

Работают мастера

Онкохирурги шагнули далеко вперёд

Трёхлетнему ребёнку сделана ювелирная операция



Опухоль челюсти диаметром почти 10 см удалили ребёнку онкологи Ростовского научно-исследовательского онкологического института (РНИОИ) Минздрава России. Доброкачественное новообразование у маленького пациента из Ростовской области находилось в нижней челюсти. Мальчик с трудом мог принимать пищу и говорить. Детские онкологи приняли решение удалить опухоль вместе с частью челюсти и установить протез.

– По заказу института в российской компании по производству медицинских конструкций был изготовлен индивидуальный протез из титановых сплавов. Производители создали его, используя компьютерную томограмму пациента. Также была создана модель нижней части черепа ребёнка для того, чтобы хирурги эффективно спланировали операцию. Для пациента как лечение, так и изготовление протеза было бесплатным. Конструкция стоимостью 55 тыс. руб. оплачена за счёт средств

Хирургам ростовского онкоинститута некогда расслабиться

ОМС, – отметил генеральный директор РНИОИ Минздрава России член-корреспондент РАН Олег Кит. Операцию проводили совместно хирурги отделения детской онкологии и отделения опухолей головы и шеи. Сначала онкологи удалили опухоль, следующим этапом был установлен протез. Операция длилась почти 5 часов.

– Гистологический анализ показал, что опухоль начала перерождаться в злокачественную. Чтобы избежать рецидива, ребёнку необходимо провести лучевое лечение, – сообщил и.о. заведующего отделением детской онкологии РНИОИ кандидат медицинских наук Сергей Кузнецов. – Прогноз благоприятный, мальчик быстро восстанавливается после операции. Протез прослужит ему несколько лет, а в подростковом возрасте будет установлен постоянный протез из тканей его собственных костей.

Подобные операции на юге России выполняются только в РНИОИ.

Взрослым их регулярно делают в отделении опухолей головы и шеи института.

В последнее время детская онкохирургия в РНИОИ шагнула вперёд. Сложнейшие операции детские онкологи проводят совместно со специалистами профильных отделений. Регулярно вместе с ними оперируют хирурги абдоминального отделения, онкоурологи, нейрохирурги, онкоортопеды, лор-онкологи. Использование передовых методик и электрохирургических инструментов позволяет проводить малотравматичные, органосохраняющие операции довольно быстро и практически бескровно.

Маленький пациент хорошо перенёс хирургическое вмешательство и выписан домой. После восстановления он вернётся в институт на лучевое лечение.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Юлия МИХАЙЛОВА,
первый заместитель директора
ЦНИИ организации и информатизации
здравоохранения Минздрава России:

Российские эксперты эффективно влияют на политику в области здоровья и социального благополучия в партнёрстве «Северное измерение».

Стр. 6

Александр ЧУХРАЁВ,
генеральный директор МНТК
«Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова,
доктор медицинских наук, профессор:

Наши технологии позволяют до 80% больных оперировать с однократной госпитализацией или вообще без госпитализации.

Стр.11



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

Наш центр стал гаванью, куда страна направляет женщин, у которых рак сочетается с беременностью.

Стр. 12

Перемены

Приморье ориентируется на новые технологии

Новые фельдшерско-акушерские пункты и амбулаторию построят в Приморском крае в нынешнем году. Об этом стало известно на очередном заседании краевой администрации, которое провёл губернатор Владимир Миклушевский. Директор Департамента здравоохранения Андрей Кузьмин доложил об основных итогах работы ведомства.

– В прошлом году мы на 11,5% увеличили количество пациентов, которым оказана высокотехнологичная медицинская помощь, – сказал глава ведомства. – В этом году планируем активизировать работу в данном направлении. В то же время в 2017 г. в Приморье будет построено ещё 6 фельдшерско-акушерских пунктов и одна амбулатория в отдалённых регионах. Это позволит повысить доступность оказания первичной медицинской помощи. Кроме того, во всех ФАПах Приморья планируют начать оказывать новый вид медицинской помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях – тромболитическую терапию.

Глава регионального Департамента здравоохранения обратил внимание, что в некоторых территориях люди, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, уже сегодня могут получить квалифицированную медицинскую помощь. Так, в нескольких ФАПах Приморья есть возможность проведения теле-ЭКГ.

– При выявлении отклонений норм работы сердца до приезда скорой помощи и транспортировки пациента в первичные сосудистые отделения фельдшер может самостоятельно оказать медицинскую помощь. Например, сделать непрямой массаж сердца или использовать портативное оборудование для вентиляции лёгких, чтобы нормализовать дыхание, – отметил он.

По поручению губернатора Приморья В.Миклушевского для поэтапного внедрения телемедицины в этом году аппаратами теле-ЭКГ планируется оснастить все 120 бригад скорой медицинской помощи терапевтического профиля, а также все фельдшерско-акушерские пункты края – это 354 ФАПа в 34 муниципалитетах. Данные с аппаратов будут передаваться в консультационно-диагностические центры интерпретации ЭКГ, где врач уже поставит точный диагноз, назначит оперативное лечение и обеспечит правильную маршрутизацию.

Это позволит повысить качество и эффективность диагностики, оказывать людям квалифицированную и своевременную медицинскую помощь до госпитализации и в конечном итоге снизить смертность от острых сердечно-сосудистых заболеваний.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Профилактика

Выявили вовремя

Кемеровские онкологи подвели итоги акции «Дни ранней диагностики меланомы».

В этом году учреждение проводило её впервые. Специалисты ставили целью повысить онконастороженность населения. Ведь даже злокачественные виды рака кожи, к которым относится меланома, могут лечиться успешно, если выявить их на ранней стадии.

В рамках акции в течение 3 дней к ним обратился 101 человек. Меланоформные невусы (предмеланомное состояние, требующее тщательного наблюдения, а в ряде случаев оперативного лечения) были выявлены у 27 человек. У двоих пациентов диагностирован рак кожи. У 72 – доброкачественные новообразования кожи, не представляющие угрозы.

Акция продлилась до конца июня, но уже в формате дистанционной диагностики. Всем, у кого есть беспокоящие их родинки: растущие в размерах, кровоточащие и пр., предложили сфотографировать эти новообразования и отправить снимок на электронную почту диспансера. По итогам заочной консультации все обратившиеся получат письма от онкологов с указанием дальнейших действий либо приглашением на очный приём.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Новости

Оздоровление детей —
под контролем медиков

В рамках первой оздоровительной смены в стране начали свою работу 38,9 тыс. учреждений, в которые заехали более 2,7 млн детей.

При этом 39 учреждений открылись позже намеченного срока. Как сообщили в Роспотребнадзоре, основными причинами этого стали несвоевременная подготовка лагерей к приёму детей, отсутствие у персонала медицинских книжек, подтверждающих прохождение необходимого медицинского обследования, неудовлетворительная противоклещевая обработка территории и погодные условия.

В рамках федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора специалистами ведомства проведено 8,5 тыс. плановых и внеплановых проверок соблюдения требований к условиям отдыха и оздоровления детей. В ходе контрольно-надзорных мероприятий 2017 г. установлены факты организованного отдыха 340 детей в 5 несанкционированных оздоровительных учреждениях, не входящих в региональные реестры и начавших работу без уведомления органов Роспотребнадзора в Тульской, Кемеровской областях, Чувашской Республике и 2 – в Республике Крым. Деятельность всех оздоровительных организаций, начавших работу без уведомления этих органов, приостановлена.

Кроме того, в ходе контрольно-надзорных мероприятий было выявлено 8,6 тыс. нарушений санитарно-эпидемиологических требований, касавшихся организации питания, размещения детей, материально-технического оборудования оздоровительных учреждений и нарушений при контроле за организацией водоснабжения. Специалисты Роспотребнадзора контролируют устранение нарушений и ситуацию в целом.

В течение всего сезона в управлениях Роспотребнадзора по субъектам РФ работает горячая линия по вопросам детского отдыха и оздоровления. Информация о номерах телефонов размещена на сайтах управлений.

В летнюю оздоровительную кампанию 2017 г., по данным территориальных органов Роспотребнадзора, запланирован отдых более 5 млн детей в более чем 44 тыс. организаций отдыха и оздоровления.

Иван ВЕТЛУГИН.

Москва.

Новый ФАП преобразил
хутор Закутский

На хуторе Закутском Среднеахтубинского района Волгоградской области стал работать новый ФАП, куда жители хутора идут с удовольствием – кто за советом, а кто за лечением. И всех доброжелательно встречает заведующая ФАПом Марина Толстоноженко.

– Новое помещение ФАПа, в отличие от старого, стало просторнее, светлее и теплее, – говорит она. – Для его отопления даже предусмотрен резервный источник теплоснабжения. В ФАПе есть отдельный кабинет для будущих мам и детишек, прививочный кабинет.

ФАП построен в рамках Федеральной программы «Устойчивое развитие сельских территорий». Затрачено на него около 6,3 млн руб., и более 1,5 млн пошло на приобретение медицинского оборудования.

Конечно, для жителей хутора новый ФАП был долгожданным. Теперь нет особой необходимости ехать за многие километры в ЦРБ, а можно пройти диспансеризацию и вакцинацию у себя дома.

В областном комитете здравоохранения сообщили, что в 2017 г. в рамках вышеназванной федеральной программы предусмотрено строительство ещё четырёх ФАПов в сельских поселениях Лемешкино и Ильмень в Руднянском районе, Равнинный в Котельниковском районе, Новосельский в Новоаннинском районе. И это будет способствовать повышению доступности медицинской помощи для сельского населения.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоградская область.

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

События

Среднее
звено крепнет

Укомплектованность больниц Ульяновской области средним медицинским персоналом выше, чем в целом по России и Приволжскому федеральному округу. Это упомянули на мероприятии в честь Международного дня медицинской сестры. Губернатор Сергей Морозов в ходе торжества по этому поводу вручил лучшим медсёстрам почётные грамоты и благодарственные письма.

– Особую благодарность я адресую тем, кто встречает этот праздник на своём нелёгком и очень ответственном трудовом посту – в больницах и бригадах скорой помощи, роддомах и фельдшерско-акушерских пунктах. Вместе со своими коллегами вы готовы в любое время – днём и ночью – оказать своим землякам квалифицированную медицинскую помощь. Встать на защиту их здоровья, а зачастую – и на защиту их жизни, – заявил глава региона. – Чтобы утолить кадровый голод в фельдшерско-акушерских пунктах, в начале 2017 г. мы приступили к реализации региональной программы «Земская медицинская сестра», которая станет ещё одним хорошим подспорьем для развития медицины на селе.

В области внедрён стандарт поддержки среднего медицинского персонала. Молодым специалистам, принятым на работу, предоставляется единовременная выплата в раз-



Сергей Морозов поздравляет медицинскую сестру процедурного кабинета Ульяновского областного клинического центра специализированных видов медицинской помощи им. Е.М.Чучкалова Надежду Дедеву

мере 10 тыс. руб. и ежемесячная – в размере тысячи рублей.

Кроме того, сотрудники, проживающие в сельской местности и рабочих посёлках, дополнительно получают денежную компенсацию расходов на коммунальные услуги, единовременное пособие. Работники областных бюджетных учреждений могут также получить компенсацию половины стоимости первоначального взноса при получении ипотечного займа на приобретение жилья.

– За I квартал 2017 г. более чем 3 тыс. медработников среднего звена оказана соцподдержка, в

том числе в сфере оплаты услуг ЖКХ. Возможностями «Губернаторской ипотеки» за прошлый год воспользовались 93 средних медицинских работника. На реализацию программ «Земский фельдшер» и «Земская медсестра» в 2017 г. по распоряжению главы региона из областного бюджета выделено 13 млн руб., – сообщил министр здравоохранения, семьи и социального благополучия области Павел Дегтярь.

Виктория ГУРСКАЯ,
внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Конкурсы

Выбрали лучшие клиники

В Челябинске подвели итоги конкурса «Клиника года». Цель проекта – сделать сферу медицины более открытой и понятной для южноуральцев и показать, какие клиники пользуются доверием пациентов.

Победителей выбрали путём интернет-голосования в 25 номинациях, среди которых – «Лучшая многопрофильная клиника», «Клиника семейного здоровья», «Клиника с лучшим сервисом» и др.

В четырёх номинациях, по мнению интернет-сообщества, победили государственные учреждения. Это областная клиническая больница № 3 (номинация «Лучший роддом»), Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (номинация «Услуги в области

лечения сердечно-сосудистых заболеваний»), Челябинская городская клиническая больница № 9 в номинации «Лучший травмпункт» и Челябинская городская клиническая больница № 1 («Услуги в области лечения аллергии»).

Кроме того, ещё в трёх номинациях выбор сделали эксперты. По мнению жюри, лучшей детской больницей стала Челябинская областная детская клиническая больница. Лучшим центром реабилитации для взрослых признана областная клиническая больница № 3, для детей – Центр восстановительной медицины и реабилитации «Вдохновение».

Вручавший премии начальник отдела организации первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи и меди-

цинской эвакуации Министерства здравоохранения Челябинской области Александр Шамин отметил:

– Приятно, что государственные медицинские учреждения получают признание пациентов. «Клиника года» – это масштабное мероприятие, собирающее большое количество участников из числа как медицинских организаций, так и жителей региона. И тем важнее полученные награды. Оценка общества необходима для нашей работы. Это свидетельство того, что медицина в регионе становится по-настоящему пациентоориентированной».

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Вехи

По оценке Министерства здравоохранения области, центр занимает передовые позиции в отрасли. Омичи постоянно участвуют во всероссийских конкурсах на звание «Лучший территориальный центр медицины катастроф», который проводится с 2004 г.

Разумеется, хорошие показатели в работе даются не на пустом месте. Одним из слагаемых успеха стала поддержка центра со стороны правительства области. Два года назад по решению губернатора Виктора Назарова центру медицины катастроф было предоставлено новое помещение на одной площадке с главным диспетчерским пунктом областной станции скорой медицинской помощи. На

Они первыми приходят на помощь
Омский центр медицины катастроф отметил 25-летний юбилей

реконструкцию пустующего здания и приданию ему современного вида как снаружи, так и внутри из региональной казны был выделен 21 млн руб. Ещё через год здесь был открыт современный симуляционный центр. Учебные аудитории в нём оснащены мультимедийным оборудованием, а для отработки практических навыков используются современные манекены. Во время обучения практикским навыкам оказания первой медицинской помощи

специалисты особое внимание уделяют психологической подготовке. Эта работа проводится не только с медиками, спасателями и представителями служб повышенного риска, но и с волонтерами, студентами, школьниками.

Сотрудники омского центра медицины катастроф организуют и оказывают медицинскую помощь пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях, которые случаются на самой загруженной федеральной авто-

магистрали «Тюмень-Омск», где специально оборудован трассовый медицинский пункт. Отдел трассовой медицинской службы оснащён современным медицинским оборудованием и реанимобильями.

И даже свой юбилей коллектив центра отметил с пользой: состоялись совместные учения аварийно-спасательных формирований. По легенде медикам-спасателям пришлось в спешном порядке ликвидировать последствия дорож-

но-транспортного происшествия, в котором столкнулись троллейбус, микроавтобус и легковой автомобиль. Как всегда, специалисты центра продемонстрировали оперативность, профессионализм, чёткие и грамотные действия. А приятной нотой в праздновании юбилея службы стал концерт и награждение лучших сотрудников.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Официально

Экспертный совет намечает перспективы

Алтайский край – в числе регионов-лидеров по развитию здравоохранения. Это было отмечено специалистами в рамках первого заседания экспертного совета Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, посвящённого вопросам совершенствования организации здравоохранения. На нём обсуждались проблемы доступности первичной медико-санитарной помощи населению Российской Федерации, а также перспективы её развития.

В работе совещания приняли участие представители Минздрава России, Государственной Думы РФ, руководители министерств здравоохранения регионов страны. Участники совета рассмотрели опыт организации первичной медико-санитарной помощи населению на примере трёх регионов: индустриально развитой Свердловской области, аграрного Алтайского края и индустриально-аграрной территории Белгородской области.

По информации заместителя директора Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России Эльмиры Вергазовой, в 2016 г. в стране наметились тенденции к снижению смертности; также есть ожидание роста продолжительности жизни населения.

– В РФ заканчивается формирование трёхуровневой системы здравоохранения. Первичное здравоохранение – самое востребованное звено современной медицины. Наиболее часто встречающиеся вопросы, которые в данном случае

ставит Минздрав с точки зрения доступности первичной помощи, – это вопросы территориального планирования. Предполагается формирование медицинских и немедицинских структур, а для малонаселённых территорий – организация домохозяйств и консультативных центров, – рассказала она.

Следующим шагом ведомства здравоохранения было создание геоинформационной системы, которая позволяет в полной мере оценивать доступность первичной помощи, в том числе медико-санитарной. Основной работой по оказанию помощи в малонаселённых территориях должна стать выездная работа.

В целом, по словам Э.Вергазовой, в стране должна сформироваться пациенториентированная медико-санитарная помощь, для чего регионами были разработаны планы мероприятий в этом направлении, реализацию которых контролирует Минздрав.

– Самое главное, что происходит в XXI веке, – развитие информационных технологий. Сейчас наступил тот момент, когда мы должны создать единую информационную базу, – подчеркнул руководитель экспертного совета Валерий Елыкомов. – А все остальные условия – высокотехнологичная помощь, техническое оснащение, телемедицина должны быть лишь инструментами помощи пациенту. Принципиальная задача экспертного совета – найти наилучшие варианты для урегулирования различных ситуаций.

В ходе обсуждения эксперты согласились с тем, что для успеш-

ного развития информационных технологий в медицине необходимо предать юридическую значимость электронным медицинским документам, которые по своему статусу должны быть аутентичны бумажным. Кроме того, на данный момент из-за различий в системах учёта регионов невозможно сформировать единое общероссийское информационное пространство. Возникает и вопрос степени защиты персональной информации пациента, и ответственности за этот процесс.

Что касается развития телемедицины, то здесь важны юридические нормативы, регулирующие, в каких случаях и при каких условиях необходимо дистанционное консультирование.

В целом на экспертном совете было отмечено, что Алтайский край по развитию технологий и медицины находится на высоком месте в Российской Федерации. Это подчеркнули и представители Минздрава России, и руководители федеральных центров.

– Министр здравоохранения региона Ирина Долгова и ректор Алтайского государственного медицинского университета Игорь Салдан представили содержательные доклады, основанные на практическом опыте и достигнутых результатах. В целом они показали, что вложения в социальную сферу, которые были сделаны по инициативе губернатора Александра Карлина, привели к заметным результатам, – резюмировал В.Елыкомов.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Деловые встречи

Снизил вес — и жизнь полегчала...

В Эндокринологическом научном центре (ЭНЦ) Минздрава России состоялся мастер-класс для эндокринологов, приехавших из различных регионов страны в столицу.

Он прошёл в рамках программы контроля массы тела у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа (СД2) «Жизнь легка».

На мероприятии выступили организаторы и кураторы проекта, прошла демонстрация информационных материалов. Большой интерес вызвали интерактивные практикумы.

Программа контроля массы тела, адаптированная для России, реализуется в течение двух лет в ЭНЦ и клинике Казанского государственного медицинского университета. Она обеспечивает мультидисциплинарный подход к изменению образа жизни пациентов с участием врачей разных специальностей (эндокринологов, диетологов, психологов и специалистов по лечебной физкультуре).

Эта программа, по мнению специалистов, кардинально меняет

подход к ведению пациентов с СД2. В её основе лежат мировые клинические исследования и новейшие достижения в области питания и управления весом, разработанные специально для пациентов с СД2. Сюда входят 5 компонентов: плановая модификация диеты; сбалансированная индивидуально подобранная программа физических упражнений; когнитивно-поведенческая терапия; интенсивная динамическая медицинская поддержка; групповое обучение.

– Программа должна стать эффективным инструментом в работе коллег из регионов. Помимо терапевтического эффекта, изменение образа жизни пациентов с СД2 может приводить к снижению частоты госпитализаций и обращений за медицинской помощью, – отметила заместитель директора ЭНЦ по научной работе, директор Института диабета, член-корреспондент РАН Марина Шестакова.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Сити!

Угроза

Отдыхая за рубежом, берегись



Изучив и проанализировав эпидемиологическую ситуацию по опасным инфекционным болезням в мире, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека рекомендовала россиянам учитывать её ухудшение при планировании зарубежных поездок.

С начала нынешнего года зарегистрировано свыше 55 тыс. случаев холеры в 26 странах мира. Наибольшее количество – в Сомали, где пострадали свыше 30 тыс. человек, в Республике Конго – 8,7 тыс., в Южном Судане – 2,8 тыс., на Гаити – более 5 тыс. человек.

Отмечается ухудшение по холере в Йемене, где за медицинской помощью с симптомами этого заболевания, по данным Всемирной организации здравоохранения, обратилось более 11 тыс. человек, из них 180 случаев закончились летальным исходом.

Вспышка холеры продолжается в Йемене с 2014 г., с момента начала вооружённого конфликта в стране, в результате которого ухудшились социально-экономические условия проживания населения. В последнее время наблюдаются аварийная

работа электростанций и проблемы в подаче электроэнергии, которые способствовали нарушению водоснабжения, нехватке качественной воды, а также невозможности соблюдения гигиенических мер жителями сельской местности.

В период с 22 апреля по 15 мая текущего года в провинции Нижнее Уэле в северной части Демократической Республики Конго зарегистрировано 19 случаев с подозрением на лихорадку Эбола, из которых 3 завершились летальным исходом. Лабораторно подтверждены 2 случая заболевания. Под медицинским наблюдением находятся 125 человек.

С середины декабря 2016 г. на начало мая 2017 г. зарегистрировано 164 случая лихорадки Ласса в 16 штатах Нигерии, из которых 149 случаев подтверждены лабораторно.

Национальные органы здравоохранения указанных стран принимают меры по локализации очагов. А Роспотребнадзор усилил санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

Анатолий УХОЖАНСКИЙ.

МИА Сити!

Решения

Гарантии исполняются

Московская городская дума одобрила закон об исполнении бюджета столичного фонда обязательного медицинского страхования в минувшем году. Соответствующее решение было принято на заседании столичного парламента.

– Данный законопроект был рассмотрен на заседании профильной комиссии, намеченная программа выполнена. Сегодня программа территориальных гарантий по оказанию медпомощи в городе полностью исполняется. Медицинские услуги в городской системе здравоохранения развиваются на федеральном уровне,

поэтому россияне из разных регионов страны приезжают в Москву за необходимой медицинской помощью», – заявила глава комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова.

Как отметил, в свою очередь, директор Московского городского фонда обязательного медицинского страхования Владимир Зеленский, комментируя основные характеристики исполнения бюджета Московского фонда ОМС, в прошлом году доходы составили 192 млрд 381 млн руб., расходы – 186 млрд 291 млн руб. Основным источником доходов фонда стала субвенция из бюджета

федерального фонда ОМС – 154,5 млрд руб.

– Разница между доходами и расходами Московского фонда в ушедшем году составила почти 6 млрд руб., это не имеет отношения к профициту фонда как такового, а означает, что у нас были остатки субвенций Федерального фонда ОМС, – сказал В.Зеленский, подчеркнув, что остатки субвенций были по состоянию на 1 января нынешнего года возвращены в бюджет Федерального фонда ОМС и в январе получены Московским фондом ОМС обратно для завершения расчётов.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Праздники

В добрый путь!

В нынешнем году из стен Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова вышли 979 молодых специалистов, которые своим призванием выбрали медицину. По этому поводу в развлекательном комплексе состоялся выпускной бал. Торжество в стиле церемонии вручения премии «Оскар» позволило каждому выпускнику почувствовать себя будущей звездой отечественной медицины и науки. Гостей ждало множество сюрпризов – памятные пожелания-напутствия, видеопоздравления от преподавателей и, конечно же, вкусный многоярусный торт.

Со вступлением на профессиональный путь ребят поздравил ректор университета академик РАН Сергей Лукьянов. От имени Министерства здравоохранения и персонально министра Вероники Скворцовой выпускников и преподавателей приветствовали первый

заместитель министра здравоохранения Игорь Каграманян и директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Татьяна Семёнова, а от имени Департамента

здравоохранения Москвы – заместитель руководителя Алексей Погонин. С проникновенной речью выступил генеральный директор Национального научно-практического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва академик РАН Александр Румянцев.

Самым волнующим моментом церемонии стало принятие Клятвы российского врача, которую прочитал выпускник педиатрического факультета Кирилл Ермаков. В завершение торжественной части прозвучал гимн РНИМУ им. Н.И.Пирогова в исполнении солиста ансамбля «Добрые сказочники» Александра Полякова.

Ирина ОБУХОВА,
сотрудник
РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Объединить в единый федеральный законодательный акт международные и отечественные правовые нормы о здоровье детей и его охране должен закон «Об обеспечении здоровья детей», проект которого внесён в Государственную Думу РФ.

Необходимый вектор в социальной политике страны

Сейчас в России нет единой концепции по охране здоровья детей, считает разработчик законопроекта первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Федот Тумусов (фракция «Справедливая Россия»). «Что-то в одном законе, что-то в другом, и главная мысль ускользает, — пишет депутат. — А она в том, что в соответствии с международными договорами здоровье ребёнка нужно не только охранять: нужно способствовать его максимальному улучшению. Разница, согласитесь, есть. Это как минимум означает, что необходимо выявить факторы, которые влияют на здоровье детей: от экологии до ЕГЭ. Разделить их на вредные и полезные и дальше уже делать выводы. Только такой системный подход обеспечит России будущие здоровые поколения».

Доктор экономических наук Ф.Тумусов полагает, что подготовленный им законопроект задаст необходимый вектор в социальной политике страны, начиная со споров о запрете аборт, практики обеспечения лекарствами несовершеннолетних. «Законопроект отвечает на важный вопрос: кого мы считаем ребёнком? Я предлагаю определение, которое сможет снять все вопросы об абортах. С того момента, как плод может существовать независимо от матери, он человек. И ребёнком этот человек со всеми вытекающими гарантиями в медицинской сфере будет до 18 лет», — отметил депутат.

По его мнению, забота о здоровье детей — ключевой показатель не только уровня медицины страны, но и её культурного, социально-экономического развития. Отсутствие единого закона, разбросанность соответствующих норм во множестве законодательных актов не создаёт единую непротиворечивую систему, которая заботится о здоровье детей, не создаёт ясной политики государства в этой сфере, делает её фрагментарной,

Перспективы

Ключ к нашему будущему

Дети должны получать всё лучшее, что есть в государстве



Особое внимание — подрастающему поколению

а потому не в полной мере эффективной.

«Между тем дети должны получать всё лучшее, что есть в государстве. Именно дети, не обладая автономией воли во многих вопросах, не обладая необходимой информацией, знаниями, опытом, нуждаются в особой защите государства, чтобы во многом государство помогало им и их родителям принимать решения, и быть здоровыми», — заявил Ф.Тумусов.

Привести к единому знаменателю

По его словам, работа по сведению в единый закон международных и российских правовых норм, посвящённых здоровью детей, его охране, потребовала некоторых новых для России подходов и решений.

Так, практически все системы здравоохранения в мире охраняют здоровье граждан, стараясь не допустить влияния на него вредных факторов или устраняя болезни, добиваясь на этом пути немалых успехов.

Однако в ст. 12 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах, который является частью правовой системы России, уже много лет содержится право совсем иного смысла и уровня — право на наивысший достижимый уровень здоровья. Оно никак не раскрыто в российском праве и в системе охраны здоровья, а между тем оно олицетворяет совсем иной подход к вопросам здоровья, не просто пытаюсь устранить вредные факторы, защититься от них и охранять здоровье, но и ставит задачей достичь наилучшего состояния здоровья.

«Такая задача представляется совершенно новой в государственной политике, хотя и очень амбициозной, но совершенно правильно по духу и смыслу: не просто охранять здоровье, но и добиваться более высокого его уровня», — сказал Ф.Тумусов. Этот подход требует разделения систем обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья, охраны здоровья и медицинской помощи, хотя последние две и являются частями первой, но у первой есть свои

самостоятельные задачи, которые прежде не формулировались.

«Задачу обеспечения наивысшего достижимого уровня здоровья невозможно решить, не определив полезные для здоровья факторы — те, с помощью которых можно улучшить здоровье, — убеждён депутат. — Это похоже на селекционную работу, в которой задачей государства является определение вредных и полезных факторов, определение степени их воздействия на здоровье, оценка соотношения вреда и пользы, принятие мер — выстраивание политики — к тому, чтобы обеспечить влияние на здоровье ребёнка полезных факторов и прекратить влияние вредных».

Общество не должно развиваться слепо

Основа такой работы, считает Ф.Тумусов, — создание государственного регистра воздействующих на здоровье детей факторов — явлений, объектов, товаров, работ, услуг, которые способны причинить вред или пользу их здоровью.

«Работа над формированием такого регистра потребует переоценки роли множества факторов. Без такой работы общество во многом развивается слепо. В то же время огромная часть такой работы уже сделана в виде наличия стандартов, режимов учёбы, занятий физкультурой и спортом, требований к безопасности, проведения контроля и пр. Однако вся эта работа, как правило, не имеет единого знаменателя — единых оценок воздействия на здоровье, которые и необходимо создать», — отмечает депутат.

Следуя ещё одной международной норме, отражённой в ст. 24 Конвенции о правах ребёнка, необходимо, считает зампред думского комитета, закрепить и создать механизмы реализации права детей на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами

лечения болезней, восстановления здоровья, чтобы ни один ребёнок не был лишён своего права на доступ к подобным услугам.

«Здесь необходимо сохранять не только систему бесплатной медицинской помощи, но и включать в неё лекарственное обеспечение, — полагает Ф.Тумусов. — Государству пора уже честно ответить на вопрос: может ли быть медицинская помощь без лекарств? А если медицинская помощь бесплатна по Конституции РФ и включает в себя лекарственную помощь, то почему люди ищут деньги, чтобы купить ребёнку лекарство или провести обследование?»

Такое положение дел недопустимо ни с правовой, ни с этической стороны. Государству нужно ясно дать понять, что дети должны получать всю необходимую медицинскую помощь бесплатно. И работа над новым законом — хорошая возможность для этого.

Ещё одна важная новелла: проект предлагает считать ребёнком человека с момента возникновения у плода способности существовать независимо от организма матери и до наступления возраста 18 лет. Очевидно, что такая способность автономного существования предопределяет и право ребёнка на жизнь независимо от желания матери. Как известно, согласно нормам живорождения ВОЗ, ребёнок с массой тела 500 г (около 23 недель гестации) считается способным к выживанию, и в России для этой задачи созданы условия в виде сети перинатальных центров. С указанного возраста (он устанавливается постановлением Правительства РФ) плод приобретает права человека. С этого момента аборт возможен только в форме родоразрешения с сохранением жизни ребёнку», — считает Ф.Тумусов.

Депутат сообщил, что законопроект носит рамочный характер и будет дополнен многими документами.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

Число желающих раз и навсегда бросить курить растёт в России всё больше: если в 2013 г. об этом заявляли 57% курильщиков, то в настоящее время, согласно данным социологического исследования ВЦИОМ, об этом сообщили 79% опрошенных.

Бросили курить 4 года назад 10% респондентов, а в мае 2017 г. — уже 19%. Всего же, как свидетельствуют социологические опросы ВЦИОМ, в настоящее время курят 32% россиян, 20% из которых — злостные курильщики, то есть потребляющие пачку и более табачных изделий в день.

Глобальный опрос взрослого населения страны о потреблении табака, который был проведён в России во второй раз, также показал положительную тенденцию к снижению числа курящих граждан. Так, распространённость потребления табака среди взрослых снизилась с 39,4% в 2009 г. до 30,9% в 2016 г. Это соответствует относительному снижению распространённости потребления табака на 21,5%. Также за последние 7 лет на 11,6% снизился уровень пассивного курения.

«Конечно, Министерство здравоохранения РФ планирует наращивать меры, чтобы распространённость табакокурения в Российской Федерации снижалась в дальней-

Раз и навсегда

Только так надо уходить от табачного дыма

шем. В настоящее время разрабатывается новая концепция анти-табачной политики», — сообщил на совместной пресс-конференции Минздрава и представителя Всемирной организации здравоохранения в РФ, посвящённой вопросам борьбы с распространением табачной продукции, заместитель министра Дмитрий Костеников.

В ней приняли также участие специальный представитель ВОЗ в России Мелита Вуйнович, заместитель директора НИИ пульмонологии ФМБА России Николай Антонов и главный терапевт Минздрава России, первый заместитель директора по научной и лечебной работе Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Оксана Драпкина. Они рассказали о результатах глобального опроса взрослого населения страны о потреблении табака, мерах, принимаемых Минздравом для снижения уровня табакозависимости, и о принятой в прошлом году Концепции по противодействию потреблению табака на 2017-2022 гг.

Так, сейчас разрабатывается система маркировки табачной продукции, которая вместе с введением обезличенной пачки сигарет решит проблему фальсификата, сообщил Д.Костеников. По сути, пояснил он, эта система аналогична системе маркировки лекарственных препаратов, и любой с помощью мобильного телефона сможет проверить подлинность продукции. Система будет отслеживать продукцию от момента изготовления до момента поступления в руки потребителю. Кроме того, Евразийский экономический союз намерен обязать табачные компании указывать на пачках сигарет состав продукции, включая бумагу и фильтры.

В Концепции по противодействию потреблению табака предусмотрены также запрет на курение кальянов в кафе и ресторанах, возможное увеличение продолжительности рабочего дня курильщика и другие меры.

«Очень важным является сейчас противодействие появлению на рынках новой табачной про-

дукции, которая раньше была нехарактерна и разрабатывается табачными компаниями специально, чтобы не утрачивать свои позиции, так и средств, которые замещают табакокурение», — сказал Д.Костеников.

Успехи нашей страны в борьбе с потреблением табака признал ранее на пресс-конференции, где была представлена стратегия формирования здорового образа жизни, профилактики и контроля инфекционных заболеваний в РФ до 2025 г., и директор отдела инфекционных заболеваний Европейского регионального бюро ВОЗ Гауден Галеа. Он выразил уверенность, что Россия сможет добиться поставленной цели — на 30% сократить смертность от инфекционных заболеваний к 2030 г.

По словам Г.Галеа, основанием для такого утверждения служат успехи, достигнутые страной в последние годы. В частности, удалось резко сократить потребление табака после принятия антитабачного законодательства в 2013-2014 гг., а также снизить потребление ал-

коголя благодаря введению таких мер, как контроль за ценами и запрет на рекламу алкогольной продукции. «Мы хотим изучать российский опыт и распространять его в разных частях света, чтобы его могли применять в других странах», — сказал представитель ВОЗ.

Табачные отходы содержат более 7 тыс. токсических веществ, отравляющих окружающую среду, в том числе канцерогены, опасные для человека. Ежегодно в мире употребление табака уносит жизни более 7 млн человек, говорится в докладе ВОЗ, представленном в преддверии Всемирного дня без табака.

Кроме того, употребление табака приводит к экономическим издержкам. По оценкам ВОЗ, ежегодно расходы на здравоохранение и снижение производительности труда обходятся населению и правительствам стран более чем в 1,4 трлн долл.

«Табак представляет угрозу для каждого из нас, — заявила генеральный директор ВОЗ Маргарет Чен. — Однако благодаря жёстким мерам по борьбе против табака правительства смогут обезопасить будущее своих стран, защитив употребляющих и не употребляющих табак граждан от этой смертоносной продукции».

Иван САВРАНОВ.
МИА Сити!

«Не существует никаких норм и безопасных уровней потребления алкоголя», – заявляет Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Минздрава России. В поступившем в «МГ» сообщении ГНИЦПМ решительно опровергает появившиеся в различных электронных и печатных СМИ публикации о том, что его сотрудники рассчитали, какие дозы алкоголя в сутки несут высокий риск для организма человека, а также средний и низкий уровни риска.

будут выявлять людей с разным уровнем алкогольного потребления и оказывать им консультативную помощь.

Впрочем, и сами авторы публикаций не скрывали «собственное производство» шкалы рисков, ссылаясь на экспертов и использование, якобы рекомендации Всемирной организации здравоохранения.

Нет ни желания, ни, наверное, необходимости приводить на страницах нашей профессиональной газеты все эти «расчёты»,

● 2 рюмки водки (маленькие, граммов по 30-40) в день.

Нормы для женщин, позволяющие оставаться в зоне низкого риска для здоровья:

- 200 мл сухого вина в день
- 150 мл шампанского в день
- 1 рюмку водки в день».

Или вот ещё: «Рюмку водки объёмом 50 мл мужчинам можно пить с низким риском для здоровья два раза в день, женщине при соблюдении уровня безопасности лучше обойтись одной».

Дальше примечание: «При уве-

алкоголь – алкогольдегидрогеназу».

Кроме того, приводится мнение главы Центра разработки национальной алкогольной политики Павла Шапкина, что многим людям сложно придерживаться установленных норм потребления алкогольных напитков. Очень частая проблема у алкоголиков состоит как раз в том, что они не могут остановиться, начав выпивать.

Ранее в итоговом Государственном докладе за 2016 г. «О состо-

События

Целебная сила прекрасного

Статую Милосердия установили в парковой зоне городского клинического больницы им. Н.И.Пирогова Оренбурга среди елей, перед хирургическим комплексом. Её автор – президент Российской академии художеств Зураб Церетели.

– Это первый случай, когда произведение нашего известного мастера открывается на территории больницы, – отметил вице-президент Российской академии художеств Андрей Бобыкин. – Событие символическое. Милосердие – самое благородное чувство, которое дано человеку.

– Терпение, человеколюбие, милосердие, готовность оказывать помощь любому страждущему – такие качества являются неотъемлемыми для представителей здравоохранения во все времена, – напомнила министр здравоохранения области Галина Золникова.

– Меняется облик больниц, они обретают современное лицо, оснащаются новой медицинской техникой, и прекрасным художественным дополнением к этому становится создание парковых зон и цветников на территории лечебных учреждений, открытие скульптурных композиций, – сказала министр. – Прекрасное врачует душу, облагораживает, дарит надежду.

Трогательный образ статуи Милосердия воплощает черты музы, творящей добро. Или ангела, охраняющего человеческие сердца. А может быть, прекрасной дамы – Медицины, которая вызывает восхищение во все времена.

– Статуя Милосердия на территории больницы появилась благодаря поддержке Свято-Троицкого благотворительного фонда, – уточнил главный врач больницы Андрей Карпец. – Спасибо людям с чутким сердцем, которые приняли участие в этом благом деле.

Наталья ЧЕПУРГИНА,
внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

Однако

За здоровье выпить не получится

Безопасных норм потребления алкогольных напитков нет

«Речь идёт только о количествах алкогольных напитков, которые в разной степени могут увеличить риск последствий для здоровья. Эти уровни рекомендованы ВОЗ для работы с пациентами и могут быть использованы в информационной работе с населением, отмечают специалисты. Понятие стандартной дозы необходимо для расчёта потребляемого человеком алкоголя и определяется в количестве 10 г 96%-ного этилового спирта», – говорится в сообщении центра. Как следует из опровержения, используя материалы листовки, в публикациях были приведены собственные расчёты авторов и сделаны собственные выводы, которые были выданы за позицию ГНИЦПМ. На этикетках же предлагается размесить информацию о количестве стандартных доз в том или ином алкогольном напитке, «но никак не о нормах его потребления».

В ГНИЦПМ при поддержке Минздрава России реализуется проект, направленный на раннее выявление лиц с риском пагубных последствий употребления алкоголя и оказание им медицинской помощи. В пилотных поликлиниках Красноярского края, Астраханской, Брянской, Вологодской и Томской областей специалисты



На приёме у нарколога

но некоторые из них всё же назову. Вот, например, публикации «Рюмка водки ежедневно: низкий риск для здоровья» и «Минздрав определил безопасные нормы потребления алкоголя».

«Дозы для мужчин, позволяющие им оставаться в зоне низкого риска для здоровья

- 4,5 л пива (крепостью 4,5°) в неделю
- 0,75 л крепленого вина в неделю

личении дозы алкоголя риск для здоровья превращается из низкого в средний, а затем и в высокий».

Между тем, замечают авторы публикаций, «специалисты отмечают, что нормы потребления алкоголя очень индивидуальны, так как риски для здоровья зависят от массы тела, возраста, состояния здоровья, индивидуальных особенностей для организма (например, от способности вырабатывать фермент, расщепляющий

янии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в РФ в 2016 г.» Роспотребнадзор обнародовал данные, согласно которым россияне за последние 7 лет на треть сократили употребление алкоголя. В среднем наш человек выпивает в год 10,3 л алкоголя, тогда как в 2010 г. этот показатель равнялся 15 л.

За последние 5 лет продажи крепких спиртных напитков в России (водка и ликёроводочные напитки) снизились почти на 40% – с 10,9 л на человека в 2011 г. до 6,6 л в 2016 г. По итогам прошлого года самые большие объёмы продаж крепкого алкоголя на душу населения были отмечены в Магаданской области (14,1 л), Москве (13,3 л), Республике Коми и Сахалинской области (13,0 л).

Самыми непьющими, судя по этому же показателю, названы Республика Ингушетия (0,1 л), Чеченская Республика (0,1 л), Кабардино-Балкарская Республика (0,5 л), Республика Северная Осетия – Алания (0,6 л).

Продажи пива, согласно докладу надзорного ведомства, за последние 5 лет упали на 25% – с 70,8 л на человека в 2011 г. до 53,3 л в 2016 г.

Валентин КАЗАЦКИЙ.

МИА Сити!

Акценты

Совершенствованию законодательного регулирования оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями было посвящено выездное заседание Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике.

Открывая заседание, заместитель председателя комитета Людмила Козлова отметила, что в нашей стране ССЗ остаются национальной проблемой: каждый 13-й россиянин страдает этой патологией, более 49% всех смертей становятся следствием таких болезней, вызывая большие социально-экономические потери.

По словам Л.Козловой, важность проблемы борьбы с ССЗ подтверждается тем, что снижение смертности от болезней системы кровообращения является одним из целевых индикаторов развития здравоохранения РФ до 2020 г. «Для выполнения этой задачи необходимо использование инновационных подходов в лечении, включая не только лекарственные препараты и медицинские изделия, но и органи-

зационные технологии», – считает сенатор.

Участники заседания отметили, что благодаря реализации мер, принимаемых Правительством РФ, смертность от болезни системы кровообращения с 2011 по 2016 г. снизилась с 57 до 48,7%. За последние годы увеличился объём оказания высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с ССЗ.

В ходе мероприятия подчёркивалась важность рассмотрения вопроса о создании единой сквозной программы обучения студентов медицинских вузов, а также терапевтов, кардиологов, хирургов и других специалистов. Отмечалась также необходимость продолжить работу по внедрению информационных технологий в здравоохранение для своевременной диагностики и лечения ССЗ.



На первом месте – ранняя диагностика

«Сердечник» — каждый тринадцатый

Для решения этой национальной проблемы нужен инновационный подход

По итогам дискуссии разработан ряд рекомендаций Минздраву России, а также органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

В мероприятии приняли участие врио вице-губернатора Калининградской области по социальным вопросам Илья Баринов, члены Экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике, представители исполнительных органов государственной власти субъектов РФ, а также ведущие медицинские эксперты, представители научных и профессиональных организаций.

Валерий СУВОРИН.

МИА Сити!

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Россия является одним из учредителей партнёрства «Северное измерение» и активно работает в этой международной организации. Её деятельность имеет большое политическое и научно-практическое значение. О необходимости активной работы в охране здоровья с позиции национальных интересов в своё время было подчёркнуто в письме министра иностранных дел Сергея Лаврова к министру здравоохранения РФ. Сотрудничество в такой ключевой области, как здоровье и социальное благополучие, служит своего рода «мостом» в сохранении и укреплении связей с северными странами и Европейским союзом, особенно в условиях напряжённых отношений, вызванных санкциями.

О совместных итогах 10-летней работы и перспективах сотрудничества в рамках партнёрства редактор отдела региональной политики «МГ» Галина ПАПЫРИНА беседует с первым заместителем директора ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, российским координатором и руководителем экспертной группы (ЭГ) по первичной медико-санитарной помощи партнёрства Юлией МИХАЙЛОВОЙ.

– Юлия Васильевна, напомним историю формирования этого международного объединения.

– Декларация о создании партнёрства была принята 27 октября 2003 г. Тогда министры здравоохранения и социальных дел и других представителей партнёров-учредителей встретились в Осло и договорились о создании партнёрства «Северное измерение» в области общественного здравоохранения и социального благополучия (ПСИЗБ).

Большую роль в обретении и оформлении самостоятельного (юридического) статуса «Северного измерения» как международной организации сыграла Российская Федерация в период её двухлетнего председательства. Цель, стратегию и приоритетные области сотрудничества 11 государств-членов ПСИЗБ включают задачи, которые являются для них общими, и они вместе работают над их решением. Основное внимание по проблеме инфекционных заболеваний уделено ВИЧ/СПИДу, туберкулёзу, ИППП и антимикробной резистентности. Эти заболевания в настоящее время сохраняют актуальность для всех стран. Конкретные механизмы достижения прогресса в этой области определены в мандате ЭГ по ВИЧ/СПИДу, председательствует в которой Финляндия.

Вторым стратегическим приоритетом определена профилактика неинфекционных заболеваний, связанных с образом жизни. Здесь особое внимание уделяется построению государственной политики в укреплении здоровья и социального благополучия, продвижению здорового и социально поощряемого образа жизни. А это здоровое питание, физическая активность, свободное от табачного дыма пространство, досуг без алкоголя и наркотиков, благоприятная социальная и рабочая среда. Больше всего это касается детей и молодых людей. План действий на данном направлении определён в мандатах экспертных групп. В настоящее время председателем ЭГ по неинфекционным заболеваниям является Российская Федерация, по антиалкогольной и наркотической зависимости – Норвегия, по охране труда и здоровью – Швеция.

Основополагающим приоритетом стратегии партнёрства в области развития здравоохранения стало укрепление первичной медико-санитарной помощи (согласно Алма-Атинской декларации), развитие интегрированной медико-социальной помощи с особым вниманием на лиц пожилого возраста, пациентов с мультипатологией. Планы по перераспределению систем здравоохранения на повышение эффективности в первичном секторе изложены в мандате ЭГ по первичному здравоохранению.

Важным направлением деятельности, выделенным в 2016 г. в самостоятельную группу, является охрана здоровья заключённых. Председательствует в ней Германия. В России, в отличие от стран-партнёров, система охраны здоровья заключённых выделена в самостоятельную и подчиняется Федеральной службе исполнения наказаний. Опыт стран с различными системами медицинской помощи заключённым полезен и для нашей страны. Здесь мы активно взаимодействуем с Норвегией, а на страновом – с ФСИН. Очень хочу поблагодарить за активную работу международного эксперта по тюремному здравоохранению, начальника

Авторитетное мнение

Результативное сотрудничество

Здоровье и социальное благополучие – главные составляющие партнёрства «Северное измерение»



филиала ФКУ НИИ ФСИН России профессора С.Пономарёва, главного педиатра ФСИН А.Бурт, а также:

– начальника ФКУ Архангельской ВК УФСИН России, подполковника внутренней службы Д.Скородумова;

– начальника ФКУ Алексинской ВК Тульской области, подполковника внутренней службы В.Ветрова;

– начальника женской колонии ФКУ ИК-2 УФСИН по Санкт-Петербургу и Ленинградской области, полковника ВС А.Дмитриева, а также руководителей Владимирской, Можайской и Орловской женских и воспитательных колоний.

Немного о структуре партнёрства. Ежегодная конференция как самая высокая структура ПСИЗБ определяет направленность политики партнёрства, оценивает результаты сотрудничества, обеспечивает координацию деятельности на уровне министров. В России функции координационного центра Минздрава и МИД возложены на ЦНИИОИЗ Минздрава России.

– Партнёрство сложилось в непростое время. Санкции, определённое недоверие к друг другу... И тем не менее есть и положительные сдвиги?

– Мы очень дорожим связями, которые наладились за время сотрудничества между нашими странами, никакие санкции нас не разделили. Вместе ищем пути борьбы с общими инфекционными и неинфекционными заболеваниями, как интегрировать здоровый образ жизни в общество. Это всех касается. И все лучшие наработки в системе здравоохранения партнёров стараемся использовать в нашей стране. Конечно, проблемы возникали. Так, в период европейских санкций из-за грузино-абхазского конфликта мы были удалены из флагманского проекта по первичному здравоохранению, вклад в разработку которого был и наших экспертов. Пережили. В период настоящих санкций нас также хотели вывести из предпола-

гаемого проекта по интегрированной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, однако поняли, что исключение России будет ошибкой, и потому включили уже на завершающем этапе разработки проекта.

Очень важно отметить, что в этих сложных взаимоотношениях с Европейской комиссией как донором Минздрав России в 2016 г. принял решение о самостоятельном целевом финансировании российской части проекта по данной проблеме в Калининградской области, и завершится он в 2018 г.

Второй проект – это совершенствование организации медицин-

ского проекта по интегрированной помощи пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, однако поняли, что исключение России будет ошибкой, и потому включили уже на завершающем этапе разработки проекта.

коголизация и наркотизация детей и подростков» по единой методике исследования. Результаты позволили дать сравнительную характеристику распространённости употребления алкоголя, наркотиков, курения, причин и факторов формирования вредных привычек и девиантного поведения. Были разработаны предложения по профилактике негативных форм поведения подростков. Активно ведётся работа с участием России по борьбе с алкоголизацией и немедицинским потреблением наркотиков. Подписаны соглашение и договор между Россией и Норвегией о совместных усилиях на этом направлении.

ской помощи заключённым, координация с гражданским здравоохранением профилактики социально значимых заболеваний. В прошлом году мы активно работали на этом направлении, оказывая медицинскую и психологическую поддержку несовершеннолетним в тюрьмах. В этом году под нашей «опекой» охрана здоровья женщин, находящихся в заключении.

Когда Россия в 2010-2011 гг. впервые председательствовала в партнёрстве, мы провели ряд международных мероприятий, в том числе в нашем институте, и конференцию в Санкт-Петербурге, её возглавила министр здравоохранения Вероника Скворцова. Долгосрочное и активное участие российских экспертов и сотрудников нашего института в работе «Северного измерения» под руководством МИДа и Минздрава России обеспечило научно обоснованную, доказательную позицию российской стороны при разработке, принятии и выполнении двух стратегий на 2009-2013 гг. и на 2015-2019 гг. и последующих планов действий. Мы провели комплексный анализ субъектов Северо-Западного федерального округа по проблемам

Что касается других научных исследований института в рамках этого сотрудничества со странами, то нашими специалистами совместно с международными экспертами разработана оригинальная организационная технология профилактики ВИЧ-инфекции, туберкулёза, ИППП, наркомании, алкоголизма среди заключённых. Она включает лекции и семинары для специалистов и заключённых, тренинги и индивидуальное консультирование, психологическую поддержку персонала колоний и заключённых, с особым упором на группы несовершеннолетних и женщин, демонстрацией фильмов и выступлений артистов социальной направленности («Нет – наркотикам!», «Ты – не один» и др.). Результаты этой работы получили высокую оценку в Осло на конференции партнёрства.

– От каких болезней XXI века можно ожидать вызовы, которые страны партнёрства могут противостоять вместе с Россией?

– Вызовы для здравоохранения, определённые 10 лет тому назад, остаются актуальными и сегодня, однако несколько меняются акценты и механизмы воздействия. Так, профилактика неинфекционных заболеваний, связанных с образом жизни, организация медицинской помощи пациентам требуют разработки и внедрения новых организационных технологий, основанных на принципах интегрированной, пациентоориентированной помощи, с учётом мультипатологии у пожилых

СПРАВКА «МГ».

В партнёрство «Северное измерение» входят: Канада, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Исландия, Латвия, Литва, Нидерланды, Норвегия, Польша, Россия, Испания, Швеция, Европейская комиссия, Всемирная организация здравоохранения, Совет Баренцев/Евро-Арктического региона, Совет государств Балтийского моря, Международная организация труда, Международная организация по миграции, совет министров Северных стран и Объединённой программы Организации Объединённых Наций по ВИЧ/СПИДу.

здоровья и здравоохранения, которые могут решаться совместно со странами-партнёрами. В результате были определены конкретные направления сотрудничества, что послужило обоснованием для включения регионов округа в качестве пилотных в проекты. Наше предложение было поддержано решением комитета старших представителей, утверждено ежегодной конференцией и нашло отражение в стратегии партнёрства до 2019 г.

– Что бы вы ещё отметили из совместных действий стран-партнёров и наших приобретений от сотрудничества?

– В пилотных районах Калининградской области успешно реализован международный проект «Ал-

здравоохранению провести по этой теме целевое заседание. Острейший вопрос – алкоголизация, наркотизация, табакокурение, опасные сексуальные связи, особенно среди детей, подростков и молодёжи.

Считаем очень важным по возможности демонстрировать свои российские достижения нашим партнёрам. Например, в Москве на совещании экспертных групп я предложила поехать в Митино, в спальный район столицы, и посмотреть работу 180-й поликлиники в реальных условиях. Гости были поражены, как здесь всё организовано в интересах пациентов, увидели много новых форм организации, особенно по внедрению информационных технологий в реальный управленческий процесс. Так уходит у иностранцев мнение, что мы закрытая, а может и отсталая страна, а «по улицам бродят медведи». Шучу, конечно. Мы многого добились в охране здоровья россиян, и это отмечено нашими партнёрами.

– Что в перспективе, Юлия Васильевна, можно ждать от работы «Северного измерения»?

– Министерство здравоохранения РФ в рамках странового обязательства создало структуру, которая называется «Координация работы «Северного измерения» (на общественных началах я руководитель этого подразделения, являюсь координатором работы всех экспертных групп по всем направлениям). Формы взаимодействия на страновом уровне совершенствуются. Единственное, что меня не удовлетворяет как координатора, это работа по направлению резистентности к антибактериальным препаратам. Здесь должен быть прорыв, а он возможен при общих усилиях и подходах. Считаю важным также в сотрудничестве со странами продвижение русского языка. Когда я начинала работать в 2008 г., то по-русски не говорил никто, даже те, кто его знали. А теперь даже в комитете старших представителей некоторые министры и замминистры балтийских стран отчитываются на русском языке.

Мы добились того, что в группах, где председателем является Россия, официальными языками приняты русский и английский. Россия взяла на себя все расходы по переводу документов – это и есть продвижение русского языка.

– По вашим словам, партнёрство «Северное измерение» считают в МИДе своего рода пуповиной, связывающей Россию с Европой, и содействуют расширению его деятельности...

– Основная его миссия – прежде всего формирование политики укрепления здоровья и социального благополучия во имя населения всех стран. Соответственно, участие России в партнёрстве имеет большое политическое значение, являясь мостом между европейскими странами, ЕС и нашей страной. Здоровье и его охрана – фундаментальные составляющие любого государства, его научного потенциала и экономического прогресса. Обмену имеющихся достижений и служит цель партнёрства. Временные трудности (санкции) не могут быть причиной ослабления профессиональных связей. Интеллигенция – особый слой общества, которому присущ интернационализм, а не изоляция.

В заключение я бы хотела назвать сотрудничество РФ в партнёрстве «Северное измерение» плодотворным. Россия активно формирует на международном уровне политику солидарности, справедливости, эффективности по всем вопросам общественного здоровья и социального благополучия. Ведущая роль в партнёрстве нашей страны стала возможной благодаря значительному влиянию со стороны МИДа России и постоянной активной руководящей роли Минздрава России и прежде всего его Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью. Российские эксперты – высокопрофессиональные специалисты и эффективные организаторы влияния России на формирование политики в области здоровья и социального благополучия в международной организации партнёрства «Северное измерение».

В нашей стране ежегодно выдаётся 40 млн листов временной нетрудоспособности, гражданам выплачивается по ним 331 млрд руб. «Это огромный документооборот, и давно назрела необходимость в его переводе в электронный вид», заявила на совещании у главы кабинета министров РФ заместитель председателя Правительства России Ольга Голодец.

– Об этом нас просили граждане, и в 2014 г. начался пилотный проект в 6 регионах Российской Федерации, – сказала О. Голодец. – Для этого было подготовлено всё электронное обеспечение, и в этих 6 регионах больничные листы стали ходить как в электронном виде, так и на бумажных носителях, на использование в электронном виде больничных листов перешли сразу 40%, это прежде всего молодёжь. Листы по беременности и родам практически все оформляются в электронном виде.

Вице-премьер сообщила о готовности системы соцстрахования к переходу на использование электронных больничных на всей территории России. «Действительно, введение электронного листа нетрудоспособности имеет особое значение для наших граждан. В стране застраховано по этому виду страхования 52 млн граждан, в выдаче листов нетрудоспособности участвуют практически все медицинские организации первичного звена – 11,8 тыс. организаций, – отметила О. Голодец. – Для тех, кому пока неудобно переходить на электронные листы, сохраняется бумажный вариант листка нетрудоспособности».

Заместитель главы кабинета напомнила, что 1 июня 2017 г. в стране появились личные кабинеты застрахованного лица и страхователя. «Они есть уже во всех субъектах Российской Федерации, и это будет дополнительной опцией для того, чтобы каждому застрахованному лицу было легко обратиться к своей карте, к своим данным и чётко всё проверять, – полагает О. Голодец. –

Проекты

Необходимость в электронных больничных назрела

Они имеют особое значение для наших граждан



Время навести серьёзный порядок в выдаче листов нетрудоспособности

Это будет двойной контроль – как со стороны фонда социального страхования, так и со стороны застрахованного лица – по поводу выписки нетрудоспособного и своевременной выплаты ему пособия.

Вся эта система призвана навести серьёзный порядок в деле выдачи листов нетрудоспособности, – продолжила замглавы кабинета. – Это позволяет ускорить получение пособий по нетрудоспособности для всех застрахованных

лиц, избежать ошибок, существенно сокращает документооборот и освобождает врачей от ненужной бумажной дополнительной работы. Мы готовы к распространению пилотного режима на всю страну, но, как вы (председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев. – прим. ред.) сказали, это будет делаться постепенно, и в первые несколько лет наряду с электронной версией листка будет иметь хождение и бумажный носитель».

– Тем не менее это правильный подход, – считает Д. Медведев. – Я думаю, что мы сможем продемонстрировать все достоинства этой новой электронной формы, которая в меньшей степени будет обременять наших людей и, естественно, более точно и быстро отражать все данные,

связанные с фиксацией нетрудоспособности и взаимоотношений между работодателем, Федеральным фондом социального страхования и медицинским учреждением.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

А тем временем

Отголоски консервативного сознания

Лишь небольшой процент отечественных врачей готовы в своей ежедневной практике осуществлять телемедицинские консультации. Об этом заявил член экспертного совета при Открытом правительстве, член Общественного совета при Минздраве России Владимир Гурдус.

– Нельзя не учитывать консервативное врачебное сообщество. На сегодняшний день врачей, которые готовы применять телемедицинскую технологию, пока меньшинство. Дай бог, если 10-15% готовы в своей ежедневной практике использовать эту технологию, – сказал В. Гурдус, не уточнив при этом, а на основании каких, собственно говоря, данных им был сделан такой вывод.

Результаты опроса, проведённого медицинским сервисом Ondoc, социальной сетью «Врачи РФ» и Ассоциацией руководителей медицинских организаций, свидетельствуют о другом: согласно полученным данным, 55% врачей готовы проводить удалённые консультации, если в клиниках будут созданы необходимые условия для этого.

Также во время своего выступления в ходе «круглого стола», посвящённого различным отраслевым вопросам на современном этапе, В. Гурдус отметил, что законопроект о телемедицине, принятый Государственной Думой РФ в первом чтении, предполагает обязательное наличие электронной подписи пациента при получении телемедицинских услуг. По его мнению, это затрудняет получение такого вида услуг, поскольку электронная подпись стоит около 2 тыс. руб., и не каждый пациент готов за это заплатить.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Сито!

Ситуация

Тяжёлый маршрут

Как быть с доставкой больных на гемодиализ?

Решение вопроса о возмещении транспортных расходов по доставке больных к месту получения услуги гемодиализа назрело давно и требует решения, считают в Общероссийском народном фронте. Об этом заявила член Центрального штаба ОНФ, сопредседатель его регионального штаба в Мурманской области, член комитета Совета Федерации по социальной политике Татьяна Кусайко.

– Например, в Мурманской области существует проблема отдалённости многих населённых пунктов от центров гемодиализа. Доставку больных в них осуществляет скорая помощь за счёт собственных средств больниц. К сожалению, когда медицинские учреждения хотят возместить транспортные расходы за счёт средств ФОМС, суды принимают решения не в пользу больниц, – рассказала Т. Кусайко.

По её словам, законодательно эту проблему пытались решить на региональном уровне. «Мы разработали пилотный проект, предполагающий возмещение расходов за счёт бюджетов муниципалитетов. Но прокуратура не поддерживала такую инициативу», – говорит она.

Т. Кусайко добавила, что главная проблема в решении вопроса – это определение источника финансирования. «На данный



Без этой процедуры больные обречены на смерть

момент проблема перешла на федеральный уровень, внесение законодательной инициативы поддержано в Совете Федерации на заседании Комитета по социальной политике. Сейчас в палате создаётся рабочая группа по этому вопросу с участием профильных министерств, экспертов, главных врачей областных медицинских учреждений», – заключила сенатор.

Ранее в ходе прямой линии с Владимиром Путиным инвалид I группы из Орла попросила Президента РФ узаконить транспортировку больных на гемодиализ. Глава государства, заметив, что впервые слышит о такой постановке проблемы, пообещал проработать данный вопрос.

– Мы обязательно этим займёмся. Конечно, это потребует дополнительных затрат, но это

очень чувствительное и важное дело для людей, которые страдают соответствующими заболеваниями, – сказал В. Путин.

Данная проблема актуальна для многих регионов. К примеру, в Свердловской области прокуратура обязала больницу транспортировать таких больных по маршруту из дома и обратно. До этого им приходилось ездить на гемодиализ за свой счёт на такси.

Однако почти во всех регионах России 93% услуг по диализу оказываются негосударственным сектором, рассказала ранее вице-премьер Правительства РФ Ольга Голодец на открытии 2-го форума социальных инноваций регионов.

– С услугой диализа исторически получилось так, что практически во всех субъектах РФ это – негосударственная услуга в системе нашего здравоохранения. 93% таких услуг оказываются негосударственным сектором, – считает вице-премьер.

О. Голодец подчеркнула, что это не единственная сфера, где значительная часть услуг оказывается негосударственным сектором в здравоохранении и в социальной защите. «Негосударственный сектор во многих социальных областях успешно конкурирует с государственным и предоставляет услуги высокого качества», – добавила она.

Государство изначально сделало ставку в создании инфраструктуры для пациентов с хронической болезнью почек на частных инвесторов, причём преимущественно иностранных. Объём российского рынка диализа превышает 60 млрд руб.

Константин ШАРЫН.

МИА Сито!

Новости

Александр-Мариинская областная клиническая больница в этом году стала первым местом работы для школьников в Астраханской области. Шесть ребят от 14 до 17 лет в течение месяца трудятся здесь садовниками.

Школьники пришли в больницу...

В рамках празднования Дня молодёжи на главной сцене праздника в торжественной обстановке подростки получили первые в своей жизни трудовые книжки из рук главы администрации Астрахани Алёны Губановой. Таким образом, был дан старт трудовой деятельности ребят.

Во время работы школьники занимаются благоустройством территории лечебного учреждения, наводят порядок в парковой зоне. Трудоустройство подростков в летний период времени – это не столько возможность заработать деньги, сколько хорошая школа гражданского воспитания, трудового и общественного взросления.

– Летняя занятость – это первый самостоятельный заработок, первые профессиональные навыки, ответственность и дисциплина, приобретение уверенности в собственных силах. И я рада, что именно наша больница стала первым местом работы для ребят и, думаю, запомнится им только положительными эмоциями, – отметила главный врач больницы Светлана Ольховская, поздравляя подростков с памятным событием.

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астрахань.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 45 (2075)

Острый тонзиллофарингит (ОТФ) – острое инфекционное воспаление слизистой оболочки и лимфатических структур ротоглотки (нёбные миндалины, лимфоидные фолликулы задней стенки глотки). ОТФ является полиэтиологичным заболеванием, в связи с чем данный термин без уточнения этиологии (вирусный/бактериальный, прежде всего стрептококковый/грибковый) не может выступать как клинический диагноз.

Сам термин ОТФ является объединяющим для острого воспаления нёбных миндалин (острый тонзиллит) и острого воспаления задней стенки глотки (острый фарингит), однако в подавляющем большинстве случаев имеет место воспаление обеих локализаций (за исключением фарингита у пациента, перенёсшего тонзиллэктомию).

В соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра выделяют:

- J02.0 Острый стрептококковый фарингит
 - J02.8 Острый фарингит, вызванный другими уточнёнными возбудителями
 - J02.9 Острый фарингит неуточнённый
 - J03.0 Острый стрептококковый тонзиллит
 - J03.8 Острый тонзиллит, вызванный другими уточнёнными возбудителями
 - J03.9 Острый тонзиллит неуточнённый.
- Постановка и кодировка диагноза могут базироваться на определении преобладания выраженности воспаления того или иного отдела ротоглотки.
- Исключения, так как являются лишь клиническим проявлением других заболеваний, составляют:
- герпетический гингивостоматит и фаринготонзиллит (вызванный вирусом простого герпеса) (В 00.2);
 - гриппозный (вирус гриппа идентифицирован (J10.1), вирус гриппа не идентифицирован (J11.1);
 - при инфекционном мононуклеозе (В 27.-);
 - энтеровирусный везикулярный фарингит, или «герпангина» (В 08.5).

В настоящее время предлагается отказаться от термина «ангина», так как её классификация, основанная на фарингоскопической картине, не коррелирует как с этиологией, так и с терапевтической тактикой.

Этиология

Наиболее частыми возбудителями ОТФ являются респираторные вирусы (аденовирус, вирус парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, риновирус). Возможна роль энтеровирусов (вирусы Коксаки), вируса Эпштейна – Барр.

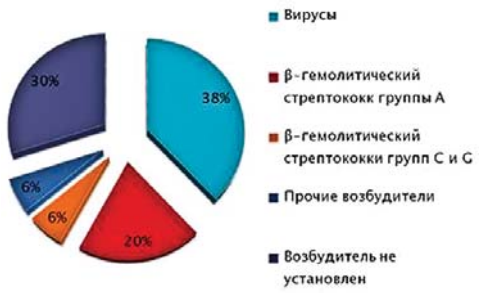


График 1. Этиологическая структура острых тонзиллофарингитов (по Bisno AL, 2005)

Среди бактериальных возбудителей первостепенное значение имеет бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА, или *Streptococcus pyogenes*). С данным возбудителем связано от 5 до 15% случаев острых тонзиллофарингитов во взрослой популяции и 20-30% у детей. Ряд авторов указывают на определённую роль других бактериальных возбудителей, таких как стрептококки групп С и G, *Streptococcus pneumoniae*, *Arcanobacterium haemolyticum*, анаэробы, *Mycoplasma pneumonia* и *Chlamydia pneumonia*. Тем не менее отсутствие доказательств участия указанных микроорганизмов в формировании осложнений острого тонзиллофарингита и практическая невозможность дифференцировать носительство подобной флоры от её непосредственного этиологического значения заставляют с определённой долей критики относиться к приведённому данным и необходимости проведения антибактериальной терапии в отношении этих возбудителей.

Ещё более редкие бактериальные возбудители острых тонзиллитов – спирохеты (ангина Симановского – Плаута – Венсана), анаэробы. Нельзя забывать, что острый тонзиллит – один из основных симптомов таких заболеваний, как дифтерия (*Corynebacterium diphtheriae*), гонорея (*Neisseria gonorrhoeae*).

Микотическое поражение глотки занимает второе место в общей структуре грибковых поражений лор-органов. Основным возбудителем микотического поражения ротоглотки являются дрожжеподобные грибы рода *Candida*, вызывающие заболевание у 93% больных (В.Кунельская, 1989). Тем не менее *Candida albicans*, являясь нормальным обитателем ротоглотки, вызывает патоло-

в возрасте до 2 лет минимальная (3%). Наибольшая распространённость острого стрептококкового тонзиллофарингита имеет место в детском (> 3 лет) и пиком в подростковом возрасте. У людей старше 45 лет вероятность стрептококковой этиологии опять же становится минимальной.

Клиническая картина

Жалобы
Основной жалобой при ОТФ является дискомфорт или боль в горле, усиливающиеся при глотании. При неосложнённом течении, как правило, боль имеет симметричный характер. При выраженном вовлечении в воспалительный процесс боковых столбов глотки и/или реактивном отёке паратонзиллярной клетчатки возможна иррадиация в ухо, особенно выраженная при глотании. В раннем детском возрасте, при невозможности вербализовать или правильно описать болевые ощущения, обращает на себя внимание отказ ребёнка от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи.

Дифференциальная диагностика и лечение острого тонзиллофарингита

Клинические рекомендации

Возбудители острого тонзиллофарингита		Таблица 1
Микроорганизм	Клиническая картина/синдромы	
Бактерии		
Бета-гемолитический стрептококк группы А	Тонзиллофарингит Скарлатина	
Бета-гемолитические стрептококки групп С и G	Тонзиллофарингит	
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Скарлатиноподобная сыпь, фарингит	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Тонзиллофарингит	
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Дифтерия	
Анаэробы (микст-инфекция), спирохеты	Ангина Симановского – Плаута – Венсана	
<i>Fusobacterium necrophorum</i>	Синдром Лемьера, паратонзиллярный абсцесс	
<i>Francisella tularensis</i>	Туляремия (в т.ч. орофарингеальная)	
<i>Yersinia pestis</i>	Чума	
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Энтероколит, фарингит	
Вирусы		
Аденовирус	Фарингоконъюнктивальная лихорадка	
Вирусы простого герпеса (I и II типа)	Гингивостоматит	
Вирус Коксаки	Герпангина	
Риновирус	Катаральный синдром	
Коронавирус	Катаральный синдром	
Вирусы гриппа А и В	Грипп	
Вирус парагриппа	Катаральный синдром, ложный круп	
Вирус Эпштейна – Барр	Инфекционный мононуклеоз	
Цитомегаловирус	Цитомегаловирусный мононуклеоз	
ВИЧ	Первичная острая ВИЧ-инфекция	
Микоплазма		
<i>Mycoplasma pneumonia</i>	Пневмония, бронхит	
Хламидии		
<i>Chlamydophila pneumonia</i>	Бронхит, пневмония	
<i>Chlamydophila psittaci</i>	Пситтакоз	

гические процессы в основном в условиях системного или местного иммунодефицита, и грань между нормальным носительством, дисбиозом ротоглотки и орофарингеальным кандидозом весьма размыта. Скорее всего, стоит ориентироваться на выраженность местных воспалительных реакций и системного воспалительного ответа.

Соотношение между возможными возбудителями ОТФ и клинической картиной заболевания представлено в таблице 1.

Необходимо отметить, что в возрастном аспекте у детей до 3 лет чаще всего встречается острая респираторная вирусная инфекция, при этом вероятность БГСА-тонзиллита

Системные проявления:
– лихорадка (уровень лихорадки не коррелирует с этиологическим фактором и не может являться ориентиром для определения показаний к системной антибактериальной терапии; зачастую острый стрептококковый тонзиллофарингит может протекать с нормальной или субфебрильной температурой тела);
– ухудшение самочувствия (явления инфекционного токсикоза).
Местные проявления:
– гиперемия и отёк нёбных миндалин, нёбных дужек, задней стенки глотки (реже мягкого нёба и языка);

- налёты на нёбных миндалинах (реже на задней стенке глотки);
- явления регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность подчелюстных, передне- и заднешейных лимфатических узлов);
- петехиальная энантема на мягком нёбе и языке (единственный симптом, который в ранние сроки с большой вероятностью может указывать на стрептококковую этиологию ОТФ).

Изолированная оценка наличия того или иного симптома (в т.ч. и налётов на миндалинах) не позволяет дифференцировать вирусную и бактериальную этиологию заболевания. В течение последних десятилетий был предложен ряд ориентировочных клинических и клинико-параклинических шкал для балльной оценки вероятности стрептококковой инфекции и, соответственно, определения показаний к системной антибактериальной терапии (шкалы Walsh, Breese, Centor). Наибольшее распространение получила шкала McIsaac. Тем не менее опыт использования подобных шкал продемонстрировал их относительную неточность.

В таблице 2 приведены наиболее характерные сочетания симптомов при стрептококковом и вирусном ОТФ, хотя точная верификация диагноза должна включать этиологическую расшифровку (отсутствие или наличие БГСА).

Для орофарингеального кандидоза характерны относительно меньшая выраженность местных воспалительных реакций и наличие творожистых или крошковатых наложений, зачастую выходящих за пределы нёбных миндалин, при удалении которых обнажается эрозированная поверхность.

Диагностика

Основной целью диагностики ОТФ является разграничение стрептококковой и вирусной этиологии заболевания. Как было сказано выше, ни один из клинических признаков не может достоверно свидетельствовать о той или иной этиологии ОТФ.

Во многих отечественных и зарубежных работах последних лет была продемонстрирована крайне низкая информативность уровня маркёров воспаления (лейкоцитоз, нейтрофилёз, «сдвиг влево», СОЭ, С-реактивный белок, прокальцитонин). Несмотря на то что высокий уровень маркёров воспаления несколько чаще отмечается при бактериальном ОТФ, он возможен и при вирусном происхождении воспаления, в то время как низкие их уровни ни в коем случае не исключают стрептококковую этиологию.

Выяснение же этиологии заболевания является ведущим в определении тактики терапии.

В связи с этим единственным инструментом диагностики остаётся выделение БГСА в материале с нёбных миндалин и задней стенки глотки путём:

- а) бактериологического культурального исследования (уровень доказательности II);
- б) использования экспресс-тестов на поверхностный антиген БГСА (уровень доказательности II).

Чувствительность и специфичность бактериологического исследования при соблюдении всех условий забора материала, транспортировки и инкубации оцениваются как близкие к 100%. Бактериологическое исследование материала с нёбных миндалин и задней стенки глотки проводится в микробиологической лаборатории с использованием 5% бараньего кровяного агара или с добавлением эритроцитарной массы. Предварительный результат может быть оценён через 24 часа, окончательный – через 48-72 часа.

Из средств экспресс-диагностики в настоящее время используются тесты 2-го поколения, основанные на методе иммуноферментного анализа или иммунохроматографии (в зависимости от производителя). Экспресс-тестирование предполагает получение результата «у постели больного» в течение 4-10 минут. Анализ выполняется

Таблица 2

Наиболее типичные эпидемиологические и клинические признаки, сочетающиеся с острыми стрептококковым и вирусным тонзиллофарингитами (приведено по IDSA)

Острый стрептококковый тонзиллофарингит	Острый вирусный тонзиллофарингит
Внезапный дебют боли в горле Возраст 5-15 лет Лихорадка Головная боль Тошнота, рвота, боль в животе Изолированные признаки воспаления в ротоглотке Островчатый налёт на миндалинах Петехиальная энантема на мягком нёбе Переднешейный лимфаденит Наибольшая распространённость зимой и ранней весной Анамнез контакта с больным со стрептококковым ОТО Скарлатиноподобная сыпь	Конъюнктивит Острый ринит Кашель Диарея Осиплость Единичные афты полости рта Вирусная экзантема

врачом и не требует наличия специальной лаборатории. Средние специфичность и чувствительность современных тест-систем составляют 94 и 97% соответственно. Подобные характеристики позволяют не рекомендовать дублирующее бактериологическое исследование при отрицательном результате экспресс-теста, как это делалось раньше. Условия забора материала для бактериологического исследования или выполнения экспресс-теста:

- до начала антибактериальной терапии;
- до утреннего туалета полости рта, на-тощак или через 2 часа после еды;

(Окончание.

Начало в № 47 от 30.06.2017.)

При выявлении внутричерепных гематом и отсутствии клинических проявлений возможна выжидательная тактика, но только в том случае, когда обеспечена возможность многократного неинвазивного мониторинга внутричерепного состояния. При стандартном применении КТ и МРТ такая тактика принципиально невозможна, а ТУС позволяет решить эти проблемы. При обследовании 1204 детей с лёгкой травмой головы (в возрасте от первых часов до 18 лет) диагностическая чувствительность УС составила 93%, а диагностическая специфичность – 96%. Больные с неотложными состояниями представляют разнородную по этиологии и клиническим проявлениям группу, имеющую серьёзный прогноз. Эти пациенты часто могут быть нетранспортабельными, иногда даже в пределах стационара. У них чрезвычайно важным является проведение прикроватной диагностики с целью выявления характера первичных повреждений, раннего обнаружения признаков отёка и дислокаций головного мозга, а также объективной оценки их динамики. Возможности УС в решении этих задач изучены в группе из 250 детей. У этих пациентов диагностическая чувствительность УС составила 95,2%, а диагностическая специфичность – 80%. Для ранней диагностики, мониторинга и улучшения исхода у новорождённых с критической незрелостью, чрезвычайно важным является выявление внутричерепных геморагий в первые дни жизни с оценкой интраскопической динамики в течение последующих нескольких месяцев. Традиционная чрезродничковая УС не может решить этих проблем в связи с тем, что позволяет визуализировать лишь часть внутричерепного пространства, причём чем меньше передний родничок, тем меньше зона визуализации. В последнее время отмечается чёткая тенденция к уменьшению размеров переднего родничка даже у доношенных здоровых новорождённых. У глобоконедоношенных передний родничок составляет менее 1 см. В условиях маленьких родничков традиционная чрезродничковая УС – это «интраскопия через замочную скважину». Сочетание чрезродничковой УС с ТУС позволяет осмотреть всё внутричерепное пространство. Для оценки перспективы применения ТУС у новорождённых выбрана наиболее тяжёлая группа – 1494 глубоко недоношенных в возрасте 25-32 недель, среди которых у 319 (21,3%) были тяжёлые формы внутрижелудочковых кровоизлияний. Проведение им МРТ сопровождалось риском существенного ухудшения состояния. Особое значение имело одновременное клинико-интраскопическое исследование, которое может проводить врач, не извлекая новорождённого из инкубатора (кувеза), то есть осуществлять минимально инвазивную внутрикувезную нейровизуализацию в режиме реального времени, при которой не нужна седация. Применение транскраниально-чрезродничковой УС у глубоко недоношенных новорождённых позволяет выявить структурные

- под контролем орофарингоскопии;
- следует избегать контакта с зубами и языком;
- материал получают из устьев крипт нёбных миндалин и задней стенки глотки. При несоблюдении описанных выше условий информативность диагностических методов снижается, в связи с чем приходится принимать во внимание данные анамнеза и клинической картины. Исследование уровня антистрептолизина-О (АСЛ-О) сыворотки крови является инструментом исключительно ретроспективной диагностики, так как он повыша-

Новый принцип диагностики в нейрорепедиатрии

внутричерепные изменения в 86% случаев. Остаются недостаточно хорошо не визуализированными гипоксические повреждения, для диагностики которых необходимо проведение УС мониторинга. Возможности ТУС в амбулаторной клинической практике изучены у 300 детей в возрасте от периода новорождённости до 18 лет с цефалгией или судорожным синдромом, а также задержкой психомоторного развития. В этой группе пациентов чувствительность ТУС в выявлении структурных внутричерепных изменений составила 67,8%, а специфичность – 99,6%. Использование клинико-сонографического скрининга в оценке неврологического состояния при амбулаторном консультировании детей с цефалгиями, судорожным синдромом или задержкой психомоторного развития повышает эффективность неврологической оценки на 17,6%. Осуществляя системный подход к оптимизации диагностики патологии головного мозга у детей, мы ввели в качестве обязательного дополнения к оценке неврологического статуса УС интраскопию, осуществляемую этим же врачом. Накопленный репрезентативный материал позволил нам обосновать новые более эффективные лечебно-диагностические алгоритмы в нейрорепедиатрии. Проведённые исследования применения ТУС в неврологии у детей выявили, что общая частота встречаемости заболеваний головного мозга при прогностически значимых структурных внутричерепных изменениях на этапе доклинических нарушений заболевания составляет 5,6-7,6%, что характеризует высокие компенсаторные возможности центральной нервной системы в детском возрасте. Общая эффективность ТУС при проведении клинико-сонографического осмотра при заболеваниях и повреждениях головного мозга у детей в возрасте от 0 до 18 лет составляет 90,3-97,6%. Коэффициент согласованности kw между методами нейровизуализации ТУС, КТ и МРТ свидетельствует о заметном и очень хорошем согласии методов ($p < 0,001$) и определяет перспективность использования клинико-сонографического осмотра в широкой клинической практике. ТУС как основной метод внутричерепного скрининга у детей Главным преимуществом ТУС является соответствие требованиям, предъявляемым к технологиям скрининга, минимально инвазивного мониторинга и прикроватной экспресс-диагностики. Эта технология эффективна для выявления любых инородных внутричерепных тел. В то время как КТ «не видит» пластмассовых тел, например пуль,

ется лишь на 7-9-й день стрептококковой инфекции, а также может отражать ранее перенесённые заболевания или хроническую инфекцию. Кроме того, согласно МУ 3.1.1082-01 «Эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией», для наблюдения за распространением токсигенных коринебактерий дифтерии бактериологическое обследование на их наличие необходимо проводить с диагностической целью всем больным при подозрении на дифтерийную этиологию заболевания, в том числе больным ангинами с патологическим выпотом на миндалинах. Верификация конкретного возбудителя (аденовирус, вирус парагриппа и др.) при вирусном заболевании не имеет практической ценности, так как не влияет на лечебную тактику, и может быть использована только для научно-исследовательских целей. Исключение могут составлять лишь случаи подозрения на грипп в связи с наличием средств этиотропного лечения. Выделение при микробиологическом исследовании грибов должно интерпретироваться в контексте клиники заболевания и фарингоскопической картины, так как они могут присутствовать в ротоглотке и в норме.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальной диагностики требует обычно синдром боли в горле и фарингоскопические признаки воспаления. Необходимо помнить, что боль в горле может быть симптомом многих местных и системных воспалительных процессов. Боль в горле и фарингоскопические изменения могут возникать при механическом

и химическом раздражении (гастроэзофагальный рефлюкс, курение, использование ингаляционных глюкокортикостероидов, стекание отделяемого по задней стенке глотки при постназальном синдроме и интраназальных лекарственных препаратов и т.д.). Для исключения инфекционного моноуклеоза (острой Эпштейна – Барр вирусной или цитомегаловирусной инфекции) необходима оценка всех доступных пальпации групп лимфатических узлов, определение размеров печени и селезёнки. В подозрительных на инфекционный моноуклеоз случаях необходимо лабораторное исследование, однако надо помнить, что даже такие ранние маркёры, как «атипичные мононуклеары» и иммуноглобулины М к EBV или CMV, могут появляться только на 4-7-е сутки заболевания. Любые признаки асимметрии зева, задней стенки глотки, боковых столбов глотки, односторонний отёк шеи в обязательном порядке должны рассматриваться как возможный гнойный процесс в клетчаточных пространствах шеи, а также вызывать онкологическую настороженность. Язвенно-некротические процессы в ротоглотке зачастую могут быть следствием специфической инфекции, иммунодефицита или аутоиммунных процессов. При атипичной фарингоскопической картине и/или неэффективности стандартной терапии необходимо исключение таких инфекций, как гонорея, сифилис. (Окончание следует.) Под редакцией главного оториноларинголога Минздрава России профессора Николая ДАЙХЕСА.

специализированной службы, состоящей из нескольких неврологов, осуществляющих исследование поочерёдно на одном переносном приборе в различных медицинских учреждениях. Это мы уже осуществили на практике. Основной проблемой, которая в настоящее время является неразрешимой, – это получение официального права неврологам и нейрохирургам выполнять ТУС. Для этого необходимо получить специальность врача ультразвуковой диагностики. Решение проблемы – создание кратких курсов по нейросонографии для врачей неврологов и нейрохирургов, позволяющих им самим проводить клинико-сонографическое исследование. Это требует организационных решений. Мы выражаем благодарность коллегам, которые принимали то или иное участие в нашем многолетнем исследовании: М.Зеленкевич, Г.Икоевой, И.Крюковой, А.Мидленко, А.Овчаренко, Т.Паутницкой, С.Шапарюк, и надеемся, что накопленный опыт получит дальнейшее распространение. Если компьютерная рентгеновская томография совершила революцию в диагностике в неотложной медицине, а магнитно-резонансная томография – в плановой, то транскраниальная ультрасонография, по нашему мнению, должна тоже рассматриваться как революционная технология, прежде всего в профилактической нейродиагностике. Итак, найдено, технологически, клинически и научно разработано, а главное, внедрено в практику новое перспективное направление в нейрорепедиатрии, основанное на неинвазивной методике, – транскраниальная ультрасонография. Существенно, что новый подход к диагностике, мониторингу и скринингу в нейрорепедиатрии и новый принцип использования клиницистом одновременного клинико-интраскопического обследования у детей являются достижением отечественной медицины и привносят ей мировой приоритет.

Александр ИОВА, профессор, Людмила ЩУГАРЕВА, доктор медицинских наук, Юрий ГАРМАШОВ, профессор, Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург. Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, Национальный научно-практический центр нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко, Москва.

По словам секретаря Европейской федерации нейрореабилитационных обществ профессора Фолькера Гёмберга (V.Noemberg, Германия), «пока что за исключением антидепрессантов, у нас нет лекарств, которые могли бы ускорить восстановление мозговых функций в подостром периоде инсульта, несмотря на миллионы долларов, потраченных на исследование нейропротекторов» (см. «МГ» № 60 от 14.08.2015). Однако в будущем, прогнозирует Гёмберг, ситуация может измениться, поскольку сейчас изучается несколько потенциально эффективных лекарств для нейрореабилитации. О некоторых результатах таких исследований можно было услышать на сателлитном симпозиуме компании Эвер Фарма (Ever Pharma) «Место фармакотерапии в нейрореабилитации», состоявшегося в Москве в рамках IX Международного конгресса «Нейрореабилитация – 2017».

С докладом о новых возможностях восстановления двигательной активности после инсульта на симпозиуме выступил президент Румынского общества по изучению нейропротекции и нейропластичности, президент Общества неврологов Румынии Дафин Мурешану (D.Muresanu). По его словам, реабилитация – это «процесс достижения максимально возможного физического, функционального, когнитивного и психосоциального восстановления в зависимости от степени инвалидизации и индивидуального биологического резерва». Существуют две модели восстановления нарушенных функций – медицинская (в которой акцент делается на диагностике заболевания и специфическом лечении) и реабилитационная (с акцентом на активность самого больного, его индивидуальные потребности, междисциплинарный подход, социальную интеграцию и адаптацию). Во второй модели невролог играет роль координатора междисциплинарной команды, которая помогает возвращению больного в социум.

Тенденции

В Барнауле прошла межрегиональная научно-практическая конференция для провизоров и фармацевтов Сибирского федерального округа «Сельская аптека. Современный подход к повышению доступности лекарственных препаратов для населения». Модератором выступила заместитель министра здравоохранения Алтайского края Елена Кравец.

Аптека для сельчан

Как повысить доступность лекарственного обеспечения в Алтайском крае

В конференции приняли участие специалисты из Москвы, Горно-Алтайска, Красноярска, Читы, Томска, Новосибирска и других городов.

– Актуальность мероприятия трудно переоценить. Фармацевтическая и аптечная деятельность в нашей стране постоянно претерпевает определённые изменения, прежде всего на законодательном уровне. Именно эти вопросы подробно рассматривались на конференции. Практикующие специалисты смогли не только улучшить свои знания, но и в определённой степени повысить уровень квалификации,

Итоги и прогнозы

Делай как мозг

Нужна ли фармакологическая поддержка нейрореабилитации?

«Не медицина, а администрация играет главную роль в деле помощи раненым и больным на театре войны», – писал великий Н.Пирогов, подчёркивая первостепенное значение организации медицинской помощи (сортировка раненых, этапное лечение и т.д.). Эти слова справедливы и в отношении больных после инсульта. Создание инсультных палат (stroke units) и сосудистых центров позволяет существенно улучшить исходы острого ишемического инсульта. Ранняя и продолжительная (если необходимо, в течение нескольких недель) реабилитация вносит значимый вклад в повышение качества жизни таких больных. Однако консенсуса по поводу начала и интенсивности реабилитации в остром периоде инсульта пока не найдено. Например, по данным исследования AVERT, слишком ранняя (в первые сутки) мобилизация после инсульта может привести к ухудшению исходов 3 месяца спустя. Коснувшись фармакологической поддержки нейрореабилитации, Мурешану разделил все нейропротективные лекарства на три группы – нейросупрессоры, нейростимуляторы и нейромодуляторы. Первые две группы надежд не оправдали. Перспективным представляется мультимодальный подход, активизирующий регенеративные процессы самого мозга («делай как мозг» – do as brain does). Перспективными кандидатами считаются лекарства, обладающие мультимодальным действием (нейротрофическим, нейропротективным и нейрорегенераторным). К их числу относятся церебролизин – пептидный гидролизат вытяжки из головного мозга свиней. Этот препарат применяется в течение многих десятилетий. За

последние 25 лет в клинике профессора Мурешану церебролизин получали более 30 тыс. больных. Для оценки его эффективности при различных неврологических расстройствах в мире было проведено более 5,5 тыс. рандомизированных клинических испытаний (РКИ). О результатах CARS (рандомизированного плацебоконтролируемого двойного слепого многоцентрового РКИ церебролизина в сочетании с программой реабилитации в остром периоде инсульта) подробно говорилось на прошлогоднем форуме (см. «МГ» № 60 от 12.08.2016). В данном РКИ участвовали более 220 больных, профиль безопасности в группе получавших церебролизин оказался сопоставимым с группой плацебо. Для более объективной оценки результатов данное РКИ было решено продолжить, увеличив число больных с тяжёлыми парезами в руке (по шкале лёгкие парезы часто восстанавливаются спонтанно). На нынешнем симпозиуме были впервые представлены неопубликованные результаты CARS II. Несмотря на то, что по сравнению с CARS I парезы (по тесту функции руки ARAT) были более выражены, а среднее значение баллов по шкале инсульта NIH (NIHSS) было существенно ниже, метаанализ выявил аналогичную динамику этих показателей спустя 90 дней (в группах, получавших церебролизин, они оказались лучше по сравнению с группами плацебо). Таким образом, фармакологическая поддержка нейрореабилитации требует, во-первых, новых концепций. Во-вторых, могут быть использованы лекарства с мультимодальным действием (нейромодуляторы) на разных этапах восстановления. В-третьих, они должны назначаться

в оптимальных дозировках в течение длительного времени.

– Реабилитация начинается в отделе реанимации, – утверждает один из лидеров восстановительной неврологии профессор Пауль Шёнле (P.Shoenle, Германия) (см. «МГ» № 86 от 05.11.1997). Иллюстрацией этого тезиса стал доклад директора Клинического института мозга, профессора кафедр нервных болезней и анестезиологии-реаниматологии Уральского государственного медицинского университета Андрея Белкина (Екатеринбург) «Фармакомодуляция нейропластичности в реабилитации». Нейропластичность (понимаемая как способность нервной системы к перестройке на разных уровнях для восстановления нарушенной функции или компенсации возникшего дефекта) может быть быстрой и медленной. Быстрая нейропластичность при острой мозговой недостаточности связана с развитием торможения нейронов коры в первые часы после инсульта. Снижение церебрального метаболизма приводит к снижению уровня сознания. Поэтому практикуется внутривенная седация и введение антиконвульсантов. Медленная нейропластичность включает спраунтинг (появление новых проводящих путей), синаптогенез, активизацию межсинаптических связей и замещение утраченных функций. Функциональная магнитно-резонансная томография позволяет проследить эти процессы у конкретного больного, осуществляя таким образом мониторинг нейропластичности. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) двигательных центров выявляет не только функционально активные двигательные центры, но и неактивные (потенциальные) центры,

что позволяет объективизировать реабилитационный потенциал и выявлять перспективных больных. Навигационная ТКМС (нТКМС) применяется для оценки эффективности нейрометаболических препаратов. Помимо вышеупомянутого РКИ CARS, эффективность и безопасность церебролизина для поддержки двигательной реабилитации изучалась в РКИ ECOMPASS. Применялись те же дозировка и продолжительность введения препарата (30 мл в день в течение 21 дня), но реабилитация была более длительной и более интенсивной. Сейчас проводится аналогичное РКИ COMPRIS-ARM, в котором сравнивается динамика топологии двигательных центров кистей в коре обоих полушарий, порога двигательного ответа, его амплитуды и латентности по результатам нТКМС. Пока обследованы 10 больных. Выявить модулирующий эффект исследуемого препарата в условиях, когда стандартизация реабилитационных программ отсутствует, затруднительно.

Доклады вызвали живой интерес аудитории, о чём свидетельствовало количество заданных вопросов. Не приведёт ли стимуляция нейропластичности к тератогенезу? Наоборот, отвечал профессор Мурешану, церебролизин стимулирует дифференцировку нейронов, и поэтому назначается даже при глиобластомах. Препарат вводился десяткам тысяч больным после инсульта и черепно-мозговой травмы, и ни одного случая мозговых опухолей отмечено не было. В какой дозе и как долго можно назначать препарат? Это зависит от тяжести инсульта: при тяжёлых случаях доза составляет 30 мл в день, в лёгких может быть уменьшена до 10-20 мл; минимальный курс лечения – 10 дней. В подостром и отдалённом периоде рекомендовано проводить три курса в течение года. Почему именно церебролизин? Потому, сказал Мурешану, что в Европе никакого другого нейромодулятора не зарегистрировано, а патент на данный пептидный препарат истекает только в 2027 г.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Конкурсы

«Признание» выявило лучших

В Хабаровске подвели итоги регионального конкурса «Признание» среди работников здравоохранения.

В этом году победителями и призёрами конкурса «Признание» стали 35 врачей, 2 провизора, 18 медицинских работников среднего звена, 2 фармацевта из Амурского, Верхнебуреинского, Комсомольского, Нанайского, Солнечного, имени Лазо районов, Хабаровска, Комсомольска-на-Амуре.

– Ваш труд всегда был и остаётся самым благородным и востребованным в обществе, – сказала на церемонии награждения Ирина Радомская, исполняющая обязанности министра здравоохранения региона. – Именно вы помогаете преодолевать болезни и недуги, возвращаете радость жизни. Работа врача требует самоотверженности, готовности молниеносно принимать важные решения, брать на себя ответственность за жизнь пациента. Число сохранённых жизней измеряется сотнями. Вы успешно осваиваете инновации, активно наращиваете объёмы высокотехнологичной медицинской помощи. Ярким подтверждением высочайшего вашего мастерства служат уникальные операции, которые с успехом проводятся в клиниках края.

Лучшей медицинской организацией края в этом году стал Клинико-диагностический центр, лучшим руководителем – главный врач Станции скорой медицинской помощи Хабаровска Виталий Пустовой. Также определены лучшие педиатр, терапевт, хирург, акушер-гинеколог, стоматолог, инфекционист, параклинист, психиатр, онколог, врач экстренной медицинской помощи.

В номинации «Лучший средний медицинский работник» награды получили медсёстры, в том числе главные, фельдшеры городских и районных учреждений, акушерки и провизоры.

Старшей операционной медицинской сестре Краевой клинической больницы № 1 Лидии Пономарёвой достался специальный приз «За верность профессии», в номинации «Молодость. Новаторство. Талант» – хирургу Клинико-диагностического центра Андрею Панёнкову.

«За лучшее освещение вопросов здоровья и охраны здоровья населения» награждена директор филиала Государственной телевизионной радиовещательной компании «Дальневосточная» Екатерина Серикова.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Хабаровск.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Барнаул.

В Москве прошла очередная XIV ежегодная конференция «Фёдоровские чтения» – не юбилейная по счёту, но юбилейная по сути, посвящённая 90-летию со дня рождения выдающегося офтальмолога, академика Святослава Фёдорова, создателя первого в стране медицинского центра с сетью региональных филиалов – Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза».

Феномен Фёдорова

Открывая форум, генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Александр Чухраёв сказал:

– Историки ещё долго будут изучать феномен С.Фёдорова – человека, так много сделавшего для своей Родины. Он смог решить одну из важнейших социальных задач государства – сформировать целостную систему охраны зрения. Неоспорима огромная роль Святослава Николаевича в развитии не только российской, но и мировой офтальмологии и офтальмохирургии. Философия и идеология, заложенные им при создании МНТК, до сих пор работают в полную силу. Академику С.Фёдорову принадлежит фраза «Человек стоит того, что он оставил после себя». Перечисление того, что оставил после себя сам Святослав Николаевич, заняло бы не один час. И, пожалуй, главная составляющая его наследия – это огромная плеяда учеников и последователей во всех уголках нашей страны и за рубежом.

Подтверждением этих слов стал рассказ одного из зарубежных участников конференции, профессора Кодо Окуяма (Токио, Япония) о том, как встреча с С.Фёдоровым изменила его жизнь. Терапевт по образованию, К.Окуяма в конце 70-х годов в одном из журналов прочёл заметку, что в СССР профессор Фёдоров исправляет близорукость, делая операцию алмазным ножом. И молодой японский доктор отправился на лечение в Москву, чтобы избавиться от очков.

– Познакомившись с Фёдоровым и его детищем – МНТК, – я был настолько восхищён увиденным, что сам обучился офтальмологии и в 1983 г. открыл первую в Японии клинику рефракционной хирургии, – говорит профессор Окуяма.

Эволюция знаний

По словам заместителя генерального директора МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова по организационной работе и инновационному развитию, доктора медицинских наук, профессора Назира Ходжаева, «Фёдоровские чтения» – это особый формат научной конференции, он полностью соответствует изначальной идее, заложенной Святославом Николаевичем при создании МНТК. Эта идея – генерирование и тиражирование прогрессивных микрохирургических технологий на пространстве всей страны. Одиннадцать клиник МНТК, представленных от Хабаровска до Санкт-Петербурга, по сути, являются базовыми образовательными центрами офтальмохирургии для региональных специалистов. А «Фёдоровские чтения» – форум, где офтальмологи со всей страны имеют возможность обменяться опытом, обсудить проблемные вопросы и, конечно же, получить новые знания. Более тысячи офтальмологов, принявших участие в 20 тематических секциях – масштабы нашего форума. Таким образом, конференция «Фёдоровские чтения» выполняет задачу научно-практического мониторинга развития офтальмохирургии в целом на территории Российской Федерации.

Ещё одна особенность данной конференции в том, что она является площадкой широкой дискуссии по вопросам, которые находятся на острие мирового на-

учного поиска. Вот почему слова «инновационность» и «фундаментальность» были наиболее часто встречающимися в названиях секций и докладов, которые охватывали не только вопросы хирургии.

– В связи с увеличением продолжительности жизни человека неуклонно растёт количество людей с дистрофическими изменениями сетчатки. Эта возрастная патология стала вызовом современной офтальмологии. Круг научного поиска складывается из

Кстати, в 2016 г. на крупнейшем мировом научном офтальмологическом форуме – Американской академии офтальмологии – было наконец высказано консолидированное мнение о целесообразности раннего хирургического подхода в лечении глаукомы. Понадобилось четыре десятка лет, чтобы мировое офтальмологическое сообщество, накопив достаточный опыт и знания, пришло к той мысли, которую академик С.Фёдоров высказывал ещё в 70-е годы прошлого столетия!

рвом в области решётчатой пластинки, в оболочках зрительного нерва (речь, безусловно, не идёт о классических лимфатических узлах и сосудах). Мы сформулировали гипотезу о наличии оттока внутриглазной жидкости через протективную (лимфатическую) систему с целью утилизации продуктов метаболизма и клеточной деструкции, – рассказывает заместитель директора Новосибирского филиала МНТК по научной работе, доктор медицинских наук, профессор Александр Трунов.

Деловые встречи

Если работать, то неистово

Коллеги и ученики Святослава Фёдорова продолжают следовать его принципам

изучения механизмов повреждения сетчатки и ретинального пигментного эпителия, разработки способов визуализации и ранней диагностики патологических изменений на самых ранних, субклинических стадиях заболевания, а также использования нанотехнологических возможностей для адресной доставки лекарственных препаратов в соответствующие ткани-мишени глаза, – говорит Н.Ходжаев.

В Центре фундаментальных и прикладных медико-биологических проблем МНТК достигнуты серьёзные успехи, в частности в направлении регенеративной медицины. Сотрудники МНТК научились подвергать специальной обработке и стимуляции определённые донорские клетки, существенно усиливая их ростовой и регенераторный потенциал. Речь идёт об использовании клеточных технологий для повышения функции пигментного эпителия сетчатки.

Другое направление исследований, которому в программе конференции было отведено особое место, – диагностика и лечение глаукомы.

– В последние годы глаукома перешла в структуру причин слепоты и инвалидизации со второго рангового места на первое, опередив катаракту. Это является большой проблемой для отечественной офтальмологии. На протяжении многих лет продолжалась дискуссия о приоритете консервативной или хирургической тактики лечения. Именно академик С.Фёдоров был первым, кто более 40 лет назад высказал мнение, что глаукома является хирургической патологией, и, чтобы сохранить пациенту зрение, нужно проводить раннее хирургическое вмешательство. Такая операция – непроникающая хирургия глаукомы – была разработана в МНТК профессором Валентином Козловым. Мы развиваем данное направление, модифицируя технику оперативного вмешательства, повышая его гипотензивный эффект, – продолжает профессор Н.Ходжаев.



Полученные сибирскими учёными знания ложатся в основу создания эффективных и патогенетически обоснованных технологий лечения пациентов с глаукомой.

Из личного опыта

Неизменно огромный интерес участников «Фёдоровских чтений» вызывает обсуждение наиболее сложных клинических случаев. Так, в ходе видеосимпозиума «Нестандартные клинические случаи в практике катарактального хирурга» докладчики продемонстрировали видеофильмы, сопровождающиеся комментариями и обоснованием выбранной ими методики. Последующие дискуссии с аудиторией позволили обсудить предложенную методику операции, подчеркнуть её преимущества и сформулировать рекомендации для практикующих офтальмохирургов.

С редкими и сложными случаями диагностики и подходами к лечению при глазных опухолях у взрослых и детей участники конференции смогли ознакомиться на заседании секции «Редкие и сложные клинические случаи в офтальмоонкологии».

– Сегодня мы можем выполнять эндорезекции внутриглазной опухоли, одновременно удалять внутриглазную опухоль и оперировать катаракту с имплантацией искусственного хрусталика, проводить сложные варианты реконструкции века, орбиты после удаления больших объёмов поражённых тканей. Однако мы прекрасно понимаем, что невозможно правильно и успешно работать в области офтальмоонкологии, особенно с запущенными формами злокачественных опухолей, если не установлено взаимодействие с онкологической службой. Поэтому начали активно сотрудничать с Научно-исследовательским институтом онкологии им. Н.Н.Петрова Минздрава России, поставив задачу разрабатывать новые методы лечения, – говорит заместитель директора Санкт-Петербургского филиала МНТК по научной работе, доктор медицинских наук, профессор Ирина Панова.

Травмы глаза остаются по сегодняшний день, наверное, самой драматичной страницей офтальмологии. Здесь для обсуждения проблем объединили усилия специалисты школы академика Святослава Фёдорова и школы профессора Розы Гундоровой. Фильм, посвящённый её памяти, продемонстрированный перед началом секции «Офтальмотравматология», стал признанием сплочённости и верности нынешнего поколения врачей высоким традициям, заложенным их учителями.

Система, проверенная временем

С.Фёдоров был не только выдающимся учёным и хирургом, но и новатором в организации медицинской помощи, её экономике. Именно он впервые применил понятия «хозрасчёт» и «бригадный метод работы» в отечественной офтальмологии. В 80-е годы придуманная и реализованная им модель работы медицинского учреждения выглядела поистине революционно. Актуальна ли эта модель сегодня? Вот как ответил на этот вопрос генеральный директор МНТК «Микрохирургия глаза» Александр Чухраёв:

– Академик Фёдоров предложил систему, которая позволяла оказывать офтальмологическую помощь одинаково высокого уровня на территории всего Советского Союза. Сохранилась ли она до сего времени? Да. Но, как всякая система, она, естественно, саморегулируется и самообновляется.

Думаю, будь Святослав Николаевич жив, он бы очень удивился тому, каких высот достигла современная офтальмология. В одном из интервью в 80-е годы он сказал: «Когда мы завершили создание МНТК, каждый филиал будет выполнять 10-12 тыс. операций в год». Сегодня филиалы МНТК в регионах делают 27 тыс. операций в год, а весь комплекс выполняет почти 300 тыс. Я уже не говорю о степени их сложности.

Ставя перед коллективом высокие цели, С.Фёдоров подрабатывал их достижение не экстенсивным методом, а путём интенсификации. Внедрённая им форма бригадной организации работы и оплаты труда сотрудников по коэффициентам была направлена именно на это: меньшим числом людей выполнять большие объёмы. Правда, уже после С.Фёдорова была попытка отступить от этого принципа, но 5 лет назад мы вернулись к нему. Предварительно провели расчёты: сколько операций может выполнять одно учреждение системы МНТК в день, сколько для этого понадобится микроскопов, фактоэмульсификаторов, лазерных установок, диагностического оборудования, каковы будут затраты времени каждого сотрудника на выполнение такого объёма работы, сколько вспомогательного персонала необходимо для обеспечения всех процессов. Имея такие данные, мы приобрели самое лучшее оборудование, внедрили новейшие технологии. И сегодня в системе МНТК работают на 500 человек меньше, а операций мы делаем на несколько десятков тысяч больше. Мы можем получить ещё более высокие результаты. Наши технологии позволяют до 80% больных оперировать с однодневной госпитализацией или вообще без госпитализации, а нормативы предписывают 3-4 и даже более дней пребывания пациента в стационаре.

В целом же модель офтальмологической службы, созданная академиком Фёдоровым 30 лет назад, остаётся не только жизнеспособной сегодня – это модель медицины будущего. Именно по аналогии с МНТК в России начали строить сети профильных высокотехнологичных медицинских центров в федеральных округах.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Юбилейный 30-й международный конгресс с курсом эндоскопии «Новые технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний» состоялся в Москве, в Национальном научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова. Он собрал свыше 800 участников из 19 стран, 84 субъектов Российской Федерации. Организованный два с половиной десятилетия назад по инициативе академиков Владимира Кулакова и Лейлы Адамян, конгресс стал одним из популярных научных мероприятий, в котором традиционно принимают участие ведущие учёные, авторитетные специалисты Европы, Азии, Америки.

Памятное «путешествие»

Однажды в минуты откровенности директор Национального научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова академик РАН Геннадий Сухих рассказал о своих ощущениях, которые он испытал, когда, будучи ещё студентом 4-го курса, впервые «путешествовал» по брюшной полости пациентки, чтобы отслоить плаценту. «Пройдя печень, селезёнку, толстый кишечник, я был потрясён хрупкостью человеческого организма. Беременная матка оказалась тоньше папиросной бумаги!» – признавался он.

Об этом мне вдруг вспомнилось на конгрессе. И вот почему. Хотя нынешний форум (как, впрочем, и предыдущие) и был посвящён в основном вопросам хирургии, пожалуй, впервые на нём очень отчётливо прозвучала мысль о разумной достаточности и обоснованности оперативных вмешательств, бережном отношении к человеческому организму. Она прослеживалась во многих выступлениях, но тон разговору, как мне кажется, задавал профессор В.Гомель (Канада), посвятивший своё выступление трансплантации матки. Несколько лет назад вся медицинская общественность бурно обсуждала рождение ребёнка, выношенного в пересаженном органе. Ещё бы! Учёные так долго шли к этому.

Всеми быть в меру

Первая трансплантация матки у человека была выполнена в Саудовской Аравии, но неудачно. Затем в Турции, тоже безрезультатно. Наконец в 2013 г. неоднократные попытки увенчались успехом: в Швеции через 12 месяцев после трансплантации в пересаженную матку был перенесён эмбрион, полученный в результате ЭКО, и женщина забеременела. Имелись три эпизода лёгкого отторжения, которые были пролечены кортикостероидами. Беременность завершилась кесаревым сечением. Родился ребёнок весом 1775 г. Через 3,5 месяца пациентке была выполнена гистерэктомия, чтобы удалить трансплантат. Продолжительность вмешательства по поводу этой гистерэктомии составила 4,5 часа.

Следует упомянуть, что при трансплантации матки одновременно задействованы две группы хирургов. Одна работает с донором, производя сложнейшую, очень длительную операцию по изъятию органа. Вторая начинает готовить реципиентку в соседней операционной к пересадке и выполняет её.

При этом нельзя не видеть риск обширного хирургического вмешательства, длительной анестезии, послеоперационных осложнений, снижение качества жизни у донора, отрицательное воздействие на его психику и риск со стороны реципиента, как хирургический, так и иммуносупрессии на фоне беременности.

– Для чего такие громадные усилия? – ставит вопрос В.Гомель. – Ранее врачи выполняли трансплантацию сердца, печени, лёгкого, чтобы продлить жизнь, или трансплантировали другие органы

(например, глотку), чтобы повысить качество жизни. Преданность донора, который идёт на столь серьёзные риски, чтобы другие женщины могли родить детей, превосходит наше понимание альтруизма. Озабоченность вызывают многие этические соображения.

По словам профессора, все матери или сёстры, которые выступили донорами матки, моложе 55 лет. Стоит задуматься: разве не было бы разумнее, с точки зрения практики, чтобы донор и выносила беременность, вместо того чтобы прибегать к таким обширным, сложным хирургическим вмешательствам сразу на двух женщинах. Это упростило бы процесс, по-

бенно ярко это прозвучало в докладе профессора Марка Курцера (Россия), поделившегося опытом внутриутробной хирургической коррекции spina bifida – порока развития позвоночника и спинного мозга у плода.

– Нам надо всё обсуждать с пациентами, рассказывать, какие существуют возможности лечения, какие могут быть последствия, осложнения, – подчеркнул профессор.

Порок spina bifida выявляется у 1-2 детей из 1000 новорождённых. Женщина должна сама решить, прерывать ли беременность (до 22 недель гестации) или пролонгировать.

Проблемы и решения

Оперировать? Оперировать! Но как и когда?

О радикальных и экономных вмешательствах, принципах разумной достаточности шёл разговор на конгрессе акушеров-гинекологов

звонило избежать рисков больших операций, вредного воздействия препаратов, которые принимались для того, чтобы предупредить отторжение трансплантата у реципиента. Ну и успех был бы намного больше.

– Техническая возможность не является сама по себе достаточной причиной для проведения трансплантации. Должны быть настоящие, валидные показания. Процедура должна быть полезной пациентке, при этом не носить вреда другому человеку, – считает В.Гомель.

Идея бережного отношения к пациентам заложена и в выступлении профессора А.Ваттёза (Франция), посвятившего сообщение оперативному лечению глубокого эндометриоза. Наблюдаются всё более тяжёлые случаи заболевания и у всё более молодых женщин. Оперировать или не оперировать пациенток с этой патологией, а если оперировать, то когда? Как сохранить фертильность у таких женщин? Как оперировать: радикально или экономно? Ведь после операции остаётся много спаек. Они могут привести к другой болезни, ничуть не меньшей. Вероятно, даже к развитию бесплодия.

Оперируя эндометриоз, можно повредить другие органы, находящиеся рядом, что грозит дисфункцией кишечника, мочевых путей и т.д.

– Мы, гинекологи, знаем яичники, влагалище, матку. Всё остальное – не наш опыт. Поэтому либо должны работать в междисциплинарной команде (что замечательно), либо получать все эти компетенции и оперировать самостоятельно, – сказал А.Ваттёз. – Риск хирургии нарастает при радикализации операции. Мой 30-летний опыт говорит о том, что надо постоянно балансировать, с одной стороны, между радикальностью хирургического вмешательства, потому что мы знаем, что чем оно радикальнее, тем вроде бы лучше. А с другой стороны, мы должны сохранить и функцию, и не только в послеоперационном, но и в отдалённом периоде. Нам нельзя не доличивать, но нельзя и перелечивать.

Первый российский опыт

Ещё одна мысль красной нитью проходила через большинство выступлений – обязательность полного информирования пациенток об имеющейся у них патологии и предстоящих вмешательствах. Всякое решение должно приниматься только с участием женщины. Осо-



В президиуме конгресса

Если она оставляет беременность, то классическим лечением является постнатальная коррекция порока. М.Курцер представил новый подход: внутриутробная открытая коррекция spina bifida с последующим пролонгированием беременности. Эта операция делается до 25 недель гестации. При ней меньше осложнений, чем при постнатальном хирургическом лечении.

Профессор подробно продемонстрировал методику операции, подчеркнув, что применяется эндотрахеальный наркоз, а ни в коем случае не региональная анестезия. Обязательно производится дополнительное обезболивание плода в момент вскрытия полости матки, показал, как осуществляется устранение дефекта у внутриутробного ребёнка, по какой методике зашивается матка.

Преимущества антенатальной коррекции состоят в том, что в 2 раза снижается частота установок вентрикулоперитонеального шунта, значительно улучшается двигательное развитие, у ребёнка выше мобильность и способность к самообслуживанию. Сообщение М.Курцера вызвало неподдельный интерес у присутствующих. А высказанное им сомнение, что приём фолиевой кислоты может предотвратить порок, нашло отклик у ряда специалистов, поскольку фолиевую кислоту сейчас принимают многие, но частота spina bifida не снижается.

Надёжная гавань

Спектр тем, обсуждаемых на конгрессе, оказался весьма широким. Программа включала пленарные заседания (такие как тактика ведения больных с миомой матки: от лекарственной терапии до хирургического лечения; новые технологии в охране женского здоровья) и секционные заседания (онкогинекология, репродуктология и др.), мастер-классы, школы экспертов.

Как отметила президент конгресса академик РАН Лейла Адамян, если первые мероприятия посвящались исключительно вопросам хирургического лечения гинекологических заболеваний, то в последующие годы появились сессии по фетальной хирургии, эндокринологии, патологии молочных желёз, регенеративной медицине и т.д. На конгрессе происходит обмен опытом и обсуждение насущных проблем. Российским специалистам есть чем поделиться и друг с другом, и с коллегами из-за рубежа.

– Мы гордимся органосохраняющими операциями при вращении плаценты, большим и широким объёмом оперативных вмеша-

клинических ситуаций и применяемых технологий с участием зарубежных экспертов. Конгресс стал проводником внедрения эндоскопической техники в России. По словам Л.Адамян, сегодня эндоскопические операции проводятся по всей стране не только днём, но и ночью, и не только в крупных центрах...

Не забывать об управлении

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, поздравляя с открытием Юбилейного 30-го конгресса, отметила:

– Наверное, в 1991 г., когда проводился первый конгресс, даже и не думалось, что это будет такое успешное мероприятие, прежде всего в плане развития эндоскопических технологий. В то время только начинала применяться лапароскопия, гистероскопия и другие методы, а сейчас мы видим колоссальный прогресс в этой области медицины на пользу нашим пациентам. В сложной демографической ситуации, когда количество женщин репродуктивного возраста уменьшается (в связи с демографической ямой, образовавшейся в 90-х годах), это особенно важно.

По словам Е.Байбариной, ухудшается, к сожалению, и репродуктивное здоровье женщин. За последние годы на 10% возросла частота эндометриоза, на 15% – жёсткого бесплодия. Наблюдается рост онкологических заболеваний репродуктивной системы. Ежегодно при диспансеризации взрослого населения выявляется более 18 тыс. случаев рака молочной железы, 3 тыс. – шейки матки, 2,5 тыс. – тела матки, 1 тыс. – яичников.

Только в 57% случаев рак молочной железы выявляется на I-II стадии, остальные случаи – уже в запущенной стадии. (При том, что в нашей стране маммографов больше, чем во всей Западной Европе). Свыше 20 тыс. женщин каждый год умирают от рака молочной железы, поэтому, по мнению руководителя департамента, вопрос упирается не в приобретение оборудования, а в организацию помощи, потоков больных, снятие барьеров для профилактических посещений женщинами врачей.

Е.Байбарина призвала акушеров-гинекологов больше внимания уделять раннему выявлению патологии, совершенствовать профилактику, в том числе и аборт.

– Здесь мы имеем неплохие результаты: за последние 5 лет количество аборт сократилось на 25%, – сказала она. – Но всё-таки их число велико: по желанию женщин прервано 400 тыс. беременностей. Цифра устрашающая.

Е.Байбарина выразила надежду на то, что на конгрессе, помимо обсуждения новейших технологий, найдут отражение и управленческие технологии, которые сейчас выходят на первый план. Она поблагодарила иностранных гостей – людей, известных во всём мире за то, что открыто делятся знаниями и способствуют улучшению помощи нашему населению.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Проблемы, связанные с резистентностью к антибиотикам, заставили искать пути проникновения их молекул внутрь клеток и подведения их непосредственно к ДНК и «рабочим» протеинам на ней. Так появился полусинтетический рифампицин, исходный материал которого был выделен из средиземноморского стрептомицеса, ставший противотуберкулёзным препаратом нового поколения (активен не только против туберкулёзных, но и других микобактерий, в частности тех, что вызывают проказу). Но даже в интернет-энциклопедии отмечается, что к рифампицину довольно быстро развивается устойчивость. Это заставило исследователей Университета Рутгерса в городе Нью-Брунсуик попытаться преодолеть антибиотиковое «проклятье», связанное с химическими мутациями молекулы микробной РНК-полимеразы, случающимися вследствие естественного развития биомолекул в агрессивной и токсичной среде.

В основе молекулярной метаморфозы лежит «заложенная» в молекулу ДНК тенденция к изменениям букв ген-кода, что приводит к смене аминокислот в белковых цепях, в данном случае полимеразы. Результатом этого становится неспособность фермента уменьшать активность, то есть «отвечать» на действие рифампицина. Рентгеноструктурный анализ показал, что по

Гипотезы

Против устойчивости

Дж.Уотсон и Ф.Крик, размышлявшие в начале 50-х годов о природе гена, послали из Кембриджа письмо в Nature с рисунком жены Крика, изображавшим двуцепочную спираль молекулы ДНК. Уже после присуждения им Нобелевской премии 1962 г. Крик сначала «расколол» генетический код, а затем доказал

соседству с активным центром энзима локализуется более 20 аминокислот, замена которых приводит к антибиотиковой резистентности и резкому снижению эффективности применения препарата. Интересно, что аманидин, представляющий собой октапептид – «осколок» протеина, состоящий из 8 аминокислот, надёжно блокирует функцию полимеразы. Это объясняет высокую ядовитость грибов рода аманиит (Amanita), самым известным из которых является бледная поганка.

Журнал Cell опубликовал статью химиков Рутгерского университета в городе Нью-Брансуик, которые создали аналог нуклеозида, представляющего собой соединение одной из «букв» нуклеиновой кислоты с сахаром. Последний конъюгировали с дипептидом, то есть двумя аминокислотами глицином

и глютамином, назвав всё вместе псевдоуридимидин (PUM). Авторы полагают, что меньшая «устойчивость» полимеразы к действию нового блокатора связана с большей таргетностью PUM по отношению к активному центру фермента и близостью нового мицина к одному из функционально значимых ионов магния, без которого энзим не может работать.

Действие препарата было опробовано на мышинной модели перитонита, вызванного гноеродным стрептококком (S.pyogenes). PUM, «проникая в святая святых» полимеразы, агрессивно конкурирует с одним из естественных продуктов синтеза РНК, что и останавливает её синтез и соответственно дальнейшую продукцию микробных белков». Статья учёных названа «Антибактериальный ингибитор бактериальной РНК-полимеразы».

наличие химического посредника между информацией, закодированной в последовательности цепей ДНК и белками. Таким посредником оказалась молекула информационной РНК (иРНК – messenger RNA), синтезируемая на одной из цепей с помощью фермента РНК-полимеразы (Pol).

Известно, что мицины (mycins) вырабатываются грибами (myces), действующими в качестве факторов антибиоза. Так ранее называли явление противоборства организмов и микробов, в ходе изучения которого А.Флеминг сделал своё наблюдение пагубного действия занесённых с улицы грибов на бактериальный «газон», выращенный на чашках Петри в лаборатории. Грибковая «поросль», растворявшая бактериальные клетки, относилась к роду кистевиков-пенициллов (Penicillium), что и дало название первому антибиотику, промышленное производство которого было налажено уже в ходе второй мировой войны. В победном 1945 г. Флемингу, Чейну и Флори присудили Нобелевскую премию, оценив их вклад в достижение победы в 25 дивизий. Флемингу приписывают также и открытие

антибактериального фермента наших слизистых, названного по-немецки лизоцим (сокращение от «лизирующий энзим»). У микроорганизмов нет резистентности к ферменту, что и спасает наши глаза, ротовую полость и другие слизистые от бактериальной и кокковой инфекций.

Ещё из одних грибов актиномицетов З.Ваксман выделил стрептомицин (названный по роду Streptomycetes), который стал первым действенным средством против туберкулёза. За выделение стрептомицина Ваксману присудили Нобелевскую премию в 1952 г. Тогда в начале 50-х казалось, что антибиотики навсегда покончили с инфекциями и болезнями, передающимися половым путём. Некоторые считают, что благодаря пенициллину свершилась сексуальная революция, поскольку люди перестали бояться сифилиса. Но уже в 60-е годы появились первые сообщения, связанные с выявлением случаев устойчивости микроорганизмов к антибиотикам, что сегодня выросло в самую настоящую проблему для медиков всего мира. И неудивительно, что учёные ведут активные поиски противодействия инфекционным агентам, давно «научившимся» не обращать внимания на ранее смертельные для них «мицины».

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

Идеи

Спи, моя радость, усни

Причина, по которой нам необходимо сон, состоит не только в том, что организму нужен отдых. Во сне мозг переходит в иное состояние, в котором избавляется от токсичных побочных продуктов нервной активности. Аналогичный процесс происходит и тогда, когда сна критически не хватает, но в этом случае мозг не может вовремя остановиться и вместе с «мусором» вычищает также и те нейроны и синапсы, которые отнюдь не являются субпродуктами.

Если провести аналогию, то мозг выкидывает не только картофельные очистки и коробки из-под яиц, но и шкаф, кресло и любимую собаку. Даже если человек пытается восполнить энергию, выпавшись позже, – восстановления нейронов и синапсов не происходит, шкаф, кресло, собака остаются на помойке.

Группа специалистов из Политехнического университета Марке (Италия) во главе с неврологом Микеле Беллеси исследовала мозг млекопитающих, чтобы разобраться, каким образом животные реагируют на недосып, и обнаружили, что между выпавшимися и страдающими

от сильного недосыпа мышами есть странное сходство. Нейроны в мозгу, как и другие клетки, постоянно обновляются, и за этот процесс отвечают глиальные клетки. В ходе фагоцитоза они «убирают» ненужные клетки. За обновление синапсов отвечают астроциты.

И астроциты, и глиальные клетки активны во время сна, но, как показали эксперименты, они же работают и во время недосыпа, причём со значительными перерывами, в результате чего мозг лишается большого количества здоровых клеток.

Исследователи изучили мозг мышей, разделённых на 4 группы: отдохнувшие мыши (6-8 часов сна); животные, которых периодически будили в неожиданное время; особи, которым не давали спать в течение дополнительных 8 часов, а также грызуны с хроническим недосыпом, которые провели пять суток без сна.

Измерив активность астроцитов, научная группа увидела, что у первой группы астроциты были активны в 5,7% синапсов. У второй – уже в 7,3%. Астроциты третьей группы демонстрировали активность в 8,4% синапсов, а у четвёртой, не спавшей длительное время, – в 13,5%. При

этом в первую очередь уничтожались те синапсы, которые использовались чаще всего.

С глиальными клетками и нейронами происходило то же самое – у мышей с хроническим недосыпом мозг фактически начинал поедать сам себя, разрушая и сами нервные клетки, и соединения между ними. Подобная активность глиальных клеток характерна для таких нейродегенеративных заболеваний, как, например, болезнь Альцгеймера. Что касается астроцитов, то их фагоцитоз происходил в основном при остром и хроническом недосыпе, неожиданные пробуждения не заставляли астроциты уничтожать синапсы.

Учёные отметили повышенную опасность недосыпа, указав на то, что именно хронический недосып заставляет глиальные клетки проявлять нездоровую активность. С учётом того, что в последнее время существенно увеличилось количество смертей от болезни Альцгеймера, по мнению специалистов, необходимо обращать особое внимание на количество и качество сна.

Борис БЕРКУТ.

По информации ScienceAlert!

Почему бы и нет?

В шоколадном ритме

Употребление шоколада в средних количествах может значительно снизить риск развития мерцательной аритмии.

Об этом сообщают учёные из Гарвардской школы общественно-го здоровья им. Чана (США), которые провели исследование среди более 55 тыс. жителей Дании. В ранее опубликованных статьях уже рассматривалась связь какао и содержащих его продуктов, таких как тёмный шоколад, со здоровьем сердечно-сосудистой системы – шоколад содержит большое количество флавонолов, которые помогают кровеносным

сосудам нормально функционировать. Однако о том, влияет ли шоколад на вероятность развития мерцательной аритмии, до сих пор не было известно.

Исследование началось в 1993 г. В период с 1993 по 1997 г. по всем 55 502 участникам были зафиксированы следующие сведения: индекс массы тела, уровень холестерина, кровяное давление, наличие диабета или сердечно-сосудистых заболеваний, рацион, образ жизни. Затем за респондентами наблюдали в среднем на протяжении 13,5 лет. За это время мерцательная аритмия развилась у 3346 человек.

Далее исследователи сопоставили данные о здоровье участников с тем, какое количество шоколада они употребляли.

Полезнее всего, как выяснилось, употреблять шоколад 2-6 раз в неделю в количестве почти 30 г (одна унция – 28 г). У таких людей риск развития мерцательной аритмии был ниже на 20%, чем у тех, кто ел шоколад реже раза в месяц. Одна порция в неделю снижала вероятность возникновения заболевания на 17%, от одной до трёх порций в месяц – на 10%. Если люди употребляли шоколад раз в день и чаще – риск был ниже на 16%. И у мужчин, и у женщин наблюдалась одинаковая зависимость.

Ян РИЦКИЙ.

По информации EurekAlert!

Исследования

Группа учёных из Нидерландов под руководством Тауланта Муки выяснила, что у женщин с ранней менопаузой чаще развиваются проблемы с сердцем, а кроме того, увеличен риск преждевременной смерти.

Чем раньше – тем хуже

Согласно официальной статистике, средний возраст наступления менопаузы составляет 51 год. Ранней считается менопауза, наступившая до 45 лет, – это происходит у одной из десяти женщин. Она может быть вызвана противоопухолевой терапией или же связана с операцией по удалению яичников.

Авторы считают, что менопауза, наступившая до 45 лет, может быть одним из признаков, указывающих на повышенную вероятность развития сердечно-сосудистых заболеваний. Это значит, что врачи должны относиться к таким женщинам более внимательно, своевременно направляя их на необходимые обследования – у них увеличен риск возникновения диабета, гипертонии и гиперлипидемии.

Выводы

В попытках сбежать от себя

Результаты исследования, представленные на международной конференции Американского торакального общества-2017, свидетельствуют о том, что пациенты, страдающие раком лёгких, наиболее подвержены риску совершения суицида.

В рамках исследования учёные изучили данные более 3,6 млн пациентов, собранные в электронной базе данных Национального института рака (США), и проанализировали показатели смертности в результате суицида при 4 наиболее распространённых видах онкозаболеваний: раке лёгких, молочной и предстательной желёз, колоректальном раке.

Удалось обнаружить, что в течение 40 лет было зарегистрировано

тех, у кого менопауза наступила до 45 лет, со здоровьем женщин, у которых менопауза наступила в более позднем возрасте.

Ранняя менопауза в 2 раза повышала риск развития коронарной болезни сердца и на 13% увеличивала вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний. Общий риск преждевременной смерти в этой группе также был увеличен.

Авторы предположили, что менопауза приводит к гормональным изменениям, что является причиной развития воспаления и повреждения сосудов. Впрочем, эту гипотезу ещё предстоит подтвердить.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

По информации Tech Times.

более 6,6 тыс. случаев суицида, связанных с диагностированием у пациента рака. Результаты показали, что уровень самоубийств больных раком был на 60% выше, чем среди населения в целом. У пациентов с раком молочной и предстательной желёз риск суицида возрастал на 20%, среди больных колоректальным раком – на 40%.

Наиболее высокий уровень самоубийств наблюдался среди пациентов, страдающих раком лёгких. По словам авторов исследования, большинство врачей не всегда учитывают суицидальный риск у пациентов с онкологией.

Алина КРАУЗЕ.

По информации thoracic.org.

Новые подходы

С помощью тока

Сотрудники Венского института вирусологии (Австрия) нашли новый и достаточно эффективный метод лечения венерических заболеваний. Так, по их мнению, эффективно и быстро устранять микроорганизмы, которые спровоцировали такой патологический процесс, можно при помощи электрического тока. Отмечается и то, что данный метод лечения пока что применим только для мужской половины человечества. Со временем предполагается сделать эту процедуру и для женщин, однако на данный момент это невозможно ввиду физиологических особенностей.

Принцип лечения электрическим током заключается в следующем – вокруг полового органа мужчины закрепляется специальный электрод, после чего медицинский работник вводит в уретру графитовую палочку и включает аккумулятор. В результате этого, болезнетворные микроорганизмы, которые

стремятся зарядить графитовую палочку, просто погибают.

Что касается мощности аккумулятора, то она вполне безопасна для человеческого организма, так как не превышает объёма батареи от мобильного телефона. Следует отметить, что идея лечения венерических заболеваний электрическим током возникла

уже давно и даже проходила некоторые клинические испытания.

Однако, как показали результаты исследований, такие методы терапии были менее эффективными, чем приём соответствующих медикаментов. Последние же испытания показали более утешительные результаты, однако доработки ещё требуются. Учёные надеются, что в скором времени лечение электричеством будет использоваться в широкой практике.

Вне зависимости от того, какие методы лечения ЗППП будут использоваться в дальнейшем, на первом месте всё равно должна стоять профилактика. Самым простым и действенным методом является использование барьерных методов контрацепции.

В центре внимания

На новый лад

В США сенаторы-республиканцы представили вариант законопроекта по замене действующей реформы здравоохранения Obamacare. Американский президент Дональд Трамп выразил надежду, что сенат примет новый проект реформы здравоохранения.

Однако судьба обнародованного законопроекта поставлена под сомнение – четверо сенаторов-республиканцев уже заявили, что не готовы поддержать эту версию законопроекта во время голосования. Отмечается, что четырёх голосов «против» достаточно, чтобы проект новой реформы здравоохранения был отклонён.

Сообщается, что 142-страничный документ, который разрабатывался за закрытыми дверями представителями Республиканской партии, сохраняет структуру документа, предложенного палатой представителей, при этом имеет несколько ключевых отличий. В частности, предлагается сократить налоговые льготы на медицинское страхование, заменив их другими льготами, расчёт которых будет производиться в зависимости не от возраста граждан, как в версии палаты представителей, а от дохода участников программы.

Кроме того, сокращение финансирования государственной программы оказания медицинской помощи бедным (Medicaid)

предлагается проводить более умеренно и поэтапно, а также отменить взыскания с крупных работодателей, не предоставляющих медицинскую страховку своим работникам, и штрафы для незастрахованных граждан.

Демократы, как и прежде, критикуют законопроект, высказывая опасения по поводу того, что инициатива республиканцев негативно скажется на малообеспеченных слоях населения.

Примечательно, что в мае нынешнего года палата представителей конгресса США проголосовала за законопроект по замене Obamacare, предложенный республиканцами, с перевесом в один голос. При этом, по оценкам экспертов Бюджетного управления конгресса США, принятие новой версии реформы здравоохранения может оставить без медицинской страховки более 23 млн американцев к 2026 г.

Ситуация

Вакцинация беременных не влияет на повышение риска аутизма у детей. Такой вывод сделали исследователи из Северо-Калифорнийского медицинского центра Kaiser Permanente (США), проведя исследование среди 196 929 детей, из которых 3103 ребёнка страдали аутизмом.

Как известно, аутизм является генетическим расстройством развития нервной системы, причина которого в большинстве случаев неизвестна. Предполагается, что основную роль в развитии аутизма играют генетические и экологические факторы. Экспериментальные исследования на животных показали связь между активацией иммунной системы

Аутизм: вакцинация ни при чём

Исследование было проведено с целью проверки бытующего мнения, что вакцинация женщин в первый триместр беременности увеличивает риск аутистического расстройства. В исследовании были обработаны данные, собранные с 1 января 2000 г. до 31 декабря 2010 г.

Среди женщин, прошедших статистическое обследование, грипп был диагностирован в 1400 случаях (0,7% от общего количества), 45 тыс. женщин (23%) получили вакцинацию во время беременности. Общее количество детей с диагностированным аутизмом составило 1,6% от общего количества новорождённых, однако никаких статистически значимых показателей увеличения количества аутизма ни в одном из триместров выявлено не было.

матери во время беременности и мозговыми аномалиями у потомства, аналогичные тем, которые наблюдаются у детей, поражённых аутизмом.

В ряде эпидемиологических исследований также сообщалось о повышенном риске заболевания после перенесения женщиной инфекции во время первого триместра беременности, однако результаты не были статистически значимыми. При этом ни одно из проведённых исследований не изучало прямую связь между вакцинацией во время беременности и риска аутизма.

– Мы не призываем к вакцинации или к отказу от неё, – отметили сотрудники кайзеровского центра. – А только утверждаем, что никакой статистической связи между вакцинацией и аутизмом нет, и искать её просто не имеет смысла, – подчеркнули они.

Ракурс

Рождённый ползать летать не должен?

Группа исследователей из Бэйлорского медицинского колледжа (США) опубликовала работу, результаты которой могут заставить задуматься людей, часто летающих в дальние командировки. Джетлаг, или синдром смены часовых поясов, говорят специалисты, может вызвать не только бессонницу и головную боль, но и ожирение, а также некоторые заболевания печени, если он переходит в хроническую форму. Эксперименты с участием мышей показали, что постоянное расстройство дневных ритмов ведёт к набору веса и скоплению жира в печени, а у некоторых особей повысился уровень воспаления в организме, и, в свою очередь, это привело к развитию рака печени.

некоторое время они отметили, что мыши набирают вес. Дальнейшие обследования показали, что у животных произошло нарушение метаболизма печени, что привело к накоплению в ней жира. Также у особей, за которыми велось наблюдение, вырабатывалось больше желчных кислот, высокий уровень которых, согласно проводившимся ранее исследованиям, ассоциируется с повышенным риском развития онкологических заболеваний.

Каждый раз, когда нарушаются дневные ритмы, в организме начинают активную работу два рецептора-регулятора метаболизма. У мышей, у которых развился рак печени, была ниже концентрация белка FXR, контролирующего количество желчных кислот в печени. С другой стороны, те особи, у которых в организмах было меньше другого белка, CAR, реже заболевали раком.

Исследователи отметили, что оба этих рецептора встречаются в человеческом организме, таким образом, результаты работы, возможно, применимы и к людям. На следующей стадии учёные планируют изучить, как можно применить их открытие для создания новых методов терапии.

Ведущим автором исследования был Дэвид Мур, а опыты проводились в лаборатории доцента Лонины Фу. Профессор Мур рассказал, что в последние годы количество больных раком печени растёт, и у некоторых пациентов эта болезнь развивается из жирового гепатоза, минуя стадию цирроза печени. У мышей процесс проходит аналогично человеческому.

В ходе экспериментов учёные смоделировали ситуацию хронического джетлага у подопытных животных, при этом люди кормили мышей здоровой пищей без излишков жира. Свет исследователи включали по расписанию, которое менялось еженедельно, и спустя

Вехи

Удивительное — рядом

Решение проблемы выброса парниковых газов находится не на автомобильной заправке, а в обычной тарелке. К такому выводу пришли исследователи четырёх американских университетов.

Как говорится в материале, опубликованном на сайте калифорнийского Университета Лома Линда, небольшое изменение в американской привычке питаться окажет огромное влияние на окружающую среду. Если американцы будут есть фасоль вместо говядины, то США на 50-75% выполнят свои обязательства по снижению выбросов парниковых газов к 2020 г. По мнению учёных, крупный рогатый скот – та отрасль сельского хозяйства, которая производит огромное количество парниковых газов. Замена мяса на фасоль снизит эти выбросы в 40 раз.

По результатам исследования, США могут более чем вдвое снизить эмиссию парниковых газов без введения новых экологических стандартов на автомобили и промышленность.

Кроме того, при производстве говядины неэффективно используются земли сельскохозяйственного назначения. Если выращивать фасоль вместо говядины, то высвободится 42% пахотных земель США – это 1,65



млн км², что примерно в 1,6 раза больше штата Калифорния.

Стоит отметить, что сейчас более двух третей американцев уже покупают мясные аналоги – растительные продукты, которые по вкусу и текстуре напоминают животные продукты. Эта тенденция свидетельствует о том, что нет необходимости в разведении коров в прежних масштабах.

– Учитывая масштабы сокращения выбросов парниковых газов

для того, чтобы избежать наихудших последствий изменения климата, готовы ли мы есть аналоги говядины, которые выглядят как мясо и по вкусу не отличаются от него, но оказывают гораздо меньшее влияние на изменение климата? – задают вопрос исследователи. – Похоже, что мы должны так поступить. Для сокращения выбросов парниковых газов мы не можем позволить себе такую роскошь питаться как обычно.

Подготовил
Марк ВИНТЕР.

По материалам EurekAlert!, JAVA Predatics, Fox News, Tech Times, Reuters, BBC.

История медицины знает несколько случаев создания уникальных грандиозных сооружений, так сказать, «терапевтического назначения». Забавные и нелепые с высоты современных знаний, они тем не менее могут быть полезны для контрастирования некоторых проблем современной клинической практики.

Вращающийся солярий

В конце позапрошлого века гелиотерапия была одним из основных методов лечения многих заболеваний: нервных, бронхолегочных, анемии, болезни Ходжкина, септических ран, сифилиса, но главным образом туберкулёза, особенно туберкулёза костей, суставов и кожи. В 1903 г. Н.Финзен стал первым датским лауреатом Нобелевской премии в области физиологии и медицины за достижения в этой области, в частности за успехи в лечении кожного туберкулёза с помощью изобретённой им ультрафиолетовой лампы. Но всё же лечение естественным солнечным светом оставалось наиболее распространённым, и инженерная мысль здесь тоже не дремала, предлагая всевозможные причудливые конструкции для обеспечения оптимальной инсоляции.

Всех превзошёл французский врач Ж.Сейдман, который в 1929 г. разработал и годом позже построил в известном французском бальнеологическом курорте Экс-ле-Бен громадный вращающийся солярий. Он представлял собой башню, в которой на первом этаже находилась смотровая и зал ожидания, откуда лифт и винтовая лестница вели в расположенную на вершине башни платформу с размещёнными на ней кабинками для солнечных ванн.

С помощью мотора платформа медленно вращалась с такой скоростью, чтобы находящиеся в кабинках кровати в течение всего дня располагались перпендикулярно к солнечному свету. Каждая кабинка была оснащена линзами и фильтрами для усиления или ослабления воздействия солнечного света на отдельные участки тела пациентов.

Расположение платформы на высоте объяснялось необходимостью обеспечения пациентов максимально чистым воздухом. В солярии лечились больные с различными формами туберкулёза и ревматизма, кожными заболеваниями, раком, рахитом и др. Всего в мире было построено три таких солярия, в том числе в Индии, где недавно его собирались восстановить в виде туристической достопримечательности. Дата прекращения деятельности солярия Сейдмана неизвестна. Возможно, спрос на него исчез с началом Второй мировой войны или в связи с выходом из моды, но, так или иначе, с наступлением эры антибиотиков он был обречён.

Гипербарический санаторий

В конце XIX – начале XX века существовала идея о возможности лечения некоторых болезней путём помещения больных в атмосферу с повышенным давлением воздуха. Логическим обоснованием этой концепции было то, что самочувствие пациентов с некоторыми заболеваниями значительно ухудшалось в высокогорных условиях, но улучшалось при возвращении на высоту уровня моря. Одним из энтузиастов гипербарической терапии в США был профессор анестезиологии Канзасского университета О.Канинхем.

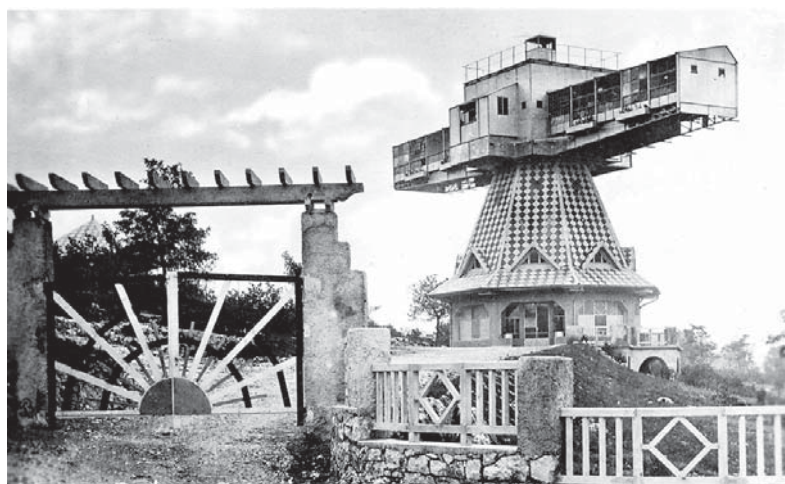
Он также считал, что существует некий анаэробный микроорганизм, вызывающий почти все болезни, который невозможно высеять и который ингибируется в гипербарической атмосфере. Окончательное убеждение в безграничных возможностях метода пришло к нему после того, как во время эпидемии «испанки» 1918 г. он «спас» молодого врача, находившегося в критическом состоянии.

Сначала Канинхем проводил лечение в большой цилиндрической

Далёкое – близкое

По дороге в небытие

Как вымирают «медицинские динозавры»



Вращающийся солярий Ж.Сейдмана в Экс-ле-Бен, начало 1930-х

барокамере, но в 1928 г. один из благодарных пациентов построил для него целый «гипербарический санаторий» на 40 пациентов. Он представлял собой сделанное из стали 6-этажное сферическое 900-тонное сооружение, в котором имелось 72 комнаты, на каждом этаже было по 12 спален, рояль, климат-контроль и т.д.

Создаваемое в «санатории» давление воздуха достигало 3 атмосфер. Лечение проводилось при множестве заболеваний, включая гипертоническую болезнь, сахарный диабет, рак, уремию и пр. Но разгуляться Канинхему не удалось. Американская медицинская ассоциация потребовала у него представить научное обоснование его практики и, не получив такового, добилась закрытия его «гипербарического санатория» уже в 1930 г. Во время Второй мировой войны он был разрезан на металлолом.

Первые и единственные

Многоместная барокамера «Урал-1», которой в этом году исполняется 30 лет, пока ещё не стала экспонатом кунсткамеры медицинского монументализма, но является очевидным кандидатом в эту коллекцию. Размером с фюзеляж пассажирского самолёта, рассчитанная на одновременное размещение 30 пациентов, она была установлена в 1987 г. в специально построенном для неё здании на территории МСЧ «Оренбурггазпром» (сейчас Оренбургская областная клиническая больница № 2). Она и поныне остаётся первым и единственным в мире сооружением такого размера, созданным для медицинского применения метода адаптации к периодической барокамерной гипоксии (АПБГ). Показаниями для лечения считаются бронхолегочные, аллергические, кожные заболевания, артериальная гипертензия 1 ст., вегетососудистая дистония, железодефицитная анемия, дисфункция яичников, бесплодие и импотенция, но ни в федеральных (национальных) клинических рекомендациях по лечению этих заболеваний, ни в порядках и стандартах медицинской помощи федерального Минздрава АПБГ даже не упоминается и фондом ОМС не оплачивается.

Несмотря на фундаментальное теоретическое обоснование метода, 30-летнее практическое применение и бурное кипение научной деятельности вокруг барокамеры «Урал-1», реальная клиническая польза от её применения по современным представлениям так и остаётся неопределённой. Известно, что за первые 20 лет её применения, она была использо-

вали прекрасные результаты в устранении желудочковых аритмий (суррогатный критерий оценки). В конце 1980-х годов в США ежегодно более 200 тыс. человек принимали эти препараты. Но уже первые результаты рандомизированного контролируемого исследования, в котором изучаемым исходом была смертность, оказались шокирующими – приём этих препаратов приводил к трёхкратному увеличению риска внезапной смерти и общей смертности по сравнению с плацебо.

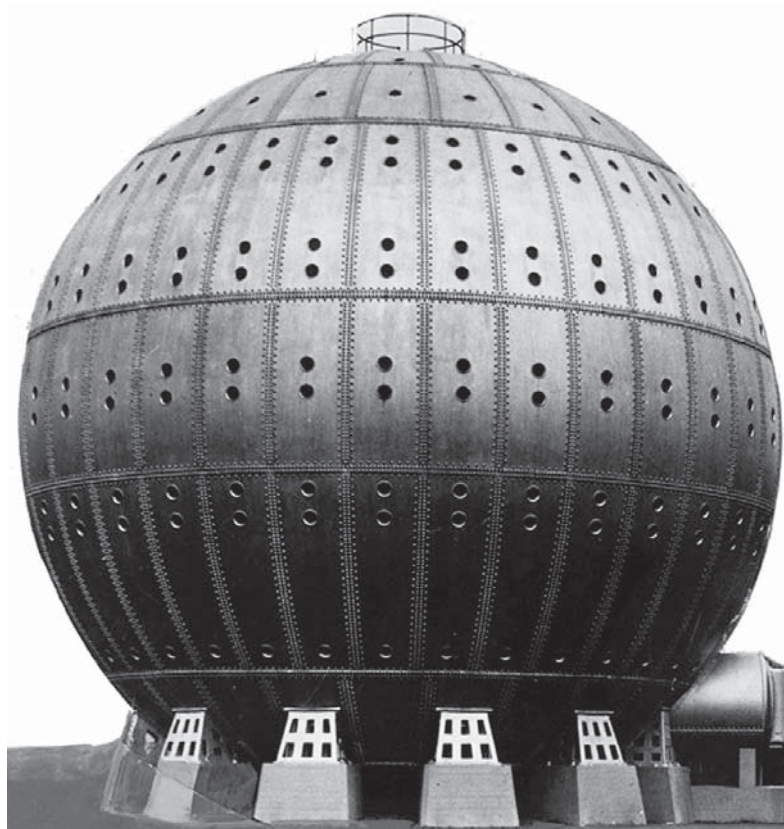
В значительной части научных работ по АПБГ исследовалась её эффективность при сердечно-сосудистых заболеваниях, в том числе ИБС, аритмиях и сердечной недостаточности, но истинные клиниче-

Все исследования АПБГ были краткосрочными, лишь в некоторых из них продолжительность наблюдения за пациентами достигала одного года, в то время как, например, для оценки влияния лекарственного средства на прогрессирование хронических бронхолегочных заболеваний продолжительность исследования по современным требованиям должна быть не менее 3 лет. Дизайн всех этих исследований был очень далёк от современных стандартов клинических испытаний, и, хотя в некоторых диссертациях робко упоминается слово «рандомизация», ни её метод, ни описание её процедуры не приводятся.

Странно то, что все эти, по существу, предварительные научные исследования, имевшие, как это у нас принято, очень положительные результаты, не привели к решению о проведении клинических испытаний, соответствующих современным требованиям по изучению истинных клинически значимых исходов. Неудивительно, что ни Минздрав, ни составители национальных клинических рекомендаций, ни фонд ОМС не знают, как относиться к этому методу при всей его 30-летней героической эпопее.

Ну а говорить об экономической эффективности метода в отсутствии достоверных доказательств его клинической эффективности и вовсе не приходится. Закрадывается предположение, что, несмотря на внешние проявления гордости за такое уникальное сооружение, руководство больницы втайне относится к нему как к чемодану без ручки – и бросить жалко, и тащить неудобно.

В России, конечно, не найдётся органа, подобного Американской медицинской ассоциации образца 1928 г., которая могла бы, как в случае с Канинхемом, потребовать либо предъявить соответствующее современному требованиям научное обоснование метода, либо прекратить его применение. Поэтому, видимо, барокамеру



Гипербарический санаторий Канинхема, 1928 г.

вана для защиты 14 диссертаций, то есть, видимо, сейчас число «остепенившихся» с её помощью перевалило далеко за 20.

Не ставя под сомнение добросовестность выполнения оренбургскими исследователями диссертационных работ, следует всё-таки признать, что их результаты не могут служить надёжными доказательствами эффективности и безопасности гипобаротерапии. В абсолютном большинстве этих исследований изучались не истинные клинически значимые исходы, а суррогатные (косвенные) критерии оценки – показатели иммунитета, липидного и углеводного обмена, антиоксидантной системы, перекисного окисления липидов, нейругоморального статуса, результатов функциональных исследований и т.д.

Как известно, результаты оценки суррогатных критериев могут быть полезны в качестве предварительных данных для принятия решения об оправданности и перспективности проведения крупного исследования по изучению истинных клинически значимых исходов. Однако опираться на исследования суррогатных критериев в клинической практике ошибочно и опасно.

Классический пример драматических последствий такой ошибки – история с допуском к клиническому применению антиаритмических препаратов, которые по-



Барокамера «Урал-1»

ские исходы (смертность от всех причин и от ССЗ, частота развития инфаркта миокарда, инсульта и реваскуляризации) в сравнении со стандартным лечением никогда не изучались. На основании всех этих работ невозможно сделать вывод о том, как влияет АПБГ на 5- или 10-летний риск сердечно-сосудистых событий, и, соответственно, нет никакой гарантии, что за применением АПБГ при этой патологии не скрывается ситуация, схожая с описанными выше антиаритмическими злоключениями, хотя и в меньших масштабах.

«Урал-1» ждёт судьба вращающегося солярия Сейдмана – так и будет она возвышаться пирамидой Хеопса в российском медицинском ландшафте до полного окончания срока эксплуатации или выхода из моды среди части местного населения.

Валерий АКСЁНОВ,
вице-президент
Межрегионального общества
специалистов доказательной
медицины,
кандидат медицинских наук.

Оренбург.

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