы призываем другие ведомства – образования, культуры, спорта, МВД – тоже работать через центр профилактики, а не каждый сам по себе. Взаимодействие, объединение усилий даст другой результат, – подчеркнула заместитель министра.

По её словам, сейчас вносятся изменения в порядки педиатрической помощи. Кабинет здорового ребёнка, грудного вскармливания, дошкольно-школьного кабинета – всё объединяется в одно профилактическое от-

деление детской поликлиники. Дополнительно вводится ставка заместителя главного врача по профилактической работе.

Т.Яковлева обратилась к докторам с просьбой занять активную позицию. Её поддержала Е.Байбарина, которая выразила удовлетворение тем, что снижается перинатальная смертность, в том числе ранняя неонатальная, за счёт того, что начали лучше лечить, правда и за счёт того, что современные технологии реанимационной и интенсивной терапии позволяют заменить функции организма на несколько

цинских сестёр неонатального профиля. Работала школа андролога. Большое место занимали вопросы онкологии. Между прочим, в структуре НЦАГиП организован Научно-исследовательский институт онкогинекологии и маммологии, который возглавил академик РАН Лев Ашрафян.

– Нужно создать истинный союз между акушерами, онкологами, маммологами, врачами ультразвуковой диагностики, – считает Г.Сухих.

Обсуждались базовые профессиональные стандарты, образовательные аспекты, словом, всё

– В стране многое меняется, – продолжил свою мысль академик. – Возникают всё новые частные клиники. Об этой тенденции стоит задуматься. Может быть, спросить Правительство: «А что оно хочет? Чтобы было государственное здравоохранение или частное?» Это большой вопрос. Но и большой вызов для нас.

Коснувшись обстановки в стране, Г.Сухих посчитал нужным сказать, что Россия живёт не в состоянии санкций (это дипломатическое выражение), а, по сути, в состоянии тотальной войны. Следовательно, система регу-

ляции новых технологий, идей, лекарственных препаратов, всего, что необходимо стране, должна идти, как шла во время Великой Отечественной войны.

– Нам нужно решать вопросы так, как это происходит в Минпромторге, когда, например, ставится задача, что под крыло самолёта надо через 6 месяцев повесить новое устройство, оно через 5 месяцев висит, – высказал точку зрения Г.Сухих.

Кстати, заместитель министра промышленности и торговли РФ Сергей Цыб, приветствуя собравшихся от имени министерства, подчеркнул, что Минпромторг России ведёт активную работу по продвижению разработок отечественных производителей в области охраны здоровья матери и ребёнка, а также поддерживает создание новых медицинских технологий, которые позволяют повысить доступность и качество медицинской помощи.

– Центр им. В.И.Кулакова является давним и надёжным партнёром Минпромторга, принимает активное участие в решении государственных задач по развитию фармацевтической и медицинской промышленности, оказывает поддержку исследованиям в области разработки лекарственных препаратов и медицинских изделий, – отметил С.Цыб.

Между тем академик Г.Сухих подчеркнул высокую роль каждого из федеральных учреждений. По его словам, их задача заключается не только в координации деятельности, создании новых технологий, корректировке требований к серийно выпускаемым медицинским изделиям, но и в колоссальной работе с регионами. Кстати, НЦАГиП наряду с другими 20, присвоен высокий титул национального, что требует ещё большей одачи.

В Центре акушерства, гинекологии и перинатологии, где трудятся высококлассные специалисты, в последние 3 месяца открыто 3 новых лаборатории, в частности лаборатория редактирования генома. Исследования продолжаются.

– Я очень рад, что мы сделали попытку редактирования эмбриона человека и увидели, что вносим в геном с этим вмешательством не только положительное... Поэтому к данному механизму нужно относиться чрезвычайно деликатно, – считает Г.Сухих.

Подытоживая своё выступление о развитии науки и здравоохранения, академик сказал:

– Нам нужно подумать о том, где мы и куда движемся, и не только подумать, но и многое сделать.

– Хотелось бы, чтобы в образовательные стандарты по акушерству вошли модули по ультразвуку, как это сделано в Западной Европе и США. Нам стыдно, что мы не владеем ультразвуковой диагностикой, – заметил Г.Сухих.

Надо сказать, его выступление отличалось эмоциональностью, было пронизано и гордостью за достигнутое, и болью от неопределённости за будущее. Освещая инновации в области биотехнологий (полногеномное секвенирование, новые технологии детекции нуклеиновых кислот, микроциповые и мультиплексные технологии), он отметил и проблемы. В их числе: недостаточная технологическая обеспеченность (приборами, реагентами и т.д.), недостаток квалифицированных, хорошо образованных кадров. По словам академика, США следят за нашими талантливыми ребятами – призёрами олимпиад, предлагают гранты. Идёт утечка умов.

Особо Г.Сухих остановился на несовершенстве законодательства:

– В России недружественное (позволю себе такое выражение) законодательство по отношению к современной медицинской науке. Федеральные научные центры не имеют законной возможности использовать передовые методы клинической лабораторной диагностики, в том числе созданные ими самими в результате проведённых научных исследований и разработок по грантам и на основании государственных заданий. А коммерческие компании с иностранным участием имеют право заниматься медицинской деятельностью с использованием незарегистрированных в установленном порядке редких и инновационных технологий, что создаёт им необоснованное преимущество перед российскими учреждениями здравоохранения, включая учреждения федерального и национального уровней. Это недопустимо. Думаю, общими усилиями с Минздравом, Росздравнадзором попытаемся решить вопрос. В 2015 г. вышел Федеральный закон «О международном медицинском кластере» на территории Сколково, включающем 15 клиник, центр онкологии, перинатальный центр, где разрешено использовать технологии и лекарства, зарегистрированные в стране происхождения, установлены специальные правовые режимы. Это значит, что мы с вами дожили до того, что политическое руководство страны не верит в наш интеллект и в наши технологические и другие возможности.

недель и часть смертей переходит на более поздний период.

Младенческая смертность в прошлом году составила 6. А ведь ещё недавно такие цифры казались фантастикой. В 2012 г. всего 7 регионов имели показатель ниже 6, а за 7 месяцев 2017 г. уже 61. Лишь одна территория далеко отстаёт – Еврейская автономная область (там 12,1). Есть субъекты РФ, где показатель 3-3,5 и ниже, чему во многом способствовала программа создания перинатальных центров. Их строительство продолжается, введено в эксплуатацию 18, ещё 14 будет запущено в течение ближайшего времени.

– Нам очень важно, чтобы эти центры работали хорошо. Под хорошей работой мы понимаем не просто самые лучшие показатели в регионе, а чтобы показатели во всём регионе, во всей стране снижались. Перинатальные центры должны брать на себя наиболее сложные случаи, – подчеркнула Е.Байбарина.

Руководитель детского «главка» высказала опасения, что показатель материнской смертности может возрасти даже при прежнем количестве умерших, поскольку рождаемость уменьшилась.

– Каждая материнская смерть – это чрезвычайная трагедия для семьи, для общества, подытожили они. – Поэтому надеюсь, что акушеры-гинекологи усилят работу по её профилактике.

## Темы новые, темы вечные

На форуме нашли отражение как «вечные» проблемы, так и недавно появившиеся. Среди них: инфекции и антибиотикорезистентность, бесплодие и репродукция, большие акушерские синдромы и преждевременные роды. В рамках форума прошёл конгресс «Современные принципы ультразвуковой и лучевой диагностики в акушерстве, гинекологии и перинатологии», научно-практическая конференция «Невынашивание беременности», конференция акушеров и меди-

– Число преступлений, обусловленных небрежным исполнением медицинскими работниками своих профессиональных обязанностей, в ряде регионов продолжает расти, – заявил председатель Следственного комитета России Александр Бастрыкин на совещании по вопросам расследования ятрогенных преступлений. На нём присутствовали заместители председателя СК РФ, руководители структурных подразделений центрального аппарата и руководители 28 региональных следственных управлений.

– Существенный рост зарегистрированных сообщений о таких преступлениях наблюдается в Москве, в Кабардино-Балкарской Республике, в Республике Мордовия, в Амурской, Магаданской, Архангельской областях, а также в Ненецком автономном округе, – пояснил А.Бастрыкин. – При этом большинство обращений граждан затрагивают, как и прежде, такие направления медицины, как акушерство и гинекология, хирургия, анестезиология и реаниматология, педиатрия, травматология, кардиология.

Председатель Следственного комитета уверен, что «следственные органы обязаны немедленно реагировать на сигналы о врачебной халатности, качественно и в короткие сроки расследовать такие уголовные дела, а также в полном объёме информировать органы здравоохранения и общественность о причинах и условиях совершения ятрогенных преступлений в целях их исключения в медицинской практике». В то же время, по его словам, «мы должны, безусловно, добиться того, чтобы процессуальные решения следователей о наличии либо от-

## Проблемы и решения

# Что стоит за ятрогенными преступлениями

## Врачебную ошибку подводят под статью

сутствии состава преступления в действиях медицинских работников содержали объективную оценку произошедшего, будь то неверная диагностика, ошибочные методы лечения или несвоевременное оказание пациентам медицинской помощи». Для этого следователю необходимо иметь «не только ясное представление о специфике врачебной деятельности, но и в совершенстве владеть ведомственными нормативными актами Минздрава России, хорошо знать возможности судебно-медицинской экспертизы и чётко формулировать вопросы (в том числе с учётом мнения потерпевшего), которые необходимо поставить перед судебными экспертами.

Участники совещания отметили, что зачастую достаточно сложным является вопрос квалификации ятрогенных преступлений. В большинстве случаев преступления медицинских работников квалифицируются по ст. 109 УК РФ – причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Это достаточно общая формулировка, к тому же у следователя часто

возникает сложный выбор между несколькими нормами уголовного закона, которые соответствовали бы совершенному деянию и наступившим последствиям. В этой связи предложено разработать проект изменений в Уголовный кодекс в части введения специальной нормы, предусматривающей ответственность за совершение преступлений, связанных с врачебными ошибками и ненадлежащим оказанием медицинской помощи.

Подобная норма, по мнению правоохранителей, позволит объективно оценивать динамику преступлений, совершённых медицинскими работниками, выяснять обстоятельства совершения таких преступлений не только по конкретному уголовному делу, но и в региональном масштабе, снимет возникающие на практике спорные вопросы квалификации.

На совещании были заслушаны доклады ряда руководителей региональных следственных управлений. Более того, по итогам этих отчётов руководителю Следственного управления Следственного комитета России по Забайкальскому краю Юрию Русанову объявлено дисциплинарное взыскание. А для

исправления ситуации предложено создать специализированное подразделение, предварительно обучив следователей особенностям методики расследования ятрогенных преступлений. На совещании были даны указания об исправлении ситуации с расследованием этой категории преступлений руководителям следственных управлений по Калининградской и Мурманской областям. При этом был отмечен и имеющийся положительный опыт расследования врачебных ошибок в Следственном управлении по Нижегородской области.

Директор Департамента экстренной медицинской помощи и экспертной деятельности Минздрава России Оксана Гусева рассказала собравшимся о нормативной базе и имеющихся алгоритмах оказания медицинской помощи при том или ином заболевании. Вместе с тем она высказала готовность на основе анализа расследования ятрогенных преступлений внести изменения в ведомственные нормативные правовые акты Минздрава, чтобы экспертизы проводились наиболее оперативно и полно по этой категории дел. Кроме того,

О.Гусева предложила помощь в организации обучения следователей по методике выяснения обстоятельств, связанных с врачебными ошибками.

По итогам совещания А.Бастрыкин поручил академии Следственного комитета РФ и подразделению процессуального контроля центрального аппарата ведомства подготовить предложения по внесению изменений в законодательство, совместно с Минздравом России проработать меры, которые помогут оперативно фиксировать и расследовать ятрогенные преступления. Он дал указание внедрить на базе академии Следственного комитета обучающие программы соответствующей специализации для расследования данной категории преступлений, привлекая к этому специалистов Минздрава России. Также он дал поручение своим подчинённым до конца года принять меры, учитывая важность и социальную значимость поднятой на совещании темы, направленные на повышение качества расследования уголовных дел указанной категории.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

## Профилактика

# А курение пока не сдаётся

## За компанию начали, за кампанию и бросим...

Социологи выяснили, что 63% курящих пристрастились к этой вредной для здоровья привычке вследствие потребности соответствия социальной среде («за компанию», пошли по стопам родителей или хотели произвести на кого-то впечатление).

### Проблема психологическая

Ещё 41% респондентов считал курение неплохим способом выделиться, выразить протест или соответствовать моде. Недавно специалисты из агентства Magram Market Research опросили примерно 2 тыс. человек 18-64 лет, проживающих в крупных российских городах. Исследование ставило целью понять, почему люди начинают курить, как влияют на поведение курильщиков антитабачные меры. Среди опрошенных 71% относились к заядлым курильщикам, а 29% – к нерегулярно курящим или тем, кто закурил недавно.

Кроме выше указанных причин, толкавших людей к курению, в результатах исследования значатся также эмоциональные причины – в 34% случаев (желание расслабиться, снять стресс, отвлечься от проблем в семье, карьере, личной жизни), в 32% случаев люди начинали курить из любопытства. Кстати, начали курить все по-разному: кому-то понравился дизайн пачки сигарет, кто-то обратил внимание на сигареты в продаже, кто-то увидел информацию в СМИ и захотел попробовать. По словам 69% курильщиков, сигареты помогают успокоиться, снять стресс, рас-



Время прощаться с вредной для здоровья привычкой

слабиться. При этом 77% человек более интенсивно курят, когда употребляют спиртное.

Больше всего среди антитабачных мер оказалось эффективным экономическое воздействие. А вот ни цены с курением в фильмах, ни перевод продажи в закрытые витрины, ни запрет на курение в общественных местах и рекламу сигарет не производят эффекта. Не пугались изображений на пачках 87%. Что касается введения усреднённой небрендированной упаковки, то многие уверены: это нарушает права курильщиков, способствует росту контрабанды и снижению качества сигарет.

Курение – в основном психологическая проблема, а физическая

зависимость от табака – на самом деле редкость, заметила на российско-армянском форуме в Ереване министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. «Как правило, это более поверхностные психологические установки, с которыми соответствующими методами нужно бороться», – подчеркнула она, отдельно высказавшись в своём докладе о необходимости борьбы с вредной для здоровья привычкой.

Глава Минздрава подчеркнула, что помимо запретительных мер принимаются и меры по помощи тем, кто хочет бросить курить: к примеру, в России сейчас действует более 500 центров здоровья, в которых люди могут бесплатно

получать медицинскую помощь в отказе от курения и формировании здорового образа жизни. По данным министерства, туда уже обратились более миллиона россиян, и 40% из них смогли бросить курить.

### Будет ли предел повышению цен?

В то же время Минздрав намерен и дальше повышать акцизы на табак, заявила В.Скворцова. «Россия ежегодно повышает акцизы на табачные изделия и планирует дальнейшее их поэтапное повышение», – сказала глава ведомства. По её словам, также рассматривается соглашение о гармонизации акцизов на табачную продукцию между странами ЕАЭС.

«Мы уделяем особое внимание повышению ставок акцизов, поскольку в настоящее время принято, что это самая эффективная мера по борьбе с табакокурением. Мы также предлагаем исключить верхний диапазон отклонения ставок акцизов, так как он будет ограничивать возможность повышения акцизов индивидуально каждым государством», – пояснила министр.

В рамках реализации государственной политики по сокращению потребления табака на 2017-2022 гг. Минздрав России уже подготовил ряд собственных предложений. А Евразийская антитабачная коалиция направила письмо председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву, в котором высказала просьбу довести акцизы на табачные изделия до средневропейского уровня. В случае под-

держки данной инициативы стоимость одной пачки сигарет будет составлять у нас в стране не менее 150 руб. Пока же, как подсчитала компания Philip Morris International, средневзвешенная цена на сигареты в России составляет 88 руб. за пачку. Хотя подсчёты эти вызывают, мягко говоря, сомнения...

Правительство РФ предлагает вновь повысить акцизы на сигареты в 2018 г. Но, правда, не с начала года, как планировалось ранее, а с 1 июля. Это решение участники табачного рынка назвали «предвыборной заморозкой», полагая, что такая мера поможет сокращению серого табачного рынка.

### «Нелегалы» утверждаются

В 2016 г. в нашей стране было произведено, согласно данным Росстата, 335,7 млрд сигарет. Табачные компании давно жалуются на рост доли нелегальных сигарет, главное преимущество которых – низкая цена. За год на российском рынке доля сигарет, не предназначенных для продажи в России, увеличилась в 10 раз, свидетельствует исследование компании TNS, а доля нелегальной табачной продукции выросла в 4 раза – с 1,1% в 2016 г. до 4,6% в 2017 г. Основной её поставщик – Белоруссия. По данным TNS, на марки Гродненской табачной фабрики (в том числе NZ, Credo, Minsk и т.д.) приходится 26% всего нелегального табачного рынка, то есть каждая четвёртая пачка.

По ранее сделанным расчётам «БАТ Россия», 4% нелегального рынка соответствует примерно недополученным бюджетом 23,5 млрд руб. налогов (акцизы и НДС).

Так что, за компанию начали курить, за кампанию и бросим?

Константин ШАРЬИН.

МИА Сито!

В этом году роддому Воронежской больницы скорой медицинской помощи № 10 исполняется 140 лет. Мы побывали в столице Черноземья и встретились с главным врачом этого лечебного учреждения, доктором медицинских наук, заслуженным врачом РФ Михаилом Ивановым, чтобы понять, каким должен быть современный роддом.

Перед нами два здания: главное – семиэтажное, и второе – двухэтажное: корпус акушерского наблюдательного отделения на 35 коек с отдельными боксами для инфицированных больных. В главном корпусе расположены отделения: акушерское патологии беременности, акушерское физиологическое, гинекологическое.

– В своём нынешнем виде роддом работает с 1994 г., рассказывает главный врач. – В год проходит около 5 тыс. родов. Объём коечного фонда у нас несколько раз менялся. Но сейчас этот показатель не столь важен, потому что изменились технологии. Если женщина раньше после родов проводила в больнице 5-7 дней, а при необходимости и больше, то сейчас во всём мире рекомендована ранняя выписка. Ещё несколько лет назад это было сложно представить. Через 8 часов женщину уже поднимают. Через 6 часов после кесарева сечения ей разрешают двигаться, никаких ограничений. На вторые сутки уже идёт реабилитация. Не важно, сама она рожала или это было кесарево сечение, на 3-4-й день она может покинуть здание роддома. Если есть какие-то проблемы с ребёнком, то его переводят в детскую больницу, оказывают специализированную помощь. Конечно, мама должна быть с ним.

– Итальянцы сейчас пошли дальше и выписывают на 2-й день, – добавляет заведующий отделением Игорь Гришкин. – Надо понимать, что короткий промежуток нахождения в роддоме – это также профилактика внутрибольничных инфекций. Сейчас 94% женщин находятся в роддоме 3 дня. Если она родила до 14:00, то будет выписана к концу третьих суток, если позже, то останется ещё на день. Это связано с графиком прививок новорождённых.

У заместителя главного врача – руководителя роддома Валерия Бычкова – интересуюсь, на какие показатели вы ещё ориентируетесь?

– Их два основных. Во-первых, показатель материнской смертности. За последние 15 лет в родильном доме не потеряна ни одна мать, несмотря на огромные объёмы – почти до 5 тыс. родов в год. Во-вторых, перинатальная смертность. У нас она на уровне 1,7 промилле. Это лучший европейский показатель. По регионам РФ хорошая цифра – 4-5 промилле. В перинатальных центрах он всегда выше, так как там сконцентрированы дети с самыми тяжёлыми патологиями.

### По европейским технологиям

Вместе с заместителем главного врача мы отправляемся дальше на экскурсию по роддому. Сначала заходим в одну из палат интенсивной терапии. Удобные функциональные кровати, пациентка может выбрать любое из 5 положений, в котором ей комфортнее. Везде установлены прикроватные мониторы, передающие персоналу показатели артериального давления, оксигенации и другие важные параметры.

Валерий Иванович осматривает пациентку, только что поступившую из операционной, – повторное кесарево сечение. Рубец едва различим. Никаких повязок после операции не накладывают, скорее, похоже на то, как работают пластические хирурги. Здесь используются нитки толщиной с человеческий волос, сами сплетённые из 10 тыс. мельчайших нитей. Под каждую ткань существует свой вид шовного материала. Этот самостоятельно рассосётся через 2 месяца, распадётся на углекислый газ и воду. Но зато 2 месяца будет держать так, что «мама не горюй». Разорвать

– Отличный аппарат. Он позволяет нам осмотреть полость матки и увидеть отделение и выделение последа, – комментирует Валерий Иванович. – Сейчас у нас ни одна пациентка не уходит без того, чтобы не было сделано ультразвуковое исследование.

Современные технологии позволяют снижать объём перелитой

перчатки повышенной прочности с хлоргексидином.

В роддом поступают женщины с патологиями: тяжёлыми гестозами, прилежанием плаценты, фетоплацентарной недостаточностью; с соматическими заболеваниями: почеч, сердца, желудочно-кишечного тракта, нервной системы. Так как роддом входит в состав многопро-

К сожалению, один плод лежал неправильно, поперёк, поэтому делали кесарево сечение.

Раиса уже ходит, несмотря на перенесённую вчера операцию.

– Это мой любимый роддом, – говорит она. – Я в женской консультации сразу сказала, что хочу поехать сюда. И они учли моё пожелание.

– Как назовёте двойняшек?

### Работают мастера

# Роды, искусственный интеллект и технологии будущего

## Воронежский роддом идёт в ногу со временем

эту «ниточку» вручную невозможно.

– Сегодня у нас прошло 6 кесаревых сечений, но ещё не вечер, а обычно бывает 7-8 в день. Это наш рабочий ритм. Количество таких операций в месяц иногда доходит до 30%. К сожалению, процент кесаревых сечений, который выполняется в среднем в России, очень высокий. Это привело к появлению такой искусственной патологии, как рубец на матке. А они бывают несостоятельные, случаются осложнения.

Заходим в небольшую ординаторскую. Перед нами несколько блоков с большими мониторами – это станция Оксфорд. В Воронежском регионе это единственная подобная система. Она оценивает состояние плода во время беременности и родов и характер родовой деятельности, одновременно проводит мониторинг 8 роженицам, которые могут находиться в любом месте роддома.

– В ней заложены элементы автоматического обучения, что-то вроде искусственного интеллекта, – рассказывает заместитель главного врача. – С каждым разом она учится и становится всё умнее, выдаёт более точные рекомендации. Её достоинство в том, что она выдаёт автоматизированный диагноз. Это исключает человеческий фактор и позволяет своевременно принимать решения. Конечно, можно провести анализ снятых данных и вручную, и опытные специалисты для постановки диагноза у нас есть. Сейчас используется около 30 таких периферийных устройств, и мы продолжаем дальше наращивать этот парк. Используются здесь и беспроводные датчики, которые не мешают женщине двигаться и позволяют удалиться от станции до 50 м.

Мы подходим к первому родильному залу. В нём только один стол. Ушли в прошлые времена, когда в одном помещении рожали несколько женщин. Такой стол легко трансформируется в кровать. Всего их в роддоме 18, и его можно использовать для родов, кесарева сечения.

Операционное оборудование на высоте: современные электроотсосы, коагуляторы, мойки с пьезоэлементами, автоматические дозаторы, специальное освещение для операционных, сплит-система, централизованная подача кислорода, переносные ультразвуковые аппараты.



Счастливые моменты выписки Раисы

крови. Раньше на 3,5 тыс. родов использовалось не менее 500 л крови, это почти полтонны. Сейчас используется аппарат (всего их в роддоме два), который собирает всю кровь, пропускает через себя, очищает и возвращает обратно. Особенно это важно для женщин с анемией, хроническими заболеваниями или кровотечениями. Для сравнения, сейчас на 5 тыс. родов приходится 18 л перелитой крови.

Ещё одна современная тенденция в родильном доме – никакого многообразного белья и инвентаря. Регулярно применяется более 125 видов одноразовых расходных материалов. Это различные трубки, переходники, одежда для врачей, инструменты, салфетки повышенной впитываемости, с кровоостанавливающим эффектом. Теперь для операции достаточно одной салфетки, для сравнения – раньше использовали до 27. А для работы в акушерском наблюдательном отделении в условиях особо опасных инфекций используются

фильной больницы БСМП № 10, то узкие специалисты стационара помогают вести таких пациенток.

Следующая остановка – индивидуальный родильный зал, где проводятся совместные роды. Такая практика становится всё более и более популярной, и эти залы (всего их тут 4) практически никогда не пустуют.

По коридору мы попадаем в отделение реанимации и интенсивной терапии новорождённых. Оно рассчитано на 9 коек, но сегодня в нём находится 5 новорождённых.

Сразу заметно, что стоит необыкновенная тишина, прерываемая лишь изредка попискиванием приборов.

### Есть женщины в русских селеньях...

Вот лежат два маленьких пациента. Это двойня, девочка и мальчик. Один – донор, другой – реципиент. Один жил за счёт другого. Оба – недоношенные, в сроке 34-35 недель. Они находятся в специальных кувезах. На пальчиках – специальные аппараты-прищепки, которые измеряют 6 показателей – от уровня гемоглобина и насыщения крови кислородом до частоты сердечных сокращений. Эта система используется и у взрослых. Её преимущество – неинвазивность и возможность постоянного мониторинга.

Мы знакомимся с Раисой, матерью этой двойни. Она из Воронежа, и это её 7-й и 8-й ребёнок, предыдущие 6 остались дома.

– Честно говоря, боялась рожать, когда узнала в женской консультации, что будет двойня, – делится она с нами. – Но сложностей не было, всё было под контролем.

– До этого у нас были Татьяна, Даниил, Мария, Иван, Семён и Анна. А этих назовём Раиса и Алексей, как меня и мужа.

Пожелав молодой маме самого наилучшего, мы отправляемся в послеродовое отделение, где находятся палаты совместного пребывания «Мать и дитя». И тоже тишина.

– Всё дело в свободном пеленании, – говорит заместитель главного врача. – Как только мы на него перешли, в роддоме больше не слышен детский плач.

В 2013 г. роддом получил звание «Больница, доброжелательная к ребёнку». Все новорождённые находятся на естественном вскармливании, а прикорм получают только по медицинским показаниям.

### Под контролем дистанционного центра

Мы заходим в акушерский дистанционный консультативный центр (АДКЦ). Он создан для того, чтобы в режиме видеоконференции координировать работу 14 женских консультаций. Роддом обслуживает Воронеж и ряд районов области. Здесь ежегодно около 11 тыс. человек проходят перинатальный скрининг для определения врождённых пороков развития. Если выявляется какое-то отклонение, то дальше консультирование идёт в перинатальном центре.

В АДКЦ также проводятся школы для будущих мам по более чем 20 направлениям – от анестезии до кесарева сечения, свободного кормления и грудного вскармливания. Просветительской деятельностью охвачено 85% беременных.

– Очень важно, чтобы каждая будущая мама наблюдалась в женской консультации, – подчёркивает В.Бычков. – Медицинская карта, которую она получает после первой явки – своеобразная «путеводная звезда». Тогда всё понятно, с каким контингентом женщин нам предстоит здесь встретиться, к чему готовиться.

Роддом работает по клиническим протоколам и порядкам, которые разрабатывает Минздрав России. Оборудование соответствует таблице оснащения акушерских стационаров. Его удалось приобрести благодаря модернизации и

### Из досье «МГ»

В 1876 г. незадолго до своей кончины отставной поручик Филипп Вигель составил завещание, по которому вся его усадьба с жилым домом и надворными постройками перешли к губернскому земству. Он пожелал, чтобы земство устроило в его доме «бесплатную женскую лечебницу с родовспомогательным отделением для неимущих». Во время Великой Отечественной войны здание было практически разрушено, но его смогли восстановить. Поскольку оно было признано памятником архитектуры.

В 1988 г. роддом, получивший к тому времени статус областной акушерско-гинекологической больницы, перевели в другое здание, которое с трудом вмещало все службы роддома. В 1994 г. было достроено здание по улице Остужева, 29, и весь коллектив, который работал в то время, переехал туда. 27 января 1995 г. произошли первые роды.

В лечебном учреждении прекрасно помнят этот момент, родился мальчик в ягодичном предлежании, весом 3870 г.

К 140-летию в роддоме открыт музей, единственный зарегистрированный в реестре Минздрава России. Здесь есть книги, выпущенные в конце XIX века, с личной подписью основателя воронежской школы акушерства и гинекологии профессора Владимира Покровского, который в советские годы руководил кафедрой акушерства и гинекологии Воронежского мединститута. Позже её возглавлял академик Владимир Козаченко, который также работал со многими сотрудниками роддома БСМП № 10.

На стенах портреты целой плеяды главных врачей – Н.Стоковой, Г.Ильевой, Л.Глебовой, Ю.Сошенко, В.Чеботарёва, А.Попова, Е.Назаренко, С.Хоц.

программе «Родовый сертификат». Но не менее важны и специалисты.

### Личным примером

Коллектив в этом родильном доме сформировался уже много лет назад. И на сегодня это третье или четвертое поколение врачей и акушерок. Жизнь есть жизнь, люди переезжают в другие города, женятся, приходят молодые врачи, но костяк коллектива остаётся неизменным. Например, это заведующие отделениями, которые работают много лет и обладают огромным опытом, как, например, Зинаида Сергеева, заведующая акушерским отделением патологии беременности, главная акушерка Валентина Агафонова. Или сам В.Бычков. Он 36 лет работает в роддоме.

— И все 36 лет стою за родовым столом, — признаётся Валерий Иванович. — Это для меня крайне важно. Сейчас, конечно, меня приглашают, когда возникают какие-то осложнения или когда требуется техническая помощь оперирующего хирурга. В среднем в год принимаю 120 родов и провожу 150 операций. Вообще, я бы сказал, что несмотря на использование высоких технологий в акушерстве-гинекологии, это очень трудоёмкая и энергетически затратная профессия. Это и моральные, и физические усилия, которые очень сложно восполнить. А теперь представьте себе суточное дежурство... А если их в месяц 8-9...

### — Бригады у вас полностью укомплектованы?

— Да, с этим проблем нет. У нас всегда, несмотря на праздники или выходные, в родильном доме одновременно дежурят 9 человек. Это 2 взрослых реаниматолога, 2 детских, один неонатолог и 4 врача акушера-гинеколога. Двое из них с высшей категорией и со стажем более 30 лет. Они всегда подскажут и помогут более молодым коллегам.

### — На вашей базе работают две кафедры, и вы заведуете одной из них?

— Роддом активно сотрудничает с Воронежским государственным медицинским университетом им. Н.Н.Бурденко. Здесь расположены кафедра акушерства и гинекологии № 2 и кафедра госпитальной и поликлинической педиатрии этого вуза. Когда заведующий кафедрой может в буквальном смысле открыть все двери, чтобы будущие врачи посмотрели, как работают на новом оборудовании, посетили клинические конференции, где разбираются самые сложные случаи — это для студентов неоценимо. В каком-то смысле это плюс и для сотрудников родильного дома. Именно кафедра находится на острие науки, инноваций, новых технологий.

Вообще, мы уделяем большое внимание уровню квалификации наших специалистов. Многие наши доктора проходили усовершенствование и за рубежом, и в лучших российских центрах, таких как Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. И, конечно, всё лучшее мы стараемся внедрить здесь. Активно выступаем на российских и международных конгрессах, симпозиуме акушеров-гинекологов в Валенсии, Финляндии, Лондоне и т.д.

### — За рубежом практикуются роды на дому. Как вы относитесь к такой практике?

— Два года назад наш доктор-анестезиолог был на специализации в одном из лондонских родильных домов, представьте из 10 тыс. родов, которые они проводят, приблизительно половина — это роды, которые проходят на дому. У них есть несколько специализированных выездных бригад для этого. Хотя роды в домашних условиях — это всегда риск. Я считаю, в России надо пока развивать традиционное акушерство и родовспоможение.

Алексей ПАПЫРИН,  
обозреватель «МГ».

Воронеж.

## Тенденции

# Три миллиона отвоёванных жизней

## Борьба с пьянством россиян даёт хорошие результаты

**Продолжительность жизни в России значительно выросла, а смертность снизилась и достигла исторического минимума. При этом установлено, что главный фактор высокой смертности в нашей стране — алкоголь. Таковы результаты ряда исследований.**

Первая серия аналитических эпидемиологических исследований, о которых хочется упомянуть, была проведена нами ещё в период с 1999 по 2004 г. Результаты показали, что среди мужчин в возрасте от 15 до 55 лет более половины смертей связаны с опасным потреблением алкоголя. Этот фактор достоверно в 2-3 раза повышает риск смерти от многих форм злокачественных опухолей: рака полости рта, глотки, пищевода, гортани, печени и толстой кишки. У сильно пьющих мужчин и женщин вероятность умереть от некоторых форм сердечно-сосудистых заболеваний в несколько раз выше, чем у трезвенников. Кроме того, пьянство является причиной высокой смертности от болезней печени и поджелудочной железы, а также от пневмоний и туберкулёза. Наконец, риск смерти от внешних причин, то есть в результате несчастных случаев, убийств, самоубийств и травматизма, в десятки раз выше у сильно пьющих, чем у непьющих.

Эпидемия пьянства в разное время охватывала разные страны. И всегда главным противодействием этой национальной беде было ограничение производства и продажи алкогольных напитков. Наиболее известные примеры — «сухой закон» в США, который действовал с 1919 по 1933 г., и строгого регу-

лирование оборота алкогольных напитков в скандинавских странах. Однако если в перечисленных регионах мира массовый алкоголизм остался в прошлом, то в России он по-прежнему остаётся актуальной проблемой, даже несмотря на начавшееся не так давно снижение потребления алкоголя на душу населения.

В истории России было много попыток ограничить потребление алкоголя. Так, 18 июля 1914 г. перед вступлением в Первую Мировую войну, памятуя о трудностях, с которыми государство столкнулось перед Русско-Японской войной в ходе мобилизации рекрутов, царь Николай II принял решение ограничить продажу водки в стране. И в течение 3 дней по всей Российской империи торговля алкоголем была почти полностью прекращена.

После февральских событий 1917 г. Временное правительство оставило в силе все ограничения, действующие в рамках «сухого закона». С приходом советской власти борьба за трезвость также была продолжена. 8 ноября 1917 г. Петроградский военно-революционный комитет издал приказ о запрещении производства алкоголя и алкогольных напитков, который действовал долгое время. Как и везде в мире, где данная мера практиковалась, «сухой закон» в Стране Советов привёл пусть к временному, но значительному снижению пьянства.

Горбачёвский «сухой закон» 1985-1987 гг., который запомнился нам поистине драконовскими антиалкогольными мерами, в частности безжалостной вырубкой виноградной лозы в винодельческих регионах Советского Союза, тем не

менее тоже позволил значительно сократить объёмы производства и потребления алкоголя. За 2 года потребление этанола резко упало, но... так же быстро выросло и к 1994 г. достигло максимума. По разным оценкам, в тот момент взрослое население страны выпивало в год 18-20 л спиртного на душу.

А что было дальше? С середины до конца 1990-х и в начале 2000-х годов показатели потребления алкоголя в России резко колебались: они стремительно росли и так же стремительно снижались. Эти изменения сопровождалась столь же резкой, доселе невиданной в цивилизованном мире флюктуацией смертности населения России, особенно мужчин. Столь резкими скачками в смертности населения в истории человечества сопровождалась лишь глобальные войны и особо опасные эпидемии (пандемии).

Важно отметить, что в тот период времени рост потребления алкоголя и смертности совпал с ухудшением экономического состояния россиян, а снижение пьянства и показателя смертности — с его улучшением. Избыточная смертность в 1993-2003 гг. унесла, по разным оценкам, от 2,5 до 3 млн жизней наших сограждан молодого и среднего возраста.

И вот в 2004 г. Правительство РФ начало постепенно — и это ключевое слово — внедрять ряд ограничительных, рекомендованных Всемирной организацией здравоохранения для борьбы с пьянством. В числе таких мер — запрет рекламировать алкогольные напитки, повышение акцизов, введение минимальной цены на водку, запрет на продажу

алкоголя в ночное время, а также лицам до 18 лет, борьба с производством и реализацией нелегальной спиртной продукции.

Есть ли результат? Да, эти меры оказались эффективными. К 2016 г. потребление алкоголя в нашей стране снизилось, по данным ВОЗ, до 13,5 л, а по данным Минздрава России — до 10,5 л на душу населения. Изменилась также структура питания: сегодня наши соотечественники пьют больше пива, чем водки, особенно молодёжь. Изменился к лучшему и показатель смертности, в основном за счёт её снижения от сердечно-сосудистых заболеваний и внешних причин. У мужчин стандартизованный показатель смертности от всех причин упал с 1580 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г. до 1050 в 2016 г. У женщин — с 716 случаев на 100 тыс. населения в 2003 г. до 490 в 2016 г.

Происходящее не может не радовать, ведь снижение показателя смертности за период с 2005 по 2016 г. означает, что сохранили жизни 3 млн человек. Если этот благоприятный тренд продолжится, то данный ранее неблагоприятный прогноз о сокращении численности населения Российской Федерации уже вскоре может быть изменён на положительный.

Давид ЗАРИДЗЕ,  
президент Противоракового общества России, заведующий отделом эпидемиологии и профилактики рака Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина,  
член-корреспондент РАН.

## Перспективы

# На приёме у теледоктора

## Российские врачи и пациенты готовы к электронному взаимодействию, но законодатели пока осторожны

**Удалённые телемедицинские консультации у своего лечащего доктора готовы получать сегодня 81,3% россиян. О готовности проводить удалённый мониторинг хронических больных заявили также 77,4% врачей. Таковы результаты социологического опроса, проведённого специалистами Высшей школы экономики (ВШЭ), компанией МТС и исследовательским подразделением Doctor Index.**

### Доступность возрастёт. А качество?

Данные опроса также показали, что практически все пациенты считают удобным удалённое получение электронных рецептов, справок, результатов анализов и их расшифровок.

Стоит, однако, отметить, что почти столько же пациентов, как и те, что готовы получать удалённые телемедицинские консультации, — 80,5% — могут, помимо лечащего врача, обратиться за «вторым мнением» по тому же поводу к незнакомым врачам.

Тем не менее «эти результаты оказались даже оптимистичнее, чем в опросах за рубежом. И они лишней раз свидетельствуют о том, что российские пациенты и врачи готовы к электронному взаимодействию», — отмечают авторы исследования.

Большинство участников опроса (89,6%) выразили готовность использовать гаджеты для мониторинга состояния своего здоровья, а 77,4% врачей готовы проводить удалённый мониторинг хронических больных, 46,2% готовы корректировать тактику лечения, даже

не зная больного, а видя только его документы.

Несмотря на готовность пациентов получать телемедицинские консультации, большинство из них (57,4%) уверены, что услуги цифровой медицины должны оказываться на базе существующих официальных медицинских учреждений, а не когда в свободное от работы время врачи консультируют пациентов.

В целом, по мнению большинства опрошенных пациентов (88%) и врачей (78%), использование телемедицинских технологий должно повысить доступность медицинской помощи, и только 25% пациентов и 19% врачей надеются на повышение её качества.

### Диагноз — только на очном приёме

Напомню, до парламентских каникул Государственная дума РФ успела принять, а Совет Федерации — одобрить Федеральный закон «О применении информационных технологий в сфере охраны здоровья», проект которого подготовил Минздрав России совместно с экспертами в этой области. В конце июля закон о телемедицине был подписан Президентом РФ Владимиром Путиным, и с 1 января 2018 г. вступит в силу.

Согласно закону, в наше правовое поле вводится понятие телемедицинских технологий, и разрешаются удалённые консультации врачей и пациентов, а также проведение консилиумов. Однако разрешения на дистанционную постановку диагноза и оказание полноценной медпомощи, на что так надеялись участники рынка и их инвесторы, закон не предусматривает. Так что, по сути, телемеди-

цина сводится к консультациям без постановки диагноза и удалённому наблюдению за пациентом после очного приёма. Это, разумеется, не считая выписки рецептов, справок, результатов анализов и пр.

Как, в общем-то, справедливо отмечают авторы указанного выше исследования, российский законодатель «не решился одобрить виртуальные первичные консультации с установлением диагноза и выбором тактики лечения, которые распространены во многих странах мира и реально повышают доступность медицинской помощи в отдалённых регионах. В этом вопросе законодатель оказался куда осторожнее, чем сами пациенты и врачи».

В результате опроса выяснилось, что среди пациентов 39,7% готовы следовать предписаниям любого врача-консультанта, в том числе в рамках первичной консультации, а среди врачей 50,6% считают возможным давать консультации и назначать лечение первичным пациентам удалённо.

«В мире возможность дистанционного установления диагноза является наиболее популярной среди пациентов, имеющих проблемы с доступностью медицинской помощи. Однако ограничения, которые ввёл российский законодатель на дистанционное лечение без первичного приёма, могут уменьшить реальные выгоды от новой технологии в России. При этом именно в нашей стране с её географическими и климатическими особенностями вопрос повышения доступности качественной медицинской помощи стоит особенно остро. Важно, чтобы пациенты имели возможность консультироваться с врачами не только ближайших клиник, но

и ведущих медицинских центров, расположенных в крупнейших городах страны и зачастую недоступных для жителей отдалённых регионов России», — отмечают авторы исследования.

### Поживём — поправим. Если будет надо...

Согласитесь, всё это вместе взятое — большой шаг вперёд, который позволит вывести телемедицину из «серой зоны», что поможет и врачам, и пациентам, сделает телемедицину более прозрачной и доступной, а также позволит клиникам оказывать больше телемедицинских услуг, повышая при этом качество и доступность современной медицины в России.

Что же касается крупных государственных компаний, то многие из них давно создают свои телемедицинские сервисы. Значит, принятый парламентом и подписанный главой государства закон бизнесу не мешает. Что, впрочем, не удивительно: по подсчётам компании «Мобильные медицинские технологии», потенциал российского рынка телемедицинских услуг составляет 18 млрд руб. в год.

А если закон всё же будет препятствовать в чём-то повышению доступности и качества медицинской помощи, поправить его никогда не поздно.

Пока же Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова уже формирует специальный центр по проведению телемедицинских консультаций врачей. Он создаётся, чтобы отработать в реальных условиях детали внедрения информационных систем и телемедицинских технологий в повседневную врачебную практику. Предполагается, что этот центр сыграет свою роль и в обучении врачей эффективно использовать телемедицину.

Константин ЩЕГЛОВ,  
обозреватель «МГ».

## КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 76 (2106)

Прогресс медицинской науки предполагает периодическое обновление рекомендаций для практического врача.

Предыдущая версия Рекомендаций по диагностике и лечению больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST электрокардиограммы Европейского общества кардиологов вышла в 2011 г., а отечественных – даже в 2007 г. Естественно, с тех пор получено много новых данных, которые внесли существенные изменения в диагностику и лечение этого состояния. Достаточно упомянуть о принципиальных изменениях в диагностике ОКСбпST, которые обусловлены использованием высокочувствительных тестов на сердечный тропонин, появление новых антитромботических средств, усовершенствование методики проведения КАГ и ЧКВ, появление нового поколения коронарных стентов и пр.

Это позволило обеспечить существенное снижение госпитальной летальности и оптимизацию прогноза больных. Если говорить об отечественной кардиологии, важное достижение последних лет – создание широкой сети специализированных сосудистых центров, сделавшей доступной высокотехнологичную медицинскую помощь при острой сердечной патологии для значительной части нашего населения.

Особенности патологии ОКС, делающие течение заболевания очень динамичным, предъявляют специальные требования к организации лечебного процесса. Трудно назвать какую-то другую область внутренней медицины, где фактор времени играл бы столь важную роль. Отсюда особое место, которое занимает в лечении этих больных догоспитальный этап. Отсюда же жёсткая необходимость чёткого знания алгоритма диагностических и лечебных действий всеми врачами и фельдшерами скорой медицинской помощи. Создание эффективно работающей по единому алгоритму системы оказания медицинской помощи больным с ОКС, обеспечивающей преемственность догоспитального и госпитального этапов, – не только залог снижения летальности у этих больных, но и важный фактор уменьшения смертности населения.

В основе настоящих рекомендаций не только достижения отечественной медицины, но и результаты крупных международных кооперативных исследований, метаанализов, регистров, которые являются основой и для других национальных и международных, в том числе европейских рекомендаций. Поэтому, естественно, основные положения российских рекомендаций соответствуют международным. Более того, там, где это возможно, авторы пытались сделать отечественные рекомендации, возможно, более близкими международным, с тем чтобы кардиологи разных стран могли говорить на одном языке. Вместе с тем авторы старались учесть некоторые различия и особенности практики оказания помощи больным с ОКС в нашей стране. Это касается и использования некоторых препаратов, и оценки эффективности методов лечения.

Надеемся, что внедрение отечественных рекомендаций по диагностике и лечению больных с ОКСбпST в широкую клиническую практику поможет дополнительно спасти немало жизней и таким образом способствовать основной задаче нашего здравоохранения – продлению жизни и улучшению качества здоровья населения нашей страны.

Задача любых рекомендаций – помочь практическому врачу принять оптимальное решение при диагностике, определении тактики лечения и вторичной профилактике на основе последних научных данных.

При этом следует иметь в виду и определённые ограничения таких рекомендаций – они по своей природе не могут учесть всех особенностей каждого конкретного больного.

Как правило, они основываются на принципах доказательной медицины, на результатах специальным образом построенных исследований, условия проведения которых обеспечивают их наибольшую объективность и точность. При всей важности результатов таких исследований нельзя не видеть и их определённых ограничений, связанных, в частности, с критериями включения в них и исключения из исследования. Например, эти критерии могут предполагать участие в исследовании людей определённого возраста (что, как правило, наблюдается в подобных испытаниях) без некоторых сопутствующих заболеваний и т.п.

Отсюда определённая ограниченность таких рекомендаций: они никогда не могут ответить на все вопросы, с которыми в реальной жизни сталкивается врач. Рекомендации описывают принципиальные подходы и решения; индивидуализированная медицина предполагает принятие решений врачом на основании общих рекомендаций, но с учётом конкретной ситуации.

С целью сблизить стиль изложения с международными и, в частности, с европейскими рекомендациями и с учётом опыта, который за последние годы получили российские врачи, экспертная группа решила включить принятую в настоящее время оценку класса и уровня доказательности рекомендации (см. табл. 1 и 2).

# Диагностика и лечение больных с острым коронарным синдромом без подъёма сегмента ST электрокардиограммы

## Клинические рекомендации Минздрава России

Обычно при оценке метода лечения или диагностики используется комплексная символика, отражающая оба показателя: класс рекомендаций и уровень доказательности. Так, например, индекс IA свидетельствует о настоятельной рекомендации использовать диагностический или лечебный метод (при отсутствии противопоказаний). Индекс IIbB – скорее «нет», чем «да». Должны быть какие-то особые, возможно, нестандартные обстоятельства, чтобы использовать метод, эффективность которого в обычных условиях вызывает сомнения.

В настоящих рекомендациях относительно коротко излагаются вопросы клиники и патогенеза: они во многом являются общими для ОКСпST и ОКСбпST. Их описание более подробно изложено в рекомендациях по лечению ОКСпST, вышедших в 2014 г.

Термин «ОКС» используют для обозначения обострения ИБС. Этим термином объединяют такие клинические состояния, как ИМ и нестабильная стенокардия. Эксперты Всероссийского научного общества кардиологов приняли следующее определение ОКС и нестабильной стенокардии (2007): «ОКС – термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать ОИМ или нестабильную стенокардию. Включает в себя понятия ОИМ, ИМпST, ИМбпST ЭКГ, ИМ, диагностирован-

ный по изменениям ферментов, по другим биомаркерам, по поздним ЭКГ-признакам, и нестабильную стенокардию».

Термин «ОКС» был введён в клиническую практику, когда выяснилось, что вопрос о применении некоторых активных методов лечения, в частности тромболитической терапии, должен решаться быстро, нередко до окончательного диагноза ИМ. Установлено, что характер и срочность вмешательства для восстановления коронарной перфузии во многом определяется положением сегмента ST относительно изоэлектрической линии на ЭКГ: при смещении сегмента ST вверх (подъёме ST) методом выбора восстановления коронарного кровотока является коронарная ангиопластика, но при невозможности её проведения в соответствующие сроки эффективна и, соответственно, показана тромболитическая терапия. Восстановление коронарного кровотока при ОКСпST должно проводиться безотлагательно.

При ОКСбпST тромболитическая терапия не эффективна, а сроки проведения коронарной ангиопластики (в редких случаях операции коронарного шунтирования) за-

может отмечаться стойкая или преходящая депрессия ST, инверсия, сглаженность или псевдонормализация зубцов T. ЭКГ при поступлении бывает и нормальной. Во многих случаях обнаруживается неокклюзирующий (пристеночный) тромбоз КА. В дальнейшем у части больных появляются признаки некроза миокарда, обусловленные (кроме первоначальной причины развития ОКС) эмболиями мелких сосудов миокарда фрагментами тромба и материалом из разорвавшейся АБ. Однако зубец Q на ЭКГ появляется редко, и развившееся состояние обозначают как «ИМ без подъёма сегмента ST».

**О соотношении диагностических терминов «ОКС» и «ИМ»**

Термин «ОКС» используется, когда диагностическая информация ещё недостаточна для окончательного суждения о наличии или отсутствии очагов некроза в миокарде. Соответственно, ОКС – это рабочий диагноз в первые часы, тогда как понятия «ИМ» и «нестабильная стенокардия» (ОКС, не закончившийся появлением признаков некроза миокарда) сохраняются для использования при формулировании окончательного диагноза.

висят от степени риска заболевания. Если у больного с явным обострением ИБС от наличия или отсутствия подъёма ST зависит выбор основного метода лечения, то с практической точки зрения стало целесообразным при первом контакте врача с больным, у которого имеется подозрение на развитие ОКС, применение следующих диагностических терминов (выделение следующих форм ОКС): «ОКСпST» и «ОКСбпST».

**ОКСпST** диагностируется у больных с ангинозным приступом или другими неприятными ощущениями (дискомфортом) в грудной клетке и стойким (сохраняющимся не менее 20 минут) подъёмом сегмента ST или «новой» (впервые возникшей) блокадой ЛНПГ на ЭКГ. Как правило, у больных, у которых заболевание начинается как ОКСпST, позже появляются признаки некроза миокарда – повышение уровней биомаркеров и изменения ЭКГ, включая образование зубцов Q.

Появление признаков некроза означает, что у больного развился ИМ. Термин «ИМ» отражает гибель (некроз) клеток сердечной мышцы (кардиомиоцитов) в результате ишемии (Приложение 1).

**ОКСбпST.** Это больные с ангинозным приступом и обычно с изменениями на ЭКГ, свидетельствующими об острой ишемии миокарда, но без подъёма сегмента ST. У них

Если признаки некроза миокарда обнаруживаются у больного с ОКС, у которого на начальных ЭКГ отмечены стойкие подъёмы сегмента ST, это состояние обозначают как ИМпST. В дальнейшем в зависимости от ЭКГ картины, максимального уровня сердечного тропонина или активности ферментов и данных визуализирующих методов диагноз уточняется: ИМ может оказаться крупноочаговым, мелкоочаговым, с зубцами Q, без зубцов Q и т.д.

**Соотношение между ЭКГ и патоморфологией ОКС**

ОКСпST и ОКСбпST ЭКГ могут закончиться (а) без развития очагов некроза миокарда, (б) с развитием очагов некроза, но без формирования в последующем патологических зубцов Q на ЭКГ и (в) с формированием зубцов Q. При ИМ с глубокими зубцами Q, особенно при формировании зубцов QS, некроз обычно носит трансмуральный характер, захватывая на определённом участке всю толщу стенки ЛЖ. При ИМ без образования патологического зубца Q чаще находят поражение субэндокардиальных слоёв стенки сердца. Обычно некроз при Q-ИМ имеет больший размер, чем при неQ-ИМ. В связи с этим неQ-ИМ иногда трактуют как «мелкоочаговый», а Q-ИМ как «крупноочаговый». Однако при патоморфологическом исследовании размер некроза при неQ-ИМ может оказаться сравнимым по размерам с Q-ИМ. Чётких морфологических различий по размерам между «мелкоочаговым» и «крупноочаговым» ИМ не установлено.

ОКСпST чаще заканчивается появлением зубцов Q, чем ОКСбпST, особенно при естественном течении заболевания.

Таким образом, ОКС по своим ЭКГ характеристикам и морфологическим исходам весьма разнообразен. Изменения ЭКГ на начальном этапе не определяют окончательного диагноза. Однако они позволяют ответить на принципиально важный вопрос: показано ли в данном случае неотложное начало реперфузионной терапии?

### Некоторые звенья патогенеза ОКС

ОКСпST, как правило, является следствием окклюзирующего тромбоза коронарной артерии (КА). Тромб возникает чаще всего на месте разрыва так называемой ранимой (нестабильной) АБ с большим липидным ядром, богатой воспалительными элементами и истончённой покровной, однако возможно образование окклюзирующего тромба и на дефекте эндотелия (эрозии) КА над АБ. Во многих случаях окклюзия развивается в месте гемодинамически незначимого стеноза КА. В отличие от ОКС со стойким подъёмом сегмента ST при ОКСбпST отсутствует длительная окклюзия крупной эпикардиальной

Классы рекомендаций

Таблица 1

Класс	Определение	Предполагаемые действия
Класс I	По общему мнению, это лечение или диагностический метод эффективны	Рекомендуется использовать при отсутствии противопоказаний
Класс II	Данные об эффективности метода лечения или диагностики менее убедительны или противоречивы	Может быть использован (скорее «да», чем «нет»)
Класс IIa	Больше данных в пользу эффективности метода	
Класс IIb	Данные об эффективности метода менее убедительны	Можно использовать в определённых обстоятельствах (скорее «нет», чем «да»)
Класс III	Данные исследований и мнение специалистов говорят о неэффективности метода лечения или диагностики, который может быть даже опасен	Использование не рекомендуется

Уровни доказательности

Таблица 2

A	Данные получены на основании нескольких рандомизированных клинических исследований и/или метаанализов
B	Данные получены на основании одного рандомизированного клинического исследования или больших нерандомизированных/наблюдательных исследований
C	Данные получены на основании небольших исследований, регистров, ретроспективных исследований. Согласительное мнение экспертов

КА, вызывающая трансмуральную ишемию миокарда.

В КА больных с ОКС обычно находят несколько ранимых АБ, в том числе имеющих надрывы. Из-за высокого риска возникновения повторных окклюзий КА при лечении этих больных локальные воздействия в области АБ, обусловившей развитие клинической картины ОКС, должны комбинироваться с общими лечебными мероприятиями, направленными на снижение вероятности повторения АБ и тромбоза.

Тромб может быть источником эмболий в дистальное сосудистое русло сердца. Эмболизация микрососудов миокарда сама по себе может приводить к образованию мелких очагов некроза. Кроме того, мелкие эмболы препятствуют восстановлению кровоснабжения миокарда (реперфузии) после устранения окклюзии крупной КА.

Патоморфологически ИМ делят на три периода: ОИМ, заживающий (рубцующийся) ИМ и зарубцевавшийся ИМ. Острый период характеризуется наличием полиморфноядерных лейкоцитов. В первые 6 часов заболевания этих клеток может быть мало, или они полностью отсутствуют. Наличие мононуклеарных клеток и фибробластов характерно для периода рубцевания. И, наконец, заживший ИМ – это рубцовая ткань без клеточной инфильтрации. В среднем заживление (рубцевание) ИМ наступает через 5-6 недель.

Следствием ИМ является процесс ремоделирования сердца. Образование очага некроза в миокарде сопровождается изменением размера, формы и толщины стенки ЛЖ, а сохранившийся миокард испытывает повышенную нагрузку и подвергается гипертрофии. Насосная функция изменившейся формы ЛЖ ухудшается, и это способствует развитию СН. Наиболее выраженная форма ремоделирования ЛЖ при обширных ИМ связана с образованием аневризмы стенки ЛЖ. В последнее время предложено различать и другие типы ИМ, отличающиеся механизмами развития (Приложение 2).

### Диагностика и обследование больных с ОКСбпСТ

Для диагностики ОКСбпСТ следует опираться на данные анамнеза, выявление факторов риска, особенности острых проявлений заболевания, наличие изменений на ЭКГ и данные анализа локальной сократительной функции (ЭхоКГ). Другие методы обследования необходимы для подтверждения ишемии миокарда при недостаточной информативности ЭКГ, исключения заболеваний со схожей клинической симптоматикой, выявления ИМ и оценки (стратификации) риска неблагоприятного течения ОКСбпСТ.

К ОКСбпСТ относят больных со следующими симптомами:

- длительный (> 20 минут) ангинозный приступ в покое (длительность и интенсивность ангинозного приступа у больных с ОКСбпСТ могут колебаться в широких пределах);
- впервые возникшая стенокардия, соответствующая как минимум II функциональному классу (ФК) по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества;
- утяжеление до этого стабильной стенокардии как минимум до III ФК по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества (стенокардия crescendo);
- стенокардия, появившаяся в первые 2 недели после ИМ (постинфарктная стенокардия).

Типичные клинические проявления ишемии миокарда включают ощущение сдавления или тяжести за грудиной (что может быть описано как боль или дискомфорт) с возможной иррадиацией в левую руку, шею, нижнюю челюсть, эпигастрий. Иногда боль локализуется только в местах обычной иррадиации. Нередко встречаются дополнительные симптомы, такие как потливость, тошнота, боль в животе, одышка, потеря сознания.

Атипичная симптоматика чаще отмечается у пожилых лиц, женщин, больных сахарным диабетом, при почечной недостаточности, деменции. Диагноз становится особенно трудным в случаях, когда изменения на ЭКГ отсутствуют, минимальны или связаны с другой патологией (гипертрофия левого желудочка, блокада ножек пучка Гиса).

Вероятность ОКСбпСТ выше у пожилых лиц, мужчин, при наличии семейного анамнеза ИБС, у больных с сахарным диабетом, гиперлипидемией, АГ, почечной недостаточностью. Ишемии миокарда могут спровоцировать или утяжелить анемию, гипоксемию, воспаление, инфекцию, лихорадку, а также метаболические или эндокринные расстройства (в частности, гипертиреоз). Спазм, диссекция и тромбоз КА наряду с тахикардией и повышением АД могут возникнуть при применении кокаина и некоторых других препаратов.

### Физикальное обследование

Физикальное обследование при ОКСбпСТ специфической информации для постановки диагноза не несёт. Выявление тех или иных симптомов может позволить оценить наличие и тяжесть других заболеваний, провоцирующих или осложняющих течение ОКС и способных повлиять на выбор подходов к лечению, оценить наличие осложнений ОКСбпСТ, помочь в дифференциальной диагностике.

### ЭКГ

ЭКГ как минимум в 12 отведениях в покое – обязательный компонент диагностики ОКСбпСТ. Она должна быть зарегистрирована в течение 10 минут после первого контакта с медицинским работником (как правило, догоспитально) и безотлагательно интерпретирована квалифицированным врачом. Возможные изменения на ЭКГ при ОКСбпСТ включают депрессии сегмента ST, переходящие подъёмы сегмента ST и/или изменение амплитуды и полярности зубцов T; более чем у трети больных ЭКГ может оказаться нормальной или не иметь остро возникших изменений.

О наличии ишемии миокарда свидетельствуют переходящие подъёмы сегмента ST, а также переходящие или стойкие депрессии сегмента ST (особенно горизонтальные или косонисходящие) как минимум на 0,05 мВ. Выраженные ( $\geq 0,2$  мВ) симметричные отрицательные зубцы T в прекардиальных отведениях также предполагают наличие острой ишемии миокарда. Помимо ишемии миокарда подобные изменения на ЭКГ встречаются при аневризме левого желудочка, блокаде ножек пучка Гиса, синдроме WPW, синдроме ранней реполяризации желудочков, миоперикардите, стресс-индуцированной кардиомиопатии такоцубо, инсульте. К неспецифическим относят смещения сегмента ST < 0,05 мВ и инверсию зубца T < 0,2 мВ.

Если изменения на ЭКГ в 12 отведениях неинформативны, а по клиническим данным предполагается наличие ишемии миокарда, необходимо использовать дополнительные отведения, такие как V7-V9 и V3R-V4R. При неинформативной ЭКГ у больных с сохраняющимся подозрением на ОКС, продолжающимся или возобновляющимся симптомами, ЭКГ для выявления ишемических изменений рекомендуется регистрировать повторно (например, с интервалами в 15-30 минут в течение первого часа); возможно также мониторинг ЭКГ в 12 отведениях с оценкой смещений сегмента ST.

Крайне желательно сопоставить ЭКГ с зарегистрированной до настоящего ухудшения, особенно у больных с длительно существующими изменениями на ЭКГ.

У больных с выраженной гипертрофией миокарда левого желудочка, полной блокадой левой ножки пучка Гиса или стимуляцией желудочков искусственным водителем ритма сердца, диагностика ишемии миокарда затруднительна.

### Биохимические маркёры

Определение уровня биохимических маркёров в крови при подозрении на ОКСбпСТ дополняет оценку клинических проявлений и ЭКГ в 12 отведениях. Оно необходимо для диагностики, стратификации риска неблагоприятного течения заболевания и выбора тактики лечения. Определение уровня биохимических маркёров некроза миокарда – наиболее важный диагностический признак гибели кардиомиоцитов, представляющий собой краеугольный камень диагностики ИМ (Приложение 1, 1а).

Определение уровня биохимических маркёров повреждения кардиомиоцитов в крови, преимущественно сердечного тропонина T или I высокочувствительными методами, необходимо у всех больных с подозрением на ОКСбпСТ (класс I, уровень A). Сердечные тропонины превосходят по чувствительности и специфичности МВ фракцию КФК, общую КФК, миоглобин и прочие аналогичные тесты. В настоящее время помимо сердечного тропонина клиническое значение сохраняет только определение массы МВ-КФК (её уровень в крови после ИМ снижается быстрее, чем сердечный тропонин, что может позволить точнее судить о сроках повреждения миокарда и ранних рецидивах ИМ).

Преходящее повышение уровня сердечного тропонина в крови свидетельствует о некрозе кардиомиоцитов вне зависимости от причины, которая может быть связана как с первичным ограничением коронарного кровотока, так и другими, в том числе внесердечными факторами (Приложение 3). Повышение сердечного тропонина выше 99-го перцентилля здоровых лиц в условиях, указывающих на наличие ишемии миокарда, свидетельствует об ИМ (Приложение 1а). При некрозе миокарда уровень сердечного тропонина в крови остаётся повышенным как минимум несколько дней.

### Сердечный тропонин, определённый высокочувствительным методом



Рисунок 1. Алгоритм принятия решений с учётом уровня сердечного тропонина в крови, определённого высокочувствительными методами, оценённых при госпитализации и через 3 часа (Европейские рекомендации, 2014)

### Примечание:

\*верхняя граница нормы – 99-й перцентиль значений показателя у здоровых лиц для данного метода определения;  
\*\*величина изменения зависит от метода определения сердечного тропонина.



Метод определения	A	B	C	D	E
Сердечный тропонин T (Elevsys)	5	12	3	52	5
Сердечный тропонин I (Architect)	2	5	2	52	6
Сердечный тропонин I (Dimension Vista)	0,5	5	2	107	19

Рисунок 2. Исключение и подтверждение наличия ИМ с учётом уровня сердечного тропонина в крови, оценённых при госпитализации и через час

Примечание: представлены лабораторные методы определения реагентами разных фирм, проверенные в рамках данного протокола.

В последние годы широкое распространение получили методы определения уровня сердечного тропонина в крови, характеризующиеся высокой чувствительностью. Они предпочтительнее способов его определения с меньшей («обычной») чувствительностью, особенно при ОКСбпСТ.

По сравнению с уровнем сердечного тропонина в крови, определённого методами «обычной» чувствительности, при использовании высокочувствительных методов имеются следующие особенности:

- позволяют с большей надёжностью исключить острый ИМ;
- обладают более высокой предсказующей ценностью в отношении отсутствия острого ИМ;
- позволяют раньше выявить острый ИМ (существенное повышение в крови обычно происходит в течение часа после начала симптомов);
- способствуют увеличению частоты выявления ИМ 1-го и 2-го типов (более чем в 2 раза).

Уровень сердечного тропонина в крови, определённого высокочувствительным методом, следует оценивать как количественный маркёр повреждения кардиомиоцитов (чем выше уровень, тем вероятнее наличие ИМ):

- повышение более чем в 5 раз от верхней границы нормы обладает высокой (> 90%) предсказующей ценностью в отношении наличия острого ИМ (к другим причинам столь обширного повреждения миокарда относят инфаркт, стресс-индуцированную кардиомиопатию такоцубо, шок);
- предсказующая ценность повышения до 3 раз от верхней границы нормы в отношении острого ИМ невелика (50-60%), поскольку подобное повышение встречается при многих состояниях, и, соответственно, требуется более углублённая дифференциальная диагностика (Приложение 3);
- низкие, но определяемые уровни сердечного тропонина часто встречаются у здоровых лиц (в зависимости от чувствительности метода от 20-50 до 50-90%) и их следует дифференцировать от патологических уровней этого биомаркёра.

По диагностической значимости сердечные тропонины T и I существенно не различаются.

Для острого повреждения кардиомиоцитов характерно достаточно быстрое повышение и/или снижение уровня сердечного тропонина, в то время как при хронических процессах таких колебаний не наблюдается. Наиболее информативны для разграничения острого ИМ от других причин боли в грудной клетке абсолютные изменения уровня сердечного тропонина в крови, определённого методом высокой чувствительности, за достаточно короткий промежуток времени: чем больше изменения уровня этого биомаркёра, тем вероятнее наличие острого ИМ. При этом следует исключить другие угрожающие жизни острые состояния, сопровождающиеся болью в грудной клетке и способствующие быстрому увеличению концентрации тропонина в крови, такие как расслоение аорты, тромбоэмболия лёгочных артерий (Приложение 3).

Диагностическое значение сердечных тропонинов, определённых высокочувствительными методами, сохраняется и у больных с нарушенной функцией почек.

Исключение и подтверждение ИМ с использованием сердечных тропонинов, определённых высокочувствительным методом. Для быстрого исключения ИМбпСТ рекомендуется использовать протокол с повторным определением тропонина через 3 часа (рис. 1) (класс I, уровень B). Вероятность отсутствия ИМ у больных без диагностически значимого повышения уровня сердечного тропонина в крови согласно этому алгоритму составляет 98-100%.

Для быстрого исключения или подтверждения ИМбпСТ можно использовать протокол с повторным определением сердечного тропонина через 1 час (рис. 2) (класс I, уровень B). Абсолютные изменения уровня сердечного тропонина в крови через час после первого определения повышают точность диагностики ИМ по сравнению с единственным измерением при госпитализации и могут быть столь же информативны, что и абсолютные изменения через 3 и 6 часов.

Предсказующая ценность часового алгоритма для исключения ИМ составляет 98-100%, для выявления ИМ – 75-80% (в остальных случаях ожидаются другие при-

(Продолжение. Начало на стр. 8-9.)

чины для существенного повышения уровня сердечного тропонина в крови, свидетельствующего об остро возникшем некрозе кардиомиоцитов).

Если после двух определений уровня сердечного тропонина в крови высокочувствительным методом с интервалом в час ни подтвердить, ни отвергнуть ИМ не удастся, при сохраняющемся клиническом подозрении на ОКС следует провести дополнительное определение через 3-6 часов (класс I, уровень B).

Подобного рода алгоритмы создаются не только для быстрого подтверждения или исключения ИМбпST, но и в совокупности с клиническими данными и ЭКГ служат для оценки риска неблагоприятного течения заболевания и принятия решения о целесообразности пребывания в палате (блоке) интенсивной терапии и возможности ранней выписки.

У больных, обратившихся за помощью очень рано (когда после начала боли прошло не более часа), второе определение уровня сердечного тропонина в крови следует выполнять через 3 часа.

Примерно в 1% случаев отмечается повышение уровня сердечного тропонина в крови в более поздние сроки заболевания, поэтому у больных с нормальным сердечным тропонином и сохраняющимся клиническим подозрением на ОКСбпST следует предусмотреть повторные определения.

#### Визуализирующие методы. Функциональная оценка левого желудочка

Для оценки общей и локальной сократимости ЛЖ у всех больных, госпитализированных с ОКСбпST, должна быть выполнена трансторакальная эхокардиография.

ЭхоКГ также важна для дифференциальной диагностики расслоения аорты, аортального стеноза, перикардита, гипертрофической кардиомиопатии, тромбоэмболии лёгочных артерий. Оценка систолической функции ЛЖ важна для оценки прогноза заболевания.

Для выявления ишемии миокарда у больных с подозрением на ОКС без возобновляющихся приступов боли в грудной клетке ишемических изменений на ЭКГ и нормальным уровнем сердечного тропонина в крови рекомендуется выполнение неинвазивного стресс-теста (класс I, уровень A). Стресс-тесты с визуализацией предпочтительнее нагрузочной пробы под контролем ЭКГ. Для исключения ишемии миокарда высокой диагностической ценностью обладает стресс-ЭхоКГ с добутиамином (Приложение 4). Способность стресс-ЭхоКГ выявлять ишемию миокарда можно повысить за счёт контрастирования полости ЛЖ. Это не совсем функциональная оценка ЛЖ – замечание МЯ.

Исследование сердца с помощью магнитного резонанса позволяет оценить как перфузию, так и нарушения локальной сократимости миокарда. Данная методика позволяет также выявлять рубцовую ткань в миокарде (при использовании позднего усиления с помощью гадолиния), отличить рубец от недавнего ИМ (при применении T2-взвешенного изображения для отграничения отёка миокарда), а также помочь в дифференциальной диагностике с миокардитом или стресс-индуцированной кардиомиопатией такоубо.

Наличие фиксированных дефектов перфузии при радиоизотопной перфузионной скintiграфии миокарда указывает на некроз или рубец в миокарде. Для выявления ишемии миокарда может быть использовано сочетание радиоизотопной перфузионной скintiграфии со стресс-тестом.

#### Неинвазивная оценка коронарной анатомии

У больных с подозрением на ОКСбпST, недостаточно информативной ЭКГ и/или нормальным уровнем сердечного тропонина в крови в качестве альтернативы коронарной ангиографии следует рассмотреть выполнение многодетекторной компьютерной томографии коронарных артерий с внутривенным введением контрастного вещества для исключения коронарной болезни сердца (и, соответственно, ОКС) (класс IIa, уровень A). Нормальный результат многодетекторной компьютерной томографии с контрастированием коронарных артерий у больных с низкой или промежуточной вероятностью коронарной болезни сердца позволяет с достаточной надёжностью исключить ОКС. Информативность этого метода ограничена у больных с диагностированной коронарной болезнью сердца, выраженным кальцинозом коронарных артерий, тахикардией и нерегулярным ритмом сердца. Его значение в острой ситуации у больных с имплантированным стентом или перенесших операцию коронарного шунтирования (КШ) не определено.

Компьютерная томография позволяет также выявить другие угрожающие жизни причины боли в грудной клетке (расслоение аорты, тромбоэмболия лёгочных артерий, напряжённый пневмоторакс).

#### Инвазивное обследование Коронароангиография

КАГ – ключевое исследование при ОКСбпST. Основная задача коронарографии – определение показаний для инвазивного лечения и выбор метода реваскуляризации. Кроме этого, КАГ может оказаться полезной для:

- выявления артерии и/или её участка, ответственных за развитие данного эпизода ОКС (так называемого виновного в развитии ОКС поражения)

- подтверждения диагноза ОКС (обнаружение окклюзирующего или пристеночного тромбоза) или исключения его (обнаружение интактных артерий становится поводом для поиска альтернативных причин боли в грудной клетке) с возможностью избежать ненужного антитромботического лечения
- оценки ближайшего и отдалённого прогноза, особенно у больных, не подвергнутых реваскуляризации.

#### Варианты поражения коронарных артерий

Обнаруженные при КАГ изменения коронарных артерий при ОКСбпST варьируют от визуально неизменённого до тяжёлого диффузного поражения. До 20% больных с ОКСбпST не имеют обструктивного поражения, тогда как среди остальных около половины имеют многососудистое поражение. У каждого 10-го больного с ОКСбпST находят гемодинамически значимое сужение ствола левой коронарной артерии. У 5% больных с ОКСбпST имеется поражение ранее установленных шунтов. Поражение передней нисходящей артерии чаще других (примерно в 40% случаев) является ответственным за развитие симптомов ОКС. Атеросклеротические бляшки локализуются преимущественно в проксимальных и средних сегментах крупных эпикардиальных ветвей.

#### Как выявить поражение, ответственное за развитие ОКС

Идентификация конкретного изменённого участка коронарной артерии, приведшего к развитию ОКСбпST, очень важна при многососудистом поражении, особенно в условиях ограниченных временных и материальных ресурсов.

Разрыв атеросклеротической бляшки, ограничивающей или не ограничивающей кровоток, имеет место в большинстве случаев ОКСбпST. Морфологические исследования, как и прижизненная оценка артерий, с помощью различных методов визуализации указывают на возможность сосуществования сразу нескольких уязвимых бляшек у одного больного.

Для того чтобы по данным КАГ считать ту или иную бляшку ответственной за развитие симптомов ОКС, следует выявить не менее двух характерных морфологических характеристик. Среди них типичный для тромба внутрисосудистый дефект наполнения, изъязвление бляшки, неровность её контуров, диссекция артерии, замедленный кровоток.

По данным КАГ, около четверти больных с ОКСбпST имеют окклюзию крупной ветви коронарной артерии, но у 2/3 из них уже есть признаки коллатерализации участка, кровоснабжаемого данной ветвью. В большинстве случаев выявление поражённого участка сосуда (для реваскуляризации) не вызывает затруднений, но у части больных отличить острую/подострую окклюзию от хронической бывает непросто.

Когда кровоток по «подозреваемой» артерии нормален, что имеет место примерно у половины больных с ОКСбпST, ангиографическая идентификация стеноза, ответственного за развитие ОКС, нередко становится невозможной. В подобной ситуации выполняется ЧКВ на всех гемодинамически значимых стенозах.

Для выявления поражения, ответственного за развитие данного эпизода ОКС, может потребоваться информация, полученная с помощью ЭКГ, ЭхоКГ или вентрикулографии левого желудочка сердца. Информативность ЭКГ в этом случае ограничена тем, что встречаемость ишемических изменений ЭКГ в популяции больных с ОКСбпST колеблется от 40 в регистрах до 60% в клинических исследованиях.

Распространённая депрессия сегмента ST в грудных отведениях ЭКГ с максимумом в отведениях V4-V6 указывает на поражение среднего сегмента передней нисходящей артерии, тогда как наибольшее смещение ST вниз в отведениях V2-V3 позволяет предполагать локализацию «виновного» стеноза в огибающей артерии.

Диффузная депрессия ST во всех отведениях (грудных и отведениях от конечностей) в сочетании с подъёмом сегмента ST в отведении aVR обычно указывает либо на зна-

чимое поражение ствола левой коронарной артерии, либо на проксимальную окклюзию передней нисходящей артерии у больного с многососудистым поражением.

Вышеописанное соотношение между изменениями ЭКГ и локализацией поражения в коронарных артериях не столь очевидно при левом типе кровоснабжения миокарда, многососудистом поражении и дистальной локализации «виновного» стеноза.

Примерно у четверти больных с ОКСбпST, подвергнутых КАГ, не удаётся выявить «виновный» стеноз. Это группу составляют пациенты с ангиографически нормальными артериями сердца и больные с нестенозирующим коронарным атеросклерозом.

#### Фракционный резерв кровотока

Из-за невозможности достигнуть максимальной вазодилатации и гиперемии на уровне микроциркуляторного русла коронарных артерий у больных ОКС существует риск завышения фракционного резерва кровотока и недооценки тяжести сужений в коронарных артериях. При стабильной ИБС максимальная гиперемия, обязательная при оценке этого параметра, достигается достаточно легко. У больных с ОКСбпST достижение максимальной гиперемии непредсказуемо из-за транзитного компонента стенозов и острых нарушений на уровне микроциркуляции. К настоящему времени нет оснований для использования в рутинной практике ведения больных с ОКС оценки фракционного резерва кровотока для определения стенозов, требующих реваскуляризации. Но оценка фракционного резерва кровотока может оказаться уместной при выполнении полной реваскуляризации в период госпитализации.

#### Дифференциальный диагноз при ОКСбпST

У больных, доставленных в стационар с остро возникшей болью в грудной клетке, ожидаемая частота выявления заболеваний сердца, отличных от ОКС, составляет 15%, а частота несердечных заболеваний, ставших причиной возникновения симптомов, похожих на ОКС, может достигать до 50%. Соответственно, на практике у большинства больных с возможным ОКСбпST в итоге может быть диагностировано иное, в основном несердечное заболевание. Подобное положение вещей является следствием невозможности достаточно точной дифференциальной диагностики на догоспитальном этапе и не должно а priori расцениваться как врачебная ошибка.

При остро возникшей боли в грудной клетке дифференциальный диагноз ОКС надо проводить со следующими заболеваниями и состояниями:

1. Сердечно-сосудистые: миокардит, кардиомиопатии, тахикардии, острая СН, гипертензивный криз, аортальный стеноз, стресс-индуцированная кардиомиопатия такоубо, травма сердца.

2. Лёгочные: тромбоэмболия лёгочных артерий, пневмоторакс, бронхит, пневмония, плеврит.

3. Патология внесердечных сосудов: расслоение аорты, аневризма аорты, инсульт.

4. Желудочно-кишечные: эзофагит, пищеводный рефлюкс, спазм пищевода, пептическая язва, гастрит, панкреатит, холецистит.

5. Ортопедические: мышечно-скелетные заболевания, перелом рёбер, повреждение или воспаление мышц, остеохондрит, патология позвоночника.

6. Прочие: эмоциональные расстройства с повышенным беспокойством, опоясывающий лишай, анемия.

Ряд заболеваний сердца сопровождается симптомами, похожими на ОКС, и изменениями на ЭКГ, и повышением уровня сердечного тропонина в крови. Среди них миокардит, стресс-индуцированная кардиомиопатия такоубо, гипертрофическая кардиомиопатия, тяжёлый аортальный стеноз или выраженная аортальная регургитация. Возникновение инсульта тоже может сопровождаться изменениями на ЭКГ, появлением нарушений сократимости и повышением уровня сердечного тропонина в крови.

#### Стратификация риска при ОКСбпST

##### Сроки оценки риска неблагоприятного исхода при ОКСбпST

Ранние сроки заболевания. Цель первоначальной оценки больного – определить, насколько симптомы и другие проявления заболевания связаны с ОКСбпST и насколько велика вероятность неблагоприятного течения заболевания. Последнее требует совокупного анализа клинических данных, ЭКГ, результатов определения сердечного тропонина в крови и методик выявления ишемии с помощью визуализации сердца. Существует тесная связь между признаками

ишемии миокарда и прогнозом. Суждение о риске тесно связано с выбором места для госпитализации, особенностями антитромботического лечения и срочностью коронарной ангиографии.

Больные с сохраняющейся или возобновляющейся ишемией миокарда нуждаются в тщательном наблюдении и срочной коронарной ангиографии.

Риск неблагоприятного течения заболевания наиболее высок при обращении за медицинской помощью, остаётся высоким в ближайшие несколько дней, а затем обычно быстро уменьшается со временем.

#### Клиническая оценка

Клиническая картина заболевания тесно связана с прогнозом. Наиболее неблагоприятно возникновение приступов ишемии в покое, а также существенное увеличение числа ангинозных эпизодов незадолго до госпитализации. Наличие аритмий, артериальной гипотонии, СН и остро развившейся митральной регургитации также указывает на неблагоприятный прогноз.

К маркерам высокого риска относятся пожилой возраст, сахарный диабет и почечная недостаточность. На прогноз существенное влияние оказывают сопутствующие заболевания, например анемия, пневмония, деменция и пр.

#### ЭКГ

Уже первая зарегистрированная ЭКГ часто позволяет сделать суждение о прогнозе заболевания. Выраженность и распространённость депрессий сегмента ST указывает на тяжесть ишемии миокарда, которая, с одной стороны, имеет прогностическое значение, с другой – сопряжена с эффективностью инвазивного лечения заболевания. Наличие депрессий сегмента ST  $\geq 0,05$  мВ как минимум в двух смежных отведениях в сочетании с соответствующей клинической симптоматикой не только свидетельствует в пользу ОКСбпST, но и указывает на неблагоприятный прогноз. При величине депрессий сегмента ST  $> 0,1$  и особенно  $> 0,2$  мВ прогноз становится всё более неблагоприятным. С наиболее высоким риском сопряжено сочетание депрессий и преходящих подъёмов сегмента ST. Данные о прогностической роли изолированных инверсий зубца T неоднозначны. Непрерывное мониторирование сегмента ST даёт дополнительную прогностическую информацию.

#### Биохимические маркёры

Чем выше уровень сердечного тропонина при первом определении, тем выраженнее повреждение кардиомиоцитов и выше риск смерти.

У каждого больного должна быть определена функция почек (уровень креатинина в крови с расчётом скорости клубочковой фильтрации или клиренса креатинина), которая является одним из ключевых показателей шкалы оценки риска GRACE.

Хотя ряд других биохимических маркёров также позволяет оценить риск смерти при ОКСбпST, в настоящее время ни один из них не может быть рекомендован для широкого использования при стратификации риска у больных с ОКСбпST. Однако некоторые из них, указывающие на развитие осложнений, например повышенный уровень BNP (или pro-BNP), безусловно, свидетельствуют о худшем прогнозе.

#### Шкалы определения риска для жизни

Для стратификации риска неблагоприятного исхода при ОКСбпST следует использовать индексы и шкалы, позволяющие количественно охарактеризовать вероятность неблагоприятного исхода (класс I, уровень B).

Наиболее проста для применения шкала оценки риска TIMI, однако более точно оценить прогноз заболевания позволяет шкала GRACE (Приложение 5). Один из её вариантов даёт возможность осуществить стратификацию риска при госпитализации, другой – при выписке из стационара. Новая шкала GRACE 2,0 характеризует прогноз заболевания на протяжении ближайших 3 лет без предварительного подсчёта суммы баллов. Ещё одной особенностью этой шкалы является возможность применения у больных с ещё неизвестным уровнем креатинина в крови и классом по Killip. Для использования шкалы GRACE 2,0 необходим калькулятор, расположенный в интернете по адресу <http://www.gracescore.org/WebSite/default.aspx?ReturnUrl=%2f>. Шкалы оценки риска TIMI и GRACE не только позволяют оценить прогноз заболевания, но и выделить категории больных, нуждающихся в более активном антитромботическом и инвазивном лечении.

(Продолжение следует.)

Под редакцией почётного президента  
Общества специалистов по неотложной  
кардиологии профессора  
Михаила РУДЫ.

Профессиональный взгляд

# «Нобелевка»: комментарии экспертов

## Циркадные ритмы играют существенную роль в возникновении болезней

Очередная Нобелевская премия по медицине и физиологии в этом году была вручена группе американских учёных во главе с Майклом Янгом, которые выявили гены, отвечающие за ритм сна и бодрствования у мушек дрозофил. Мы спросили об этом событии и его значимости учёных Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Семён Рапопорт, заведующий лабораторией «Хрономедицина и новые технологии» в Клинике внутренних болезней Сеченовского университета, доктор медицинских наук, профессор:

«Присуждение Нобелевской премии за работу по генетическим механизмам циркадных ритмов – это значительное событие. Да, исследование проводилось на дрозофилах, но всё это очень важно и для человека. Дело в том, что сбои в биологических и конкретно в циркадианных (околосуточных) ритмах играют существенную роль в возникновении серьёзных заболеваний. Например, недавно выяснилось, что работа ночью и сон днём связаны с повышенным

риском возникновения диабета 2-го типа, настоящая эпидемия которого в наши дни распространяется по планете. Обострения язвенной болезни, ожирение и даже ряд заболеваний сердечно-сосудистой системы также связаны с этим механизмом.

У человека и млекопитающих за околосуточный ритм отвечает специальный орган – шишковидная железа или эпифиз. Она вырабатывает гормон мелатонин, который играет ключевую роль в регуляции сна и иммунитета. Эпифиз регулирует не только околосуточные ритмы, но следом – и годовые, связанные со сменой сезонов. Ведь при переходе от лета к зиме и, наоборот, изменяется прежде всего длина светового дня. Некоторые патологические состояния, как оказалось, можно лечить ярким

светом, имитирующим солнечный, либо приёмом препаратов мелатонина. Сбои и нарушения в биологических ритмах называются десинхронозами, и наша лаборатория уже давно занимается этой проблемой».

Алексей Умрюхин, заведующий кафедрой нормальной физиологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор:

«Благодаря исследованию Майкла Янга и его команды открылось, что всего 3 гена кодируют механизмы циклических колебаний содержания белков, функционирующих как своеобразные «внутриклеточные часы». Открытие генетических механизмов регуляции циркадианных ритмов у мушек-дрозофил служит ключевым этапом в расшифровке более сложных меха-

низмов, связанных с регуляцией иммунитета, эндокринной системы, высших психических функций и других важных физиологических процессов. Суточные изменения активности одной из центральных нейроэндокринных «осей» психоэмоционального стресса и стресс-ассоциированных заболеваний – гипоталамо-гипофизарно-надпочечникового механизма – являются предметом изучения на кафедре нормальной физиологии Сеченовского университета. Суточные колебания физиологических процессов неразрывно взаимосвязаны с механизмами устойчивости физиологических функций организма к нарушениям в условиях психоэмоциональных стрессорных нагрузок.

Важно отметить, что циклические колебания физиологических функ-

ций не ограничиваются суточными колебаниями. Надсуточные или инфрадианные ритмы тоже являются важным фактором, определяющим поведение человека в условиях реальной трудовой деятельности. Недавно открытые в работах отечественных учёных четырёхсуточные циклы кортизола и других гормонов в крови человека взаимосвязаны с изменениями работоспособности, настроения и других поведенческих функций. Изучение механизмов синхронизации инфрадианных биоритмов является новым перспективным направлением хронобиологии. Оно разрабатывается в нашем университете в рамках изучения нейроэндокринных механизмов поведенческих и психоэмоциональных состояний».

Подготовил  
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Ориентиры

## Медицина осваивает новые технологии, а новые технологии осваивают медицину...

Если предположить, что данная заметка является «сочинением на заданную тему», то более удачного «эпиграфа», чем высказывание Н.Пирогова, трудно и представить: «Самой высшей для меня наградой я почёл бы убеждение, что анатомия не составляет, как многие думают, одну только азбуку медицины, которую можно без вреда и забыть, когда мы научимся кое-как читать по складам, что изучение её так же необходимо для начинающего учиться, как и для тех, которым доверят жизнь и здоровье других».

Общеизвестно, что дисциплина «Анатомия человека» – фундамент медицинского образования. Закладывающиеся в ходе её изучения знания о строении тела человека, топографии органов, сосудов, нервов являются основой для формирования правильного представления о взаимодействии различных структурных элементов организма и возникновения возможных изменений в них при патологических процессах.

На протяжении многих веков будущие врачи постигали эту науку, anatempno, то есть «рассекая» человеческое тело или его фрагменты. Новые технологии виртуальной реальности XXI века подарили современным студентам удивительные возможности в изучении этой сложнейшей дисциплины. Среди счастливиц оказались и студенты Ставропольского государственного медицинского университета, первого среди медицинских вузов Северного Кавказа, в котором недавно появились виртуальные аудитории.

В числе первых погрузился в 3D-реальность «анатомки» министр здравоохранения Ставропольского края Виктор Мажаров, посетивший alma mater специально для того, чтобы оценить нововведения в подготовке медицинских кадров.

– Трёхмерная анатомия, возможность детального, даже послойного изучения каждой анатомической структуры и пространственных взаимоотношений между ними – о таком в бытность мою студентом даже не мечталось, по-хорошему завидую нынешним первокурсникам моего родного вуза, – поделился впечатлениями



Ознакомительная экскурсия с оборудованием кабинета трёхмерной анатомии

Виктор Николаевич. – Надеюсь, что сложнейший предмет – основа основ медицины – теперь станет для них самым любимым и увлекательным.

Ставропольские студенты – будущие медики – осваивают анатомический атлас 3D Organon VR Anatomy, тестируют аппаратно-программный комплекс для виртуальной работы с трёхмерной моделью человеческого тела «Пирогов», разработчиком которого являются специалисты из Самарского государственного медицинского университета. Безусловно, инновационные образовательные продукты меняют технологию преподавания нормальной, патологической и хирургической анатомии, являясь эффективным инструментом работы с большой аудиторией, контроля и проверки знаний студентов, автоматической обработки результатов. В частности, при работе с виртуальным атласом студенты имеют возможность рассмотреть в трёхмерной проекции расположение любого органа, сосуда или нерва, проследить его направление и отношение к соседним органам; послойное удаление тканей позволяет увидеть более глубокие слои мышц, места их крепления; проследить направление нервов или сосудов, места ответвлений и конечные ветви. А при работе с интерактивным анатомическим столом используются сенсоры, позволяющие выполнять на 3D-модели человеческого тела в натуральную величину различ-

ные манипуляции (от пальпации различных областей до препарирования и вскрытия органов). Помимо этого, сенсорный стол предоставляет возможность изучения отдельных органов, функциональных систем организма, их в базе данных программного обеспечения более 4 тыс., причём все модели представлены с естественными текстурами, полученными методом фотофиксации биоматериала; реализованы возможности сравнения различных анатомических объектов между собой, включая норму и патологию, изучения дополнительных диагностических материалов (данных КТ, МРТ, УЗИ).

Ректор СтГМУ профессор Владимир Кошель уверен в том, что инновационное оборудование будет использоваться не только в обучении студентов, но и на циклах повышения квалификации врачей практического здравоохранения по топографической и патологической анатомии, судебно-медицинской экспертизе, хирургии, офтальмологии, стоматологии, оториноларингологии. В ближайшей перспективе планируется совместно с клиницистами создание 3D-конструкций органов конкретных пациентов на основе предложенных анатомических методик.

Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Сотрудничество

Глобальная целевая группа по борьбе с холерой (ГЦГБХ), в состав которой входит более 50 учреждений Организации Объединённых Наций и международных организаций, академических институтов и НПО, разработала глобальный план наступления на холеру. Цель плана, в реализации которого участвует и Всемирная организация здравоохранения, – прекратить к 2030 г. распространение этой опасной инфекции и на 90% снизить смертность от неё.

## Атака на холеру

Заболееваемость этой опасной инфекцией оценивается ВОЗ в 2,9 млн случаев, в том числе 95 тыс. – с летальным исходом

В новом плане ГЦГБХ «Ликвидировать холеру: глобальная дорожная карта на период до 2030 г.» (Ending Cholera: A Global Roadmap to 2030) признаётся, что инфекция распространяется в эндемичных «горячих точках», где год за годом происходят прогнозируемые вспышки болезни. Целью дорожной карты является согласование ресурсов, обмен наилучшей практикой и укрепление партнёрств между затронутыми странами, донорами и международными организациями. Подчёркивается необходимость скоординированного подхода к борьбе с холерой на основе планирования на уровне отдельных стран в целях раннего выявления и реагирования на вспышки болезни. Благодаря реализации карты до 20 затронутых стран могут ликвидировать холеру к 2030 г.

«ВОЗ с гордостью участвует в этой новой совместной инициативе, направленной на ликвидацию смертности от холеры. Каждый случай смерти от неё можно предотвратить с помощью инструментов, имеющихся на сегодняшний день, включая использование пероральной противохолерной вакцины и улучшенный доступ к безопасной воде и основным средствам санитарии и гигиены, как это изложено в дорожной карте», – заявил генеральный директор ВОЗ доктор Тедрос Адханом Гебрейесус.

Благодаря достижениям в области водоснабжения, санитарии и гигиены (WASH) Европа и США вот уже несколько десятилетий свободны от холеры. Сегодня, не смотря на то, что доступ к WASH признаётся ООН одним из основных прав человека, более 2 млрд человек в мире всё ещё не имеют доступа к безопасной воде и потенциально подвергаются риску заражения холерным вибрионом (Vibrio cholerae). Слабые системы здравоохранения и ненадлежащий потенциал для раннего выявления только способствуют быстрому распространению вспышек болезни.

Внедрение пероральной противохолерной вакцины кардинально поменяло ситуацию в области борьбы с холерой, сократив пробелы между чрезвычайными ответными

мерами и контролем в долгосрочной перспективе. В настоящее время доступны две одобренные ВОЗ пероральные противохолерные вакцины, и люди могут получить полную дозу вакцины, обеспечивающую защиту на срок до 3 лет, всего лишь за 6 долл. С 2013 г. ВОЗ создаётся резерв противохолерной вакцины для сдерживания вспышек заболевания во всём мире. Вторым направлением работы будет устранение социально-экономических причин распространения инфекции: улучшение санитарных условий и обеспечение доступа к чистой воде и медицинской помощи в беднейших и наиболее неблагоприятных регионах планеты.

По данным ВОЗ, с начала 2017 г. на начало октября случаи холеры зарегистрированы в 34 странах мира (186 334 больных холерой и 884 508 с подозрением на холеру). И хоть современные методы лечения позволяют справляться с этим недугом, смертность всё же составляет 5-10%.

В новой России холера не появлялась с 2014 г. (до этого – в 2012 г.) – тогда её на родину привезли туристы, вернувшиеся из Индии. В конце ноября 2016 г. глава Роспотребнадзора Анна Попова заявила, правда, опасения по поводу распространения холеры в нашей стране. Тогда, по словам главы ведомства, в Украине были зарегистрированы нетипичные штаммы холеры, аналогичные обнаруженным на Гаити и территории Южной Америки. Задачей российских медиков, которую удалось успешно решить, было недопущение попадания в РФ этой опасной инфекции.

«Прогноз по холере в мире на 2017 г. неблагоприятный», – заранее предупреждали и в этом году учёные из Российского научно-исследовательского противочумного института «Микроб», Ростовского научно-исследовательского противочумного института и др. К счастью, прогноз не оправдался. Пока, во всяком случае.

Иван ВЕТЛУГИН.  
МИА Сито!

В разговоре с руководителем отдела лучевой диагностики Института хирургии им. А.В.Вишневецкого, профессором кафедры лучевой диагностики Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, членом-корреспондентом РАН, заслуженным деятелем науки РФ Григорием КАРМАЗАНОВСКИМ мы коснулись самых разных аспектов его врачебной и научной специальности. Многие из сказанного учёным стало для автора этих строк откровением. К примеру, то, что российские лучевые диагносты начали заниматься 3D-моделированием одними из первых, если не первыми в мире, но об этом мало кто знает. Что при всём стремительном развитии технологий визуализации патологии классическая рентгенодиагностика никогда не уйдёт в прошлое. И, наконец, то, что лучевая диагностика имеет все основания и должна стать важнейшим элементом профилактической медицины.

– Григорий Григорьевич, в Отделении медицинских наук РАН едва ли не самое малочисленное сообщество – представители направления «лучевая диагностика». Вас меньше 10 человек. Почему? Лучевая диагностика стала наукой совсем недавно, или этот раздел науки просто недооценён?

– С моей точки зрения, лучевая диагностика явно недооценена как наука, между тем на ней базируется вся современная клиническая медицина. В программе высшего медицинского образования на изучение данной дисциплины выделено до смешного мало времени, хотя в идеале лучевую диагностику надо преподавать, начиная с 1-го курса и минимум до 4-го. И если говорить в контексте эволюционной трансформации программ обучения, то целесообразно было бы сначала предложить будущим врачам детально изучить анатомию на магнитно-резонансных и компьютерно-томографических изображениях, а уже потом проводить секционные заседания в анатомическом театре.

Это же парадокс: студенты начинают знакомиться с методами лучевой диагностики к концу обучения, после того как прошли пропедевтику внутренних болезней. С позиций медицины XVII века, которая была основана на понятиях «симптом», «синдром» и «жалобы больного», такой подход, возможно, был бы оправданным. А сегодня это по меньшей мере удивительно. Пропедевтика – фактически система знаний о классических проявлениях болезни. Но если вы можете с помощью современных методов визуализации выявить ранние, доклинические формы болезни, то зачем начинать учить будущих медиков распознавать болезнь исключительно по её классическим проявлениям?

Я не противопоставляю современные возможности компьютерной и магнитно-резонансной томографии пропедевтике. Хочу лишь подчеркнуть, что КТ и МРТ могли бы быть встроены в эту дисциплину, чтобы давать студентам максимально чёткое представление о формах и стадиях заболеваний, в том числе таких, которые проходят под знаком «жалоб не имею», хотя болезнь уже есть. Более того, именно на основе знаний о доклинических формах заболеваний должна формироваться система профилактической медицины, а наглядно показать эти формы может только лучевая диагностика.

– Нет опасения, что в целях «профилактики» обследование методами лучевой терапии начнут назначать всем поголовно? Впрочем, вряд ли: и сейчас-то государство не может гарантировать каждому пациенту бесплатное обследование с использованием КТ или МРТ.

– Как это ни странно, но я не сторонник того, чтобы томография назначалась бесплатно всем подряд, у кого есть полис ОМС. В США, где страховые компании охотно оплачивают компьютер-

Беседы с корифеями

# Увидеть и распознать

Почему одна из основных служб в медицине считается «вспомогательной»?



Г. Кармазановский

но-томографические исследования и где врачи даже получают штрафные санкции за то, что не назначили КТ, а пациент – за то, что не прошёл КТ, так вот там уже столкнулись с вероятностью КТ-индуцированного рака. По информации американских специалистов, в этой стране в течение года одному человеку может быть «на всякий случай» проведено до 10 томографических исследований. Разовая лучевая нагрузка при бесконтрастном исследовании – 20 миллизивертов, а с контрастным усилением она возрастает до 60-80 мЗв. Поэтому КТ-индуцированный рак, который пока рассматривается как гипотеза, на самом деле не фобия, а вполне реальная угроза.

– Какова безопасная доза облучения?

– Суммарно 100 мЗв за год. Кстати, о лучевой нагрузке, если уж мы затронули эту тему: существует низкодозовая компьютерная томография, основанная на принципе интерактивной реконструкции изображений, и эта технология позволяет существенно снизить дозу облучения. Диагностическое исследование, которое сейчас выполняется с нагрузкой 80 мЗв, на таком оборудовании можно сделать с нагрузкой 20 мЗв с тем же качеством изображения и диагностической достоверностью результата.

Оборудование для низкодозовой КТ есть не только за рубежом, но и в России. Однако и старого диагностического оборудования у нас с избытком. По данным главного специалиста Минздрава России по лучевой и инструментальной диагностике профессора Игоря Тюрина, в некоторых регионах до сих пор работают пошаговые компьютерные томографы, которые активно использовались в 90-е годы и уже давно должны быть списаны. В арсенале клиник ещё сохранились спиральные и тем самым минимизировать хирургическое воздействие на пациента. К примеру, если 30

лет назад, когда появилась КТ, она решала вопросы первичной семиотики, то сейчас лучевые диагносты, по сути, занимаются виртуальной хирургией. Мы проводим предоперационное планирование и расчёт не только объёмов удаляемого органа, но и его остатка. Он должен быть таким, чтобы в послеоперационном периоде резецированный орган мог регенерировать и функционировать, не вызывая острой недостаточности. Иными

– Это плохо? По-вашему, каким должно быть место классической рентгенологии в системе лучевой диагностики?

– Это не плохо, это правильно. Когда появились мультиспиральные томографы, магнитно-резонансные томографы, в том числе цифровые, все начали предвещать «отставку» классической рентгеновской диагностики. Но этого не произошло. Жизнь показала, что часть исследований никогда не перейдёт в сферу интересов КТ или МРТ, в ряде случаев проще и вполне достаточно выполнить рентгеновское исследование.

Медицина катастроф, военнопольная хирургия всегда были и будут основаны на рентгенодиагностике. Диагностика костной травмы, переломов и повреждённый черепа всегда будут начинаться с классической рентгенодиагностики: быстро, эффективно и процентов 80 нужной информации у врача уже будет. Патология желудочно-кишечного тракта: можно, конечно, делать всем гастроскопию, но никто не отрицает, что эта процедура имеет определённые риски, среди которых перфорация стенки пищевода, воспаление заднего средостения, а также вероятность инфицирования пациента. Я уже не говорю о дискомфорте, который испытывает пациент. В этом смысле рентгенография, включая рентгеноскопию, является наиболее безопасным и комфортным методом обследования, да и достаточно информативным в большей части случаев, когда заболевание сопряжено не с изменением морфологии органа, а с изменением кинетики системы пищеварения: дисфагии, нарушения глотания.

Рентгеновские исследования лёгких: спорят, нужна ли в этих случаях флюорография, рентгенография или низкодозовая компьютерная томография? Безусловно, тонкая диагностика, связанная с выявлением миллиметровых изменений, возможна только на КТ. Но когда речь идёт о крупных поражениях, связанных с изменением анатомии и сопряжённых с грудной аортой и сердцем, с лимфоузлами средостения или корнями лёгких, с наличием крупных воздушных булл, не надо делать томографию – всё прекрасно можно будет увидеть на рентгеновском снимке.

– Вернёмся к началу. В чём научная составляющая лучевой диагностики: в создании новых методов визуализации и нового оборудования или в интерпретации полученных изображений?

– Наука в том, что ты ищешь некие закономерности течения болезни, пытаешься на дооперационном уровне дифференцировать разные заболевания и тем самым минимизировать хирургическое воздействие на пациента. К примеру, если 30

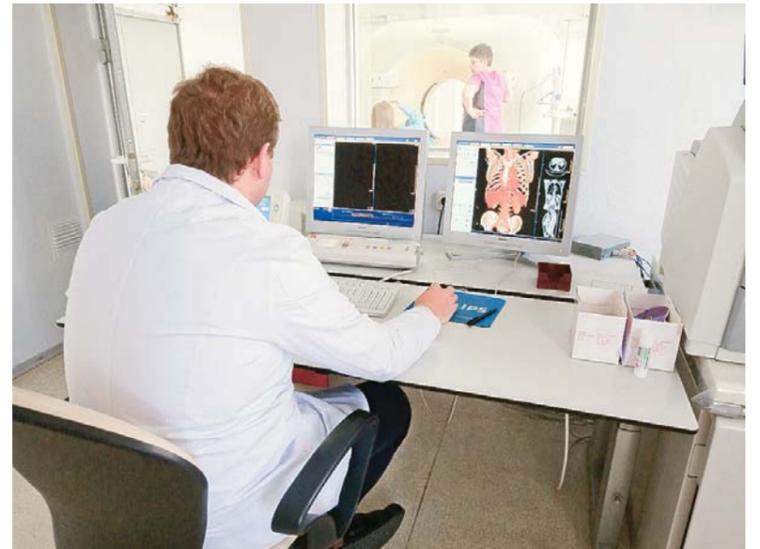
лет назад, когда появилась КТ, она решала вопросы первичной семиотики, то сейчас лучевые диагносты, по сути, занимаются виртуальной хирургией. Мы проводим предоперационное планирование и расчёт не только объёмов удаляемого органа, но и его остатка. Он должен быть таким, чтобы в послеоперационном периоде резецированный орган мог регенерировать и функционировать, не вызывая острой недостаточности. Иными

– А если лучевой диагност работает в таких условиях, когда в его команде нет хирурга или морфолога и ему просто неоткуда взять знания о каких-то тонкостях? Как избежать ошибок в диагностике?

– Система лучевой диагностики в масштабах страны, на мой взгляд, должна быть выстроена следующим образом. Нужно подготовить большое число специалистов, которые будут знать, как правильно в рамках протоколов, не отступая ни на шаг, проводить диагностические исследования. А дальше использовать современные цифровые технологии, которые позволяют по каналам связи очень быстро и на любое расстояние, даже через 10 часовых поясов, передавать информацию в специализированный

– Премию правительства Москвы за 2016 г. вы получили именно за создание идеологии взаимодействия хирургов и лучевых диагностов?

– По большому счёту да. Мы с профессором Андреем Кригером,



Современная лучевая диагностика – это сложные наукоёмкие технологии

который занимается хирургической гастроэнтерологией, в частности хирургией нейроэндокринных опухолей, и патоморфологом Дмитрием Калининским определили закономерности выявления нейроэндокринных новообразований методами лучевой диагностики. До этого не было чёткого понимания, почему одни нейроэндокринные опухоли выявляются хорошо, а другие плохо. Оказалось, всё дело в морфологии опухоли. Благодаря тому, что мы выявили эти закономерности, стали возможными не только дифференциальная диагностика, но и предоперационное планирование: в зависимости от морфологического «характера» опухоли пациенту будет выполнена робот-ассистированная операция или открытая лапаротомия.

Рентгенолог для повышения собственных знаний не может и не должен работать в одиночестве! Необходим тройственный союз: диагност, хирург и пато-

морфолог либо патологоанатом. Чем больше информации от патоморфолога получают хирург и диагност, тем более высокого класса специалистами они становятся. И наоборот. Современная медицина не может существовать в монорежиме, в работе с пациентом должны участвовать все: тот, кто распознаёт болезнь, тот, кто делает операцию, и тот, кто подтверждает правильность решений и действий первого и второго.

– А если лучевой диагност работает в таких условиях, когда в его команде нет хирурга или морфолога и ему просто неоткуда взять знания о каких-то тонкостях? Как избежать ошибок в диагностике?

– Система лучевой диагностики в масштабах страны, на мой взгляд, должна быть выстроена следующим образом. Нужно подготовить большое число специалистов, которые будут знать, как правильно в рамках протоколов, не отступая ни на шаг, проводить диагностические исследования. А дальше использовать современные цифровые технологии, которые позволяют по каналам связи очень быстро и на любое расстояние, даже через 10 часовых поясов, передавать информацию в специализированный

экспертный центр. И уже здесь другие специалисты сделают вывод о диагнозе. На начальном этапе 10 экспертов по любому заболеванию на всю страну будет достаточно.

В качестве довода приведу следующий пример. Буквально недавно к нам поступил пациент с гепатоцеллюлярным раком диаметром 15 см. Два года (!) больного наблюдали по месту жительства, поставив ему диагноз «гемангиома». А когда, наконец, поняли, что гемангиома как-то подозрительно растёт, направили человека в институт хирургии. То есть ни лечащий врач, ни рентгенолог в той больнице не знают различий между этими двумя заболеваниями. И это не в сельской глубинке, а в большом городе Центрального федерального округа.

Кстати, в этой связи хочу отметить, что необходимо внести изменения и дополнения в алгоритм обследования методами

лучевой диагностики. Наш опыт свидетельствует, и это подтверждается международными литературными данными, что если вы провели высокотехнологичное лучевое исследование, а операцию больному планируете выполнить через месяц или позже, то степень риска перехода онкозаболевания в другую стадию, прогрессии опухоли, особенно лимфогенного метастазирования, очень сильно возрастает, и к моменту оперативного вмешательства нынешний результат лучевой диагностики уже не будет достоверным.

Поэтому рекомендуется, чтобы между исследованием, на основании которого ставится окончательный диагноз, и операцией был интервал меньше месяца. Тогда будет хороший эффект, польза от диагностики. В противном случае томография – это искусство ради искусства. Да, лучевой диагност научится хорошо проводить само исследование, а пользы от этого больному никакой.

**– Недавно в Москве прошла конференция, посвящённая новым горизонтам лучевой диагностики в торакоабдоминальной патологии. Неужели предел развития данной области медицины ещё не достигнут?**

– Помню, в начале 2000-х годов известнейший российский хирург профессор Эдуард Гальперин предложил нам подумать и написать, какими видятся перспективы развития гепатобилиарнопанкреатологической хирургии на 10 лет вперёд. Но сделать это оказалось нереально, потому что нужно было строить фантазии на базе несуществующих знаний и технических возможностей.

То же самое с лучевой диагностикой: новые горизонты в этой области науки открываются с появлением новых технологий, а сами технологии – это важно! – должны создаваться с учётом потребностей, которые формирует и заявляет нам клиническая медицина. Наоборот быть не должно.

К примеру, все знают, что существует МСКТ-коронарография, многими рассматриваемая или оспариваемая в качестве альтернативы прямой коронарографии. Но, оказывается, для значительной части сердечно-сосудистых хирургов неожиданностью, что при сердечных аритмиях, когда надо выполнять абляцию очагов патологического гипервозбуждения, мы можем сделать МСКТ-исследование левого предсердия, построить изображение индивидуальной анатомии сердца, оценить пространственную геометрию камер сердца, понять, где могут находиться очаги аритмии, а затем – и это самое главное – после операции оценить ремоделирование сердца, то есть увидеть результаты оперативного лечения. Это пример нового применения старой технологии. Но данного события не произошло бы, если бы не потребовался аритмолог, которую они сформулировали лучевым диагностам. Выяснилось, что соединение двух медицинских технологий делает диагностику и предоперационную оценку состояния пациента проще, а результаты лечения – лучше.

**– Именно поэтому участниками конференции были не только лучевые диагносты, но также онкологи, абдоминальные, сердечно-сосудистые хирурги?**

– Да. Нужно одновременно просвещать и тех, и других. Лучевой диагност не будет развиваться, если его никто ни о чём не спрашивает, а хирурги и онкологи должны понимать, какие

вопросы ставить перед лучевым диагностом при обследовании каждого конкретного пациента. К примеру, кто-то из хирургов знает о диффузионно-взвешенных изображениях в нейрорентгенологии, а об исследовании патологии органов брюшной полости не знает или не догадывается, как это использовать. Между тем при заболеваниях органов брюшной полости, особенно печени, диффузионно-взвешенное изображение в комбинации с МРТ с контрастированием печёночно-специфическими средствами на данном этапе развития медицинских знаний и практики является «топовым» уровнем дифференциальной диагностики.

Развитие технологий лучевой диагностики играет огромную роль в прогрессе хирургии, в частности робот-ассистированной, не говоря об открытой. Как-то давно, лет 20 назад, когда мы только начинали делать трёхмерные реконструкции КТ-изображений, профессор Виктор Цвиркун, известный хирург, сказал мне: «Вы даже не понимаете, насколько революционные изменения происходят в хирургии благодаря современным возможностям рентгенологии. Вы сейчас показали мне вид опухоли сзади. Для вас это несколько минут работы, а чтобы я мог увидеть это на операции, мне придётся потратить 1,5 часа».

**– То есть как – 20 лет назад?.. Ведь 3D-моделирование в хирургии преподносится как инновация сегодняшних дней?**

– Мы стали заниматься трёхмерной реконструкцией в те годы, когда за рубежом эту возможность ещё не осознали. И действительно шагнули далеко вперёд.

Заблуждение, которому подвержены многие российские люди: за границей всё идеально. Это далеко не так, там тоже есть проблемы. Я всегда говорил и продолжаю говорить: у нас в стране отличная медицина, недостаток её лишь в том, что она слишком «растянута» по масштабам страны. Можно сравнить это с хорошей фотографией: если увеличить фотоснимок до размеров России на карте мира, он расплывётся на пиксели. А если этот же снимок наложить на карту Германии или Австрии, получится весьма приличное изображение. То же самое с медициной. И не будем забывать, что во всей Австрии живёт 9 млн человек, а в России это население одного только города Москвы.

Что касается собственно лучевой диагностики, у нас не просто не хуже, чем на Западе, а во многих аспектах лучше. Методология исследований применяется и там, и у нас одна и та же, оборудование одинаковое, контрастные препараты тоже, мы используем одни и те же протоколы сканирования. Разница лишь в том, что в западной системе ценностей рентгенолог – это уважаемый и весьма высокооплачиваемый врач, потому что он много учился и много знает, а в России лучевую диагностику называют «параклинической службой».

Обобщая, хочу сказать, что роль лучевой диагностики в современном лечебно-диагностическом процессе пока не оценена адекватно. Отношение к лучевой диагностике как дополнительной, вторичной системе знаний абсолютно неоправданно, потому что и терапевты, и хирурги получают базисную информацию о болезни пациента именно из заключений ультразвуковой диагностики, КТ и МРТ.

Беседу вела  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

## Исследования

# Долгожданные результаты

**Новые данные по снижению сердечно-сосудистого риска у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2), полученные в результате клинического исследования EMPA-REG OUTCOME, о месте эмпаглифлозина в повседневной клинической практике были представлены на научной конференции с международным участием в Вене, в которой приняли участие 110 специалистов из 16 стран.**

Всё больше и больше людей страдают СД-2, предполагается увеличение этой группы пациентов до 642 млн в 2040 г. У этих людей в 2-4 раза чаще развиваются сердечно-сосудистые заболевания, причём они являются основной причиной смертности у пациентов с СД, на их долю приходится 50% смертей. Сложность терапии таких пациентов заключается в необходимости междисциплинарного подхода для эффективного лечения таких больных.

Основными провоцирующими факторами развития СД-2 являются: неправильное питание, низкая физическая активность, увеличение доли пожилых людей в общей численности населения.

СД приводит к микрососудистым заболеваниям, ретинопатии, нефропатии, нейропатии, а также к поражению церебральных, коронарных и других крупных артерий. Значительные успехи были достигнуты, с тех пор как для лечения СД-1 был использован инсулин в 1920 г., совсем недавно начали использоваться несколько классов сахароснижающих препаратов для лечения СД-2 – это ингибиторы дипептидилпептидазы – 4 (ДПП-4); агонисты рецепторов глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), ингибиторы натрий-глюкозного котранспортёра 2-го типа (SGLT2). Появляются инновационные методы лечения таких пациентов. Например, результаты рандомизированного многоцентрового исследования EMPA-REG OUTCOME, в котором приняли участие 7 тыс. человек из 42 стран, показали, что риск смерти от сердечно-сосудистых осложнений для больных с СД-2 может быть значительно снижен.

На фоне лечения эмпаглифлозином 10-25 мг на 35% снижалась частота госпитализаций по причине сердечной недостаточности. Риск сердечно-сосудистой смерти снижался на 38%, риск смерти от всех причин – на 32%.

Хроническая болезнь почек (ХБП) представляет собой длительное прогрессирующее снижение функции почек, развивается примерно у 40% больных с СД-2. ХБП связана с более высоким риском смерти, особенно от сердечно-сосудистых причин у этих пациентов. Результаты исследования EMPA-REG OUTCOME продемонстрировали, что применение эмпаглифлозина привело к достоверному снижению на 39% развития нарушения функции почек и уменьшению частоты впервые выявленной микроальбуминурии.

Ингибиторы SGLT2 заняли видное место в терапии СД-2. В 2015 г. они были включены в алгоритмы AACE (The American Association of Clinical Endocrinologists). В феврале этого же года включены в Российские алгоритмы эмпаглифлозин внесён препаратом приоритетного выбора для лечения пациентов с СД-2 и подтверждёнными сердечно-сосудистыми заболеваниями, сердечной недостаточностью, ХБП 1-3а С.

Марина СЕРЕБРЯКОВА,  
врач-кардиолог.

Москва.

## У наших соседей

# Центральная Азия против инфекций

**Значимая для евроазиатского пространства встреча – Международная научно-практическая конференция «Актуальные инфекции Центральной Азии: менеджмент инфекционных болезней на этапе первичной медико-санитарной помощи» – состоялась в Астане (Казахстан).**

В течение 2 дней ведущие международные инфекционисты из Германии, США, Израиля, России, Украины, Узбекистана, Кыргызстана и Казахстана обсуждали вопросы лечения, диагностики и профилактики гриппа, ОРВИ, пневмонии и вирусных гепатитов, вакцинопрофилактики, сообщил Минздрав Казахстана. Отдельные тематические секции были посвящены ВИЧ-инфекциям, паразитарным, тропическим, зоонозным и особо опасным инфекциям.

Открывая конференцию, вице-министр здравоохранения Казахстана Лязат Актаева отметила, что благодаря вакцинации за последние 20 лет в стране отмечается снижение заболеваемости корью в 59 раз; краснухой – более чем в 1300 раз; эпидпаротитом – в 160 раз; вирусным гепатитом «В» среди населения – в 23,7 раза. Среди детей – в 52 раза. Поддерживается стабильно низкий уровень заболеваемости коклюшем,

фиксируются единичные случаи дифтерии, столбняка.

Л.Актаева подчеркнула, что на протяжении последних лет в республике поддерживается устойчивое санитарно-эпидемиологическое благополучие: не допущены крупные вспышки инфекционных заболеваний, завоз и распространение в стране холеры, брюшного тифа и паратифа, возникновение заболеваний дифтерией и столбняком. Вместе с тем она акцентировала внимание на том, что высокая иммиграция населения из стран Африки и Азии в Европу, США и в страны СНГ, а также развитие туризма, международных, экономических и торговых связей создают риски завоза любых инфекций, ранее не регистрируемых в стране.

Конференция – открытая площадка по обмену опытом ведущих международных инфекционистов из стран дальнего и ближнего зарубежья – поможет улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам, полагает вице-министр республики.

Среди модераторов симпозиума «Подходы к профилактике гриппа и ОРВИ у разных категорий населения: итоги и перспективы» в рамках конференции – главный детский инфекционист Минздрава России, директор Детского научно-клинического центра инфекционных болезней

ФМБА России, академик РАН Ю.Лобзин и учёный секретарь центра В.Волжанин. В научной программе симпозиума – доклады российских учёных «Влияние вакцинопрофилактики гриппа на показатели заболеваемости среди разных категорий населения. Опыт Российской Федерации» и «Опыт применения полимер-субъединичной вакцины против гриппа у детей здоровых и с соматической патологией» (Санкт-Петербург).

На симпозиуме конференции «Вакцинопрофилактика – результаты и перспективы» выступил руководитель лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии Научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова М.Костинов. Тема его доклада – «Российская практика вакцинопрофилактики гриппа у беременных. Трансплантационный поствакцинальный иммунитет к вирусу гриппа у новорождённых».

Международная конференция в Астане была организована Минздравом Казахстана, региональным общественным объединением «Общество врачей инфекционистов» (Казахстан) и международной общественной организацией «Евро-Азиатское общество по инфекционным болезням» (Россия).

Константин ШАРЬИН,  
МИА Cito!

**Шоколад по своему действию приближается к некоторым препаратам. То и дело появляются новости из серьёзных медицинских источников о пользе шоколада. Традиционно мы привыкли думать, что это лакомство нам только во вред. Но медики давно думают иначе.**

Вот самая последняя новость на эту тему: шоколад предотвращает развитие серьёзного заболевания сердца – мерцательной аритмии (МА). К такому выводу пришли датские учёные, проведя исследование 55 тыс. соотечественников в возрасте 50-64 лет. Датчан наблюдали 13,5 года, и за это время выяснилось, что МА у употребляющих одну порцию шоколада в неделю встречалась на 17% реже, чем у тех, кто ел его реже одного раза в месяц.

По мере увеличения принимаемой дозы шоколада аритмия встречалась ещё реже. Так, употреблявшие 2-6 порций в неделю имели МА на 20% реже. Но потом ситуация стала меняться: те, кто ел одну порцию шоколада в день или даже больше, имели МА на 16% реже, чем те, кто не любил шоколад. Но это было на 4% меньше, чем среди употребляющих оптимальные 2-6 порций в неделю.

Раньше было доказано, что это лакомство защищает сосуды и предотвращает болезни сердца. К примеру, британские учёные

**Ракурс**

## Вкусное лекарство

пришли к выводу, что потребление тёмного шоколада снижает риск заболеваний сердца и сосудов, и лечебная доза составляет 25-30 г шоколада в день.

Автором таких рекомендаций является профессор-кардиолог Роджер Кордер из Лондонского университета (Великобритания). Он серьёзно изучал защитное влияние на сосуды так называемых флавоноидов, содержащихся в тёмном шоколаде. И скорее всего, вот это защитное действие на сосуды и сказывается на снижении случаев МА.

Дело в том, что эта аритмия является типичным осложнением поражения сосудов, питающих кровью сердце, – это называют ишемической болезнью сердца (ИБС). Защищая сосуды сердца, шоколад предотвращает последующее развитие аритмий.

Плюс ко всему, ранее американскими учёными из Университета Джонса Хопкинса (США) было доказано, что тёмный шоколад препятствует образованию тромбов не хуже аспирина. Благодаря этому

он снижал количество инсультов и инфарктов, которые по большей части случаются из-за образования тромбов в сосудах мозга и сердца.

Учёные из Университета Тафтса (США) лечили гипертоников специально сделанными горькими столограммовыми плитками, в которых было много флавоноидов, и сравнивали таких пациентов с теми, кто принимал плитки белого шоколада. Несмотря на то что участников было немного – 10 женщин и 10 мужчин с гипертонией, – исследование медики построили очень интересно.

Они применили так называемый перекрёст. Сначала одна половина участников принимала ежедневно 100 г чёрного шоколада, а другая половина – столько же белого. А потом они как бы поменялись местами: те, кто ел чёрный шоколад, перешли на белый и наоборот.

Такой «перекрёст» позволяет исключить эффект плацебо и доказать истинное действие шоколада: если он работает, то у всех. Белый шоколад – идеальный объект для сравнения. В нём те же калории

и компоненты, что и в чёрном, за одним исключением – в нём нет флавоноидов. То есть все эффекты, которые будут обнаружены у чёрного шоколада, можно будет приписать именно этим веществам.

И чёрный шоколад сработал. Он снижал систолическое давление в среднем на 12 мм рт.ст., а диастолическое – на 9. Одновременно снижалось содержание вредного холестерина в крови, а инсулин работал более эффективно. Последнее очень важно для больных сахарным диабетом 2-го типа, который часто сопутствует атеросклерозу и гипертонии и резко ухудшает прогноз при этих болезнях.

Почти всю научную информацию о шоколаде можно переносить и на какао. Ведь основа обоих этих продуктов – какао-порошок. И до середины XIX века, пока не научились делать из шоколада твёрдые плитки, его потребляли только в виде напитка.

Недавно появилось исследование американских учёных, которые

более года экспериментировали со студентами-добровольцами. Им давали пить просто какао, смесь какао с кофеином, раствор кофеина и напиток, имитирующий какао внешне и по вкусу, но не имеющий флавоноидов и прочих полезных веществ, содержащихся в какао. А потом «подопытные кролики» выполняли тесты на сообразительность, эмоциональность и прочие показатели, демонстрирующие состояние мозга.

В итоге какао реально улучшало внимание и мышление при решении задач на сообразительность. Для студентов во время сдачи экзаменов это просто находка. Плюс какао ещё снимало чувство усталости и придавало сил. Одним словом, оно вело себя ничуть не хуже напитков с кофеином, но при этом не вызывало ощущения тревоги, типичного для кофеина и кофе. Важно, что, когда какао и кофеин смешивали вместе, полезные эффекты становились чуть сильнее, а тревога благодаря влиянию какао исчезала.

Сегодня уже можно утверждать, что 30 г хорошего чёрного шоколада в день пойдут вам только на пользу и не приведут к набору лишних килограммов. Нужно лишь уметь выбирать правильный шоколад.

Роман МАЛИНОВСКИЙ.

По сообщению Daily Mail.

### Осторожно!

**«Еда после шести» вредит не только фигуре, но и мозгу: если регулярно ужинать в неурочное время, это может плохо сказаться на памяти и способности к обучению.**

Даже тот, у кого никогда не было проблем с лишним весом, знает, что «нельзя есть после шести». Поздний ужин, особенно если он приобрёл характер привычки, чреват метаболическими расстройствами, которые могут привести к появлению избыточного веса и диабета 2-го типа. Год назад специалисты из Университета Вандербильта (США) высказали предположение, что тут всё дело в нарушении биологических часов: сбивый суточный ритм заставляет клетки поглощать питательные вещества в любое время, что приводит к накоплению жира, появлению невосприимчивости к инсулину и т.д.

Однако еда не ко времени вредит не только собственно метаболическим процессам, но и высшей

нервной деятельности. Кристофер Колвелл вместе с коллегами из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (США) решил проверить, как будет меняться поведение мышей, если кормить их не тогда, когда положено. Мыши активны по ночам, днём же они обычно спят, так что исследователи постарались выправить суточное расписание лабораторных мышей в соответствии с их природным графиком. Некоторых животных кормили тогда, когда они бодрствовали, других же кормили только днём, то есть в явно неурочное время. Мыши быстро понимали, когда ждть еду, и сами просыпались, чтобы поесть. Необходимо подчеркнуть, что, несмотря на изменившийся суточный распорядок, время на

сон у них не уменьшалось. То есть, хотя некоторые мыши ели не по правилам, потом они спали то же время, что и их собратья, жившие по правильному расписанию. Это значит, что если бы удалось найти какие-то аномалии в поведении, то причиной тому был бы вовсе не недостаток сна сам по себе.

Перед тем как сбить мышам распорядок дня, их помещали в клетку с какими-то двумя предметами, чтобы животные их обследовали и запомнили. После «перепрограммирования» они снова оказывались в клетке с двумя предметами, один из которых должен был быть им знаком (они видели его до начала эксперимента), а другой – нет. Обычные мыши, которых кормили в правильное время, мало уделили

внимания знакомому предмету, но усиленно изучали другой, незнакомый. Напротив, те, кого кормили в неурочное время, как будто забывали, что один из объектов они уже видели, и с одинаковым рвением изучали оба.

В другом варианте опыта животных пугали, после чего снова помещали в то окружение, где им пришлось испытать страх. Результаты были похожие: мыши с изменённым суточным графиком во второй раз испытывали меньший страх, забывая о том, что им пришлось тут перенести. Кроме того, оказалось, что еда в неурочное время ухудшает способность к обучению – те, кого кормили неправильно, тратили больше времени на то, чтобы запомнить что-либо, по сравнению

с мышами, жившими по нормальному графику.

Известно, что похожее ухудшение памяти происходит при синдроме смены часового пояса (джетлаге), причём в этом случае ухудшение наблюдали как у мышей, так и у человека. Здесь имеет место сбой биологических часов, что приводит к сходным последствиям. Однако стоит подчеркнуть, что в вышеописанной работе эксперименты ставили на мышках. Возможно, то же самое происходит и у людей, тем не менее полученные результаты всё равно придётся подтверждать в «человеческих» исследованиях.

Александра БЕРЧЕНКО.

По сообщению LiveScience.

### Выводы

**Эксперименты, проведённые учёными из Института регенеративной медицины Сидарс-Синай (США), показали, что постоянное употребление продуктов, содержащих консерванты, приводит к нарушению гормонального фона организма и провоцирует ожирение.**

## Законсервированная опасность

В ходе исследований впервые проводилась оценка влияния трёх самых часто используемых добавок на гормон-продуцирующие ткани, которые были выращены из человеческих стволовых клеток. До настоящего времени эксперименты такого рода проводились лишь на подопытных животных.

Учёные рассматривали бутилгидрокситолуол (Е321), добавляющийся в хлопья для завтрака, орешки, крекеры. Эта добавка помогает сохранить питательные вещества, а также не даёт продуктам как можно дольше прогоркнуть.

Во-вторых, экспертов интересовала перфтороктановая кислота (PFOA). Она образуется при нагревании тефлоновой посуды, а также имеется в составе внутреннего покрытия пакетов для попкорна.

Третьим исследуемым химическим веществом стало трибутило-

лово. Оно входит в состав красок, которыми обрабатывают суда, чтобы они не обрастали морскими и пресноводными организмами. Трибутилолово устойчиво к окружающей среде, попадая в воду, оно способно накапливаться в морепродуктах.

Доктор Дхрув Сарин рассказал, что результаты исследований показали способность вышеназванных химикатов повреждать гормоны, отвечающие за связь между головным мозгом и кишечником, из-за чего сигнал от пищеварительной системы не поступает в мозг вовремя. В результате человек долгое время не может ощутить чувство сытости и постоянно переедает.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.

По сообщению Daily Mail.

### Кстати

## Эликсир долголетия

**Как оказалось, у пенсионеров, которые регулярно выпивают умеренные дозы алкоголя, высоки шансы дожить до глубокой старости и сохранить ясность ума.**

Американские учёные выяснили, что регулярное употребление умеренных доз алкоголя может быть очень полезно для пожилых людей, так как помогает им защитить мозг от деменции, болезни Альцгеймера и других возрастных проблем, которые приводят к ухудшению памяти и мыслительных способностей.

Как показали исследования, у пожилых мужчин и женщин употребление алкоголя связано не только с уменьшением смертности в целом, но и с повышенной вероятностью избежать или отсрочить развитие возрастных изменений мозга.

Эксперимент проходил в течение 29 лет. Каждые 4 года проводились обследования респондентов, и выяснилось, что люди старше 85 лет, которые регулярно выпива-



ют умеренные дозы спиртного, вдвое чаще обладают хорошими когнитивными способностями, чем их непьющие ровесники. Но ещё более удивительно, что те, кто употреблял значительное количество спиртного, до трёх порций алкоголя в день, тоже оказались менее предрасположены к деменции,

чем те, кто совсем отказывается от алкоголя.

Но стоит отметить: грешившие избыточным употреблением алкоголя, хорошей памятью похвастаться могли нечасто.

Марк ВИНТЕР.

По сообщению MedicalXpress.

Юбилей

# Увековеченный в камне и сердцах

## Памяти классика внутренней медицины

В городской клинической больнице им. Д.Д.Плетнёва Департамента здравоохранения Москвы состоялась конференция, посвящённая 60-летию медучреждения, а также памяти выдающегося отечественного терапевта – профессора Дмитрия Плетнёва. Торжественным поздравлением коллектива открыла конференцию главный врач стационара Ирина Назарова.

«Удивительно быстро летит время, ещё совсем недавно мы праздновали 50-ю годовщину нашей клиники, и вот уже сегодня дан старт новому десятилетию. За истекший период она росла и динамично развивалась, и сейчас мы вместе можем порадоваться результатам совместной плодотворной работы».

### Немного истории

С речью, посвящённой историческому обзору становления столичной ГКБ им. Д.Д.Плетнёва, выступил председатель правления Российского респираторного общества, заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Александр Чучалин, который более полувека посвятил клинике и стоял у самых истоков её развития.

В 1957 г. на северо-восточной окраине Москвы были возведены первые 2 корпуса больницы № 57, ныне ГКБ им. Д.Д.Плетнёва. Там расположились хирургические, терапевтические, онкологическое, урологическое, неврологическое, эндокринное и радиологическое отделения. За больницей закрепили поликлинику, обслуживающую более 100 тыс. человек, благодаря чему было создано крупное стационарно-поликлиническое объединение. «Первым руководителем больницы стал прекрасный организатор здравоохранения заслуженный врач РСФСР Семён Вольфсон. Он заложил основы этой государственной отрасли на высшем уровне», – отметил А.Чучалин. К 1958 г. лечебное учреждение уже полностью функционировало. В 1963 г. 57-я больница стала базой нескольких кафедр нынешнего РНИМУ. Руководили ими крупные российские учёные. Кафедрой терапии заведовал академик П.Юренев, хирургии – профессор заслуженный деятель науки РСФСР А.Гуляев, рентгенологии и радиологии – профессор И.Переслегин, нервных болезней – академик Л.Бадалян.

В 1967 г. больницу возглавила Софья Евстигнеева, заслуженный врач РСФСР, фронтовик, ветеран Великой Отечественной войны. Она руководила клиникой в течение 36 лет, после чего стационар возглавила И.Назарова.

### По главным вехам

Следующая часть доклада академика А.Чучалина была посвящена личности Дмитрия Плетнёва – выдающегося клинициста-интерниста,



Д. Плетнёв

научного деятеля и публициста, чьё имя (по инициативе Александра Григорьевича. – Ю.Ш.) теперь носит клиника.

Д.Плетнёв (1871-1941) был человеком глубоко и исключительно образованным, владел несколькими иностранными языками, с отличием окончил гимназию и медицинский факультет Московского университета, куда студентом 3-го курса перевёлся из Харьковской академии. Его жизнь и карьера начались блестяще. В 1896 г., в 25 лет Плетнёв становится действительным членом московского терапевтического общества, затем ассистентом кафедры частной патологии и терапии. В 1906 г. он успешно защитил докторскую диссертацию на тему: «Экспериментальное исследование по вопросу о происхождении аритмий», исследование, впоследствии ставшее фундаментальным по проблемам нарушений сердечного ритма.

В 1907 г. приват-доцент Плетнёв был направлен за границу для приготовления к профессорскому званию. В 1911 г. избран профессором кафедры пропедевтической клиники Высших женских курсов в Москве. Дмитрий Дмитриевич чрезвычайно много работал и всю жизнь продолжал учиться. Трудился в клиниках Швейцарии, Франции, Германии, Чехословакии, а также в физиологических, патологоанатомических, бактериологических и других лабораториях. Его экспериментальные и клинические исследования печатались различными медицинскими журналами Германии, Швеции, Франции.

С 1917 по 1924 г. он руководил факультетской клиникой медицинского факультета Московского университета, а с 1924 г. – госпитальной. В 1920 г. основал журнал «Клиническая медицина», был членом редколлегии журнала «Врачебное дело», редактором «Архива клинической и экспериментальной медицины», членом редколлегии

журналов «Русская клиника», «Русско-немецкого медицинского журнала», «Терапевтического архива», «Журнала для усовершенствования врачей».

Д.Плетнёв участвовал в подготовке первого издания Большой медицинской энциклопедии в качестве редактора отделов «Бальнеология, внутренние болезни, курортология, радио-рентгенография, туберкулёз, физиотерапия, эндокринология». Был инициатором издания и членом редколлегии совместного «Русско-немецкого медицинского журнала» с 1921 г.

Плетнёв являлся одним из основателей Института по усовершенствованию врачей и руководил терапевтической клиникой института, а с 1932 г. занимал пост директора Института функциональной диагностики. В 1931 г. избран почётным членом объединённого общества терапевтов и педиатров Берлина, а в 1934 г. – почётным членом Мюнхенского терапевтического общества. Огромную ценность представляют его работы по кардиологии, физиологии и патологии кровообращения, диагностике и лечению инфаркта миокарда.

Наибольшую ценность представляют его работы «Болезни сердца», «Основы терапии», «Инфекционные болезни», «Сыпной тиф», «Клиническое руководство по рентгенологии», «Клиническая диагностика внутренних и нервных болезней», очерки «Из истории медицинских идей» и «Эволюция медицинских идей за последние 60 лет», монография «Русские терапевтические школы» и многие другие работы, посвящённые неврологическим состояниям, болезням пищеварения, цитовидной железы и системы крови.

### Побочный эффект таланта

– Таков краткий перечень достижений яркого учёного и блестящего клинициста Д.Плетнёва. Но почему сегодня многие врачи не знают его? Почему общество выкинуло фамилию Плетнёва? – обратился к аудитории академик А.Чучалин. – Дело в том, что талант и неординарность, успех и всеобщее признание Плетнёва многих попросту раздражали.

Отказавшись приспосабливаться, раболепствовать, Дмитрий Дмитриевич приобрёл себе опасных врагов. Так, ещё в 1929 г. происходит развязка длительного конфликта Плетнёва с А.Вышинским, ректором Первого Московского медицинского института (в настоящее время – Первый МГМУ им. И.М.Сеченова), будущим прокурором СССР. Тогда Плетнёва пытались провести через партийную чистку. Дмитрий Дмитриевич был заранее

предупреждён о дне проверки и о последствиях отказа участия в ней. Однако у профессора были запланированы лекции в Воронеже, он принял решение не менять свои планы и проигнорировать проверку. Конечно, Плетнёв был уверен в своём научном авторитете и, вероятно, недооценил последствия такого поступка, ведь приказ о проверке исходил от высшего руководства страны. И наказание последовало незамедлительно. Плетнёв был лишён должности заведующего и уволен из института.

Как бы то ни было, после этого удара Дмитрий Дмитриевич сумел, что называется, «встать на ноги». В середине 1930-х годов он возглавляет кафедру внутренних болезней Центрального института усовершенствования врачей, становится директором нового НИИ функциональной диагностики и терапии, получает звание заслуженный деятель науки РСФСР. Плетнёв – председатель Московского городского терапевтического общества, член ряда учёных советов, почётный член Объединённого общества терапевтов и педиатров Берлина, почётный член Мюнхенского терапевтического общества.

Однако ирония над «передовой красной профессурой», саботирование «прогрессивных починов» были расценены как идеологическая диверсия. В 1936 г. Плетнёв пишет статью «Памяти Павлова», в которой высказывается о том, что академик Павлов презирал приспособленцев и лицемеров. Это вызвало очередную волну возмущения медицинской номенклатуры. Несмотря на огромный авторитет Плетнёва, его диссидентство стало высылать опасным, в связи с чем был разыгран страшный спектакль в «лучших» традициях сталинского времени.

### Невинная жертва преступной системы

В печально известном в отечественной истории 1937 г. в газете «Правда» появляется немислосодержащая статья «Профессор-садики», повествующая о зверском насилии профессора Плетнёва над своей пациенткой. «Грязь» полилась со страниц газет, писем, от бывших коллег и учеников Плетнёва, которые наперебой оскорбляли и обвиняли учёного с мировым именем, называя его насильником, садистом, врагом народа, негодяем и бандитом в маске учёного. Появилось и сообщение о начале расследования по приведённым в статье фактам, исходившее от возмущённой общественности и... прокурора СССР Вышинского. Плетнёв пытался писать членам

высшего партийного руководства, которых он лечил, жёнам высокопоставленных лиц, чьих детей спасал от смерти. Но никто не откликнулся на его письма. А режиссёры этой чудовищной авантюры наблюдали за безнадежными стараниями пожилого профессора. На этот раз он был лишён всех званий, изгнан с кафедры терапии, Центральный институт усовершенствования врачей был ликвидирован, как и Институт функциональной диагностики и терапии.

17-18 июля 1937 г. состоялось заседание суда по делу Плетнёва, но приговор оказался неожиданным – 2 года условно. Эта интрига, устроенная незримым постановщиком, подошла к своей развязке в марте будущего года, когда Д.Плетнёв вновь предстал перед судом уже в составе банды «врачей-убийц». Профессора Плетнёва, лечившего высшее руководство страны, в том числе В.Ленина, Н.Крупскую, академика И.Павлова, а также крупного учёного, директора Государственного НИИ обмена веществ и эндокринных расстройств И.Казакова, обвинили в умышленном предательстве ОГПУ В.Менжинского, председателя ВСНХ В.Куйбышева, писателя Л.Горького, а также его сына М.Пешкова по приказу Генриха Ягоды.

Невзирая на то, что у широкой общественности обстоятельства смерти этих личностей подозрений не вызвали, жернова НКВД уже начали вращаться, реализуя сценарий избавления от «неугодных». Итогом допросов, пыток, шантажа и унижительных издевательств стало самообвинение профессора Плетнёва. Он был заключён в Орловский централ, откуда продолжил писать Л.Берии, В.Молотову, К.Ворошилову, объясняя, что это «признание» было получено под пытками, которые привели его к параличу половины тела. Однако эти последние попытки тоже были тщетны, и спустя 3 года Плетнёв, вероятнее всего, был расстрелян по списку НКВД при вступлении в город вооружённых сил нацистской Германии вместе со всеми заключёнными Орловского централа в сентябре 1941 г.

\* \* \*

Реабилитирован Дмитрий Дмитриевич был только спустя 47 лет. В апреле 1988 г. Верховный суд СССР прекратил уголовное дело Д.Плетнёва и полностью реабилитировал выдающегося врача.

Юлия ШЕВЧУК,  
корр. «МГ».

Память

# Имени Доктора Лизы

Дом-интернат для престарелых и инвалидов «Пансионат им. Е.П.Глинки» открыт в городе Вязники

Присвоить имя Доктора Лизы учреждению предложила, как сообщили в православной службе помощи «Милосердие», губернатор Владимирской области Светлана Орлова.

«Мы помогаем тем, кому не помогает никто», – напомнила слова Елизаветы Глинки президент международной общественной благотворительной организации «Справедливая помощь доктора Лизы», которому в эти дни исполнилось 10 лет, Ксения Соколова. В церемонии

открытия пансионата им. Е.П.Глинки приняли участие вице-спикер Совета Федерации Галина Карелова и глава региона С.Орлова.

Под жилой корпус для постояльцев переоборудовано здание бывшей коррекционной школы. На его ремонт и оснащение было направлено 271,8 млн в том числе 76,2 млн – средства Пенсионного фонда РФ. В реконструированном виде здание соответствует всем современным требованиям и стандартам, в нём оборудованы современные кабинеты для оказания

медицинской помощи, социальной и медицинской реабилитации, библиотека, мастерские, помещения для терапии, досуга и отдыха, спортзал, моленная комната, функциональная столовая и пищеблок, оснащённый современным оборудованием. В помещениях есть пандусы, в комнатах – новая мебель и кровати с ортопедическими матрасами. Интернат рассчитан на 80 человек.

Константин БЕЗНЕГ,  
МИА Сити!



Церемония открытия

