

Медицинская

8 сентября 2017 г.
пятница
№ 67 (7785)

Газета®

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

События

Будущие врачи дали обещание...

Посвящение в студенты состоялось!



Конечно, замечательно, когда «школьные годы чудесные» плавно перетекают в незабываемую студенческую пору. И лучшее подтверждение этому – праздничный концерт в честь первокурсников Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Торжественное посвящение в студенты и праздничный концерт стали здесь уже традицией. Ректор университета академик Пётр Глыбочко сообщил, что в этом году студенты начнут изучать практические науки уже с первого курса, в дальнейшем будет снижаться учебная нагрузка по биологии, химии, но больше станет преподаваться медицинская биохимия и другие лечебные направления. Сам

Праздник в самом разгаре

ректор посетовал, что и ему в 1985 г. было непросто после армии стать студентом-медиком Саратовского государственного медицинского института, помогли подготовительные курсы для военнослужащих. Да и таких торжественных концертов, как сейчас, никто не устраивал, всё было гораздо скромнее.

Конкурс в этом году оказался, как всегда, высоким: заявления в Первый Мед принесли 35 тыс. абитуриентов, а первокурсниками стали только 2396 ребят. То есть 31 человек на место – поступивших с полным правом можно назвать победителями. Среди поступающих – представители из 82 регионов Российской Федерации. Максимальный конкурс, 85 человек

на место, оказался для специальности «медицинская биология». Средний балл также был высоким и составил на бюджетную форму обучения, в частности, по специальностям группы «здравоохранение» 93 против прошлогодних 90. Самый высокий проходной балл ЕГЭ был для поступающих на профиль «врач-исследователь» – 295. Эта специальность существует в вузе уже второй год, на неё набирают всего 50 человек. Каждый пятый поступивший – выпускник медико-биологического класса, у 769 – и аттестат с отличием. Студентами университета стали и 450 иностранных граждан.

(Окончание на стр. 2.)

Алексей ПОГОНИН,
заместитель руководителя
Департамента
здравоохранения Москвы,
кандидат медицинских наук:

В плане диагностических возможностей московская система здравоохранения располагает всеми необходимыми возможностями, отвечающими лучшим мировым стандартам.

Стр. 4



Олег ЭРГАШЕВ,
главный хирург Комитета
по здравоохранению
Ленинградской области,
доктор медицинских наук,
профессор:

Думая о завтрашнем дне, мы должны создать «дорожную карту» для внедрения новых технологий на всех уровнях оказания хирургической помощи.

Стр. 11



Анатолий ГОЛЕНКОВ,
главный гематолог
Московской области,
доктор медицинских наук,
профессор:

Ожидания от инновационных лекарств иногда бывают завышенными.

Стр. 12

Тенденции

Помощь станет доступнее

В Челябинской области стартовала программа «Земский фельдшер», принятая по решению губернатора Бориса Дубровского. Уже 6 специалистов трудоустроены в фельдшерско-акушерские пункты ряда районов.

За год в рамках программы планируется трудоустроить ещё 14 медработников. К каждому ФАПу прикреплены порядка тысячи человек, таким образом, более доступную медпомощь смогут получить около 20 тыс. жителей региона.

«Программа стала стимулом для привлечения фельдшеров в медучреждения на селе. Это не только возможность поддержать средний медперсонал, но и улучшить качество медицинского обслуживания сельского населения», – подчеркнул губернатор.

В сельских населённых пунктах Южного Урала особенно ощущается дефицит медицинских кадров. Поэтому в декабре прошлого года был разработан и утверждён областной закон, закрепив-

ший право средних медработников в возрасте до 50 лет получить 500 тыс. руб. в случае трудоустройства в фельдшерско-акушерские пункты и здравпункты, расположенные в сельской местности. Для реализации закона в областном бюджете на нынешний год предусмотрены дополнительные средства в размере 10 млн руб.

«Этот закон позволит привлечь специалистов в сельские лечебные учреждения, а значит, повысить доступность и качество медицинской помощи населению. Сейчас в Минздраве на рассмотрении находится ещё 6 заявок, их приём продолжается», – отметил министр здравоохранения области Сергей Кремлёв.

Уместно будет напомнить, что в Челябинской области с 2012 г. успешно работает программа «Земский доктор»: за 4 года в сёла и рабочие посёлки Южного Урала привлечено более 400 специалистов.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».
Челябинск.

Признание

Награды медикам Темрюка

Глава министерства по чрезвычайным ситуациям Владимир Пучков лично вручил медали «За отличие в ликвидации последствий чрезвычайной ситуации» двум сотрудникам Темрюкской ЦРБ, участвующим в оказании медицинской помощи после крушения автобуса с пассажирами в море.

Награды удостоены Евгений Чечев, фельдшер скорой медицинской помощи, который руководил бригадами «03» и маршрутизацией пострадавших, а также врач-травматолог Олег Шапошников,

оперировавший самых тяжёлых пациентов. Они стали частью большой команды Минздрава края, которая пришла на помощь пострадавшим в первые минуты после трагедии.

Кубанские медицинские работники не раз проявляли себя во время ликвидации чрезвычайных ситуаций с лучшей стороны и неоднократно были удостоены наградами различных уровней.

Ольга ЛЫЖНИК,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Новости
Клиники будут отремонтированы

Президент РФ Владимир Путин выделит распоряжением из своего резервного фонда 28,5 млн руб. Минздраву России. Они будут потрачены на капитальный ремонт здания Клинического госпиталя ветеранов войн в Великом Новгороде, ремонт и реставрацию фасада здания Новгородского центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, на приобретение медоборудования для Костромской детской областной больницы и капремонт Старо-русской центральной районной больницы.

Ещё одним распоряжением Минздраву России в этом году будут перечислены 26,4 млн руб. на капитальный ремонт областной детской клинической больницы в Великом Новгороде и Новгородского клинического специализированного центра психиатрии, а также Боровичской центральной районной больницы и Хвойнинской центральной районной больницы Новгородской области. Кроме того, 103,5 млн. пойдут на реконструкцию главного корпуса Республиканской инфекционной клинической больницы и детской поликлиники № 2 Саранска, а также на капитальный ремонт Республиканской детской клинической больницы в Чебоксарах.

В. Путин поручил обеспечить контроль за целевым назначением и эффективностью использования средств и представить в администрацию Президента РФ отчёты об их расходовании.

Андрей ДЫМОВ.

Москва.

Гигантская грыжа успешно удалена

Хирурги торакального отделения тюменской областной клинической больницы № 1 провели сложнейшую операцию при гигантской грыже. Размер её достигал 45 см и занимал более 3 областей брюшной полости. Пациент ходил с ней целых 10 лет!

Если операции по поводу небольших брюшных грыж отработаны уже давно, то случаи с большими и гигантскими занимают всего 10% и имеют ряд сложностей. Несмотря на это, в торакальном отделении больницы успешно применяют опыт хирургического лечения даже таких сложных случаев.

Для устранения грыжи использовалась методика комбинированной сепарационной герниопластики с эндопротезированием брюшной стенки сетчатым имплантатом. Данный вид операции представляет собой реконструктивно-пластическое вмешательство, восстанавливающее анатомическую целостность и функциональную полноценность передней брюшной стенки.

Сложность операции была не только в размере самой грыжи. Потеряла свою эластичность и были деформированы мышцы и сухожилия брюшной стенки.

Благодаря опыту и мастерству врачей операция прошла успешно. Сейчас пациент уже готовится к выписке и дальнейшему курсу послеоперационной реабилитации.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Тюмень.

**Социально ответственные
не подводят**

Диагностический центр Алтайского края в очередной раз подтвердил статус социально ответственного работодателя. По словам главного врача Владимира Захарова, сотрудникам учреждения создаются комфортные условия работы, расширяется социальный пакет дополнительных услуг.

Так, при поддержке Министерства здравоохранения Алтайского края персонал центра стабильно повышает квалификацию, а также направляется на санаторно-курортное лечение. При экстренных и неотложных ситуациях работники могут бесплатно проходить обследование и лечение по месту работы.

Совместно с профсоюзной организацией Диагностический центр выделяет материальную помощь работникам, представляющим честь организации на краевых, городских и районных спортивных соревнованиях.

Помимо этого, на базе центра открыт спортивный зал, в котором в нерабочее время сотрудники занимаются фитнесом.

Региональный конкурс «Лучший социально ответственный работодатель года» проводится в соответствии с указом губернатора Александра Карлина «О повышении социальной ответственности работодателей Алтайского края».

Победители регионального этапа конкурса номинируются для участия в конкурсе на федеральном уровне.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

На более длительный срок

Проектом приказа «О внесении изменений в Порядок выдачи листов нетрудоспособности, утверждённый приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 29 июня 2011 г. № 624н» предлагается увеличение продолжительности выплаты пособия по временной нетрудоспособности в случаях ухода за тяжелобольными детьми в возрасте от 15 до 18 лет.

Нормативный правовой акт также предусматривает внесение изменений в части включения в число лиц, которым выдаётся листок нетрудоспособности, иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих на территории Российской Федерации.

Игорь СТРАХОВ.

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

От первого лица
Первокурсникам — больших успехов!

Дорогие первокурсники медицинских и фармацевтических вузов и колледжей! Сердечно поздравляю вас с началом нового учебного года!

Выбрав профессию медицинского работника, вы решили посвятить свою жизнь гуманному и благородному делу — охране здоровья и спасению жизни граждан. Ваша миссия сложна и ответственна, и это потребует полной отдачи сил, знаний и душевной щедрости.

Дорогие первокурсники, надеюсь, что вы никогда не разочаруетесь в своём выборе и вольётесь в сплочённые ряды медицинского сообщества нашей страны! Желаю вам, чтобы студенческая жизнь непременно была яркой, творческой и незабываемой. В ближайшем будущем вам предстоит сделать много новых открытий в увле-

кательном путешествии по стране знаний, найти новых друзей, получить первый профессиональный опыт и постигнуть секреты будущей профессии.

Не сомневаюсь, что все вы получите необходимые современные знания и практические навыки, научитесь самостоятельно принимать профессиональные решения и будете готовы к благородному, но нелёгкому труду.

Дорогие друзья! От всего сердца желаю пронести интерес к выбранной вами профессии через всю жизнь. Пусть наступающий учебный год станет для вас годом новых достижений. Хочу пожелать вам больших успехов в обучении, мира и здоровья!

Министр здравоохранения РФ
Вероника СКВОРЦОВА.

События
**Будущие врачи
дали обещание...**

(Окончание. Начало на стр. 1.)



П. Глыбочко поздравляет первокурсников

В этом году стартовал новый учебный проект «Школа-университет-фарминдустрия» при поддержке мэра Москвы Сергея Собянина. В нём примут участие более 100 школ, создано 30 университетских клиник для того, чтобы студенты получали не только теорию, но и хорошие практические навыки. Открыты медико-биологические классы в Московской, Тульской, Брянской, Калужской областях. Таким образом, выбор сложной профессии врача осознанно происходит в 10-11-х классах.

А теперь давайте познакомимся с новоиспечёнными и, конечно, взволнованными первокурсниками.

Тэона Гелашвили родом из Москвы. Поступила на медико-профилактический факультет, хотя и мечтала, как и большинство абитуриентов, о лечебном, где конкурс намного выше. Но не жалеет, что оказалась на медико-профилактическом, где много интересных медицинских специальностей. Рассчитывает после окончания вуза устроиться на санэпидемстанцию или работать в Роспотребнадзоре. Москвич Павел Шустов без особого труда поступил на лечебный факультет, хочет работать по специальности в больнице. У его знакомой Елизаветы Триппель, которая приехала из Омска, по окончании лечебного факультета планы просто грандиозные — получить

дополнительно ещё и экономическое образование и заняться медицинским бизнесом.

«Пусть всегда рука у меня будет твёрдой, совесть чистой, а под белым халатом бьётся доброе сердце медика», — так звучат строки из торжественного обещания первокурсника. А их ректор добавил: «Пусть полученные знания помогут вам реализовать

самые смелые планы. Уверен, что многие из вас, став выпускниками, своим трудом прославят alma mater».

Удачи вам в учёбе, наши будущие врачи! И... до встречи на выпускном вечере!

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.



Во время концерта

Кстати
Под звуки оркестра

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова торжественно принял в свою семью 1857 первокурсников. В этом году посвящение в студенты прошло в престижном концертном зале в центре столицы. Гостей встречал камерный оркестр. Первым студентов приветствовал ректор академик РАН Сергей Лукьянов.

Тепло поздравила будущих медиков выпускница университета, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова:

— Вы выдержали все испытания. Это даёт нам надежду на то, что целая армия молодых медиков, которая формируется в нашей стране, не подведёт в трудную минуту. Мы вас очень ждали. Обновили учебные программы, подготовили симуляционно-тренировочные центры, оснастили современные лаборатории. Мы живём в особую эпоху, когда от вас требуется качественно иной уровень знаний: понимание процессов организма на молекулярном уровне, цифровая медицина. Я хочу пожелать вам здоровья, счастья, и чтобы вы никогда не пожалели о принятом однажды решении связать свою жизнь с медициной.

С напутственным словом к первокурсникам обратились руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун и генеральный директор Федерального научно-клинического центра детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва, один из основателей Ассоциации выпускников Второго медицинского университета, академик РАН Александр Румянцев.

В завершение традиционно прозвучал гимн вуза.

Ольга СЛАСТИКОВА.

Москва.

Официально

В России уменьшилась смертность

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова заявила, что, «согласно данным официальной статистики Росстата за 7 месяцев текущего года, в нашей стране умерло на 23,7 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Смертность населения снизилась на 2,3% и составила 12,7 на 1000 населения (за 7 месяцев 2016 г. – 13 на 1000 населения)».

– Достигнутые результаты обусловлены снижением смертности от всех основных причин: от болезней системы кровообращения – на 3,3%, новообразований – на 2,8%, туберкулёза – на 15,2%, болезней органов дыхания – на 9%, в том числе от пневмоний – на 21%, болезней органов пищеварения – на 4,2%, внешних причин смерти – на 10,7%, в том числе

от дорожно-транспортных происшествий – на 8,5%, – подчеркнула министр. – На протяжении года удерживается исторический минимум показателя младенческой смертности, которая за 7 месяцев снизилась на 11,7% и составляет 5,3 на 1000 родившихся живыми. При этом более чем в половине регионов (в 43 из 85 субъектов Российской Федерации) этот показатель уже ниже 5, что соответствует лучшим мировым результатам. Так, например, в Липецкой области младенческая смертность составляет 2,3 на 1000 родившихся живыми, в Ивановской области – 2,9, Московской и Воронежской областях – 3,6, в Республике Чувашия – 3,7.

По словам В.Скворцовой, отдельно следует отметить снижение смертности населения трудоспособного возраста. За 6 месяцев 2017 г. по сравнению

с аналогичным периодом 2016 г. смертность населения данной возрастной группы снизилась на 8,5%, в том числе среди мужчин на 8,6%, женщин – на 8,3%. Если переводить сухие проценты в конкретные человеческие жизни, то можно сказать, что за этот период времени умерло на 21,5 тыс. человек меньше, чем за аналогичный период годом ранее.

Смертность снизилась от новообразований – на 5,5%, болезней кровообращения – на 7,2%, туберкулёза – на 17,6%, болезней органов дыхания – на 23,3%, болезней органов пищеварения – на 10,2%, внешних причин смерти – на 11%, в том числе от дорожно-транспортных происшествий – на 10,3%, от случайных отравлений алкоголем – на 21%.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Начало

Первый концессионный

Распоряжением Правительства РФ № 1859-р от 30.08.2017 утверждены основные условия проекта, подготовленного Минздравом России совместно с Минэкономразвития, Минфином, Росимуществом и ФОМС в соответствии с планом реализации Государственной программы «Развитие здравоохранения». Таким образом, принято решение о реализации Минздравом России федерального пилотного проекта в Екатеринбурге с использованием механизма концессии.

Цель проекта – реконструкция, включая оснащение, Центра микрохирургии глаза в Екатеринбурге за счёт собственных средств концессионера и (или) привлечённых им средств для оказания непрерывной медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты.

В течение срока эксплуатации центра концессионером должно быть обеспечено оказание медицинской помощи взрослому населению и детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты в следующем объёме: амбулаторная помощь – не менее 108 700 посещений в год; дневной стационар – не менее 9840 пациентодней в год; стационар – не менее 20 700 случаев госпитализации в год.

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

Как говорится в обосновании пилотного проекта, он позволит обеспечить: доступность и качество медицинской помощи при условии непрерывности её оказания и гарантий выполнения обязательств по программе обязательного медицинского страхования; налоговые поступления в бюджеты различных уровней ориентировочно в размере 4300 млн

руб.; доход в федеральный бюджет в виде концессионной платы и арендной платы за земельный участок в размере порядка 1487,5 млн руб. (59,5 млн руб. в год); исключение расходов федерального бюджета на содержание центра в период срока действия концессионного соглашения; финансирование реконструкции, в том числе оснащения центра за счёт внебюджетных средств.

Сейчас эксперты Минздрава и Минэкономразвития России готовят к подписанию проект концессионного соглашения.

Как сообщили в медицинском ведомстве, пилотный инвестиционный проект по развитию центра на принципах государственно-частного партнёрства является первым проектом, реализуемым министерством на федеральном уровне с использованием механизма концессии в сфере оказания медицинских услуг.

Алексей ПИМШИН.

Подписка-2018

Старт подписной кампании

Уважаемые читатели!

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

42797 – на год;

32289 – на полугодие;

50075 – на месяц.



Можно подписаться на «МГ» и через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru или по почте: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.

Справки по телефонам: 8 (495) 608-85-44, -681-35-96, 8-916-271-08-13.

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

Акценты

Клинические рекомендации и стандарты

Минздрав России выступил с разъяснением разницы между стандартами и клиническими рекомендациями. Это сделано, как говорится в официальном сообщении, в связи с поступающими запросами по теме применения клинических рекомендаций.

В соответствии с международной практикой и разработками ВОЗ клинические рекомендации являются документами, которые устанавливают алгоритм ведения больного, диагностики и лечения, подчёркивается в пояснении. Они не устанавливают единообразных «шаблонных» требований к лечению всех пациентов, а содержат логистическую структуру действий врача с использованием доказавших свою эффективность методов диагностики и лечения. Ведение любого больного всегда индивидуально, и определение тактики в каждом конкретном случае относится к компетенции врача.

Особый раздел в структуре клинических рекомендаций составляют критерии качества оказания медицинской помощи при данном заболевании. Это свод обязательных требований, исполнение которых прямо и высоко достоверно влияет на исход заболевания. Критерии качества утверждаются отдельно приказами Минздрава России и являются обязательными для исполнения.

Клинические рекомендации не следует путать со стандартами медицинской помощи. Стандарты – это технологические карты, разработанные на основе клинических рекомендаций, представляющие собой перечень услуг, лекарств, медицинских изделий и других компонентов лечения, которые могут использоваться при конкретной болезни с усреднёнными частотой и кратностью их представления в группе больных с данным заболеванием.

Подготовил
Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Однако

Сапожник без сапог



Следственный комитет по Камчатскому краю начал проверку информации, опубликованной в местной прессе о том, что врач одной из детских поликлиник Петропавловска-Камчатского был болен двусторонним туберкулёзом лёгких, но присутствовал на работе и консультировал пациентов.

«По предварительным данным, в одной из детских поликлиник Петропавловска-Камчатского осуществлял трудовую деятельность в качестве заведующего организационно-методическим кабинетом медицинский работник, у которого после обследования в связи с появившимися подозрениями со стороны других врачей выявлен двусторонний туберкулёз лёгких. При этом трудовую деятельность медицинский работник осуществлял в одном из кабинетов, расположенных в помещении поликлиники», – говорится в сообщении пресс-службы Следственного комитета.

Речь идёт о городской детской поликлинике № 1, сотрудница которой обратилась в прокуратуру с просьбой разобраться, каким образом на работу в медучреждение был принят врач, не прошедший медосмотр. По её словам, на еженедельной планёрке с руководителями отделений поликлиники им представили нового заведующего организационно-методическим кабинетом. Когда врач приступил к работе, его коллеги заметили, что он сильно кашляет и каждые полчаса отхаркивается мокротой.

Тогда ему предложили пройти флюорографию. В результате у него был выявлен туберкулёз, после чего его отправили в противотуберкулёзный диспансер, где диагноз подтвердился.

Прокуроры установили, что медик оказывал в медучреждении консультативную помощь, но без трудового договора. «В действиях главного врача учреждения усматриваются признаки состава административного правонарушения, предусмотренного ч. 4 ст. 5.27 КоАП – уклонение от оформления или ненадлежащее оформление трудового договора», – сообщил заместитель прокурора Петропавловска-Камчатского Андрей Добженецкий. Проверкой инцидента занимается и камчатское управление Роспотребнадзора.

«В результате расследования часть фактов подтвердилась. Приняты меры в соответствии с Кодексом об административных правонарушениях», – сообщила глава краевого управления Роспотребнадзора Наталья Жданова, не уточнив при этом, о каких именно мерах идёт речь.

За время работы врача туберкулёзом могли заразиться немало его пациентов. Подобный случай произошёл весной прошлого года в одной из школ литовского города Скуодаса, где учительница заразилась туберкулёзом 77 учеников.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сити!

О результативности перемен в столичном здравоохранении, о шагах введения «Московского стандарта поликлиники» редактор отдела региональной политики «МГ» Галина ПАПЫРИНА беседует с заместителем руководителя столичного Департамента здравоохранения кандидатом медицинских наук Алексеем ПОГОНИНЫМ.

— Алексей Владимирович, что такое сегодня единая общегородская поликлиническая сеть, над созданием и совершенствованием которой работала медицинская отрасль в последние годы?

— Такого понятия, как «единая общегородская поликлиническая сеть», в Москве нет. Есть трёхуровневая модель оказания медицинской помощи в поликлиническом звене, которая включает все поликлиники, подведомственные Департаменту здравоохранения города. Эта модель выстроена с учётом специфики мегаполиса и учитывает возможности дальнейшего развития системы оказания медицинской помощи в столице. Причём хотелось бы отметить, что речь идёт не о каком-то исключительно московском эксклюзиве или эксперименте — подобный принцип «распределения полномочий» между поликлиническими учреждениями сегодня предусмотрен федеральным законодательством и внедрён практически во всех российских регионах.

Поясню, как это работает на практике. Каждая медицинская организация, оказывающая первичную медико-санитарную помощь населению, отнесена к одному из трёх уровней. Поликлиники первого уровня оказывают первичную доврачебную, врачебную помощь и некоторые виды первичной специализированной медико-санитарной помощи взрослым и детям. Фактически это обычные районные поликлиники, в которые москвичи ранее обращались в плановом порядке. На втором уровне работают уже амбулаторные центры, где происходит не только оказание аналогичных видов помощи, но и есть все возможности для уточнения диагноза в более сложных случаях и определения тактики дальнейшего ведения больного. Наконец, к медицинским организациям третьего уровня относятся консультативно-диагностические центры и отделения стационаров, в том числе детских, а также научно-практические центры, где оказывают специализированную медицинскую помощь в амбулаторном порядке на догоспитальном этапе и после выписки больных из стационара.

В столице создание трёхуровневой системы поликлинической помощи началось в 2011 г., а юридически это было оформлено после выхода соответствующего приказа Департамента здравоохранения Москвы в январе следующего года. На тот момент у нас было 450 районных поликлиник — примерно 250 взрослых и около 200 детских. Было понятно, что оснастить каждую поликлинику высокотехнологичным диагностическим оборудованием невозможно не только с финансовой точки зрения — это просто нерационально, поскольку на первичном уровне нет такого спроса со стороны пациентов. Поэтому аппаратура для проведения компьютерной томографии, МРТ, ультразвуковых исследований экспертного класса, требующих соответствующих мощностей для обработки данных, была сосредоточена в головных подразделениях поликлинических объединений. Поликлиники объединились — из 250 юридических лиц мы получили 47, в составе которых имеется головное подразделение и несколько филиалов. Таким образом, речь идёт именно об административном переподчинении отдельных поликлиник, а не о сокращении их количества.

— Что в результате получил пациент, какие, так сказать,

преимущества в медицинском обслуживании?

— Если говорить в целом, то главным результатом совершенствования системы оказания поликлинической медицинской помощи стало, с одной стороны, более эффективное использование времени врачей-специалистов, а с другой — повышение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению.

Авторитетное мнение

Московский стандарт поликлиники

Как он работает на практике

Основная нагрузка теперь возложена на первичное звено. Именно здесь силами врачей общей практики, терапевтов, отдельных профильных специалистов осуществляется приём населения и оказывается диагностическая и терапевтическая помощь, которая достаточна для подавляющей части населения. Таким образом, к узкопрофильным специалистам попадают теперь пациенты с подтверждённым диагнозом либо с обоснованным подозрением на наличие того или иного заболевания. Это принципиально важный момент, поскольку такой подход позволил в несколько раз снизить непрофильную нагрузку на тех или иных специалистов и освободить их время для помощи действительно нуждающимся в ней людям.

С другой стороны, мы и на первичном уровне постарались в значительной степени освободить врачей от несвойственных им функций. Два года назад в столице был внедрён «Московский стандарт поликлиники». Это довольно масштабный проект, появившийся в результате реализации нескольких тысяч предложений москвичей. Поскольку он в значительной степени касается именно поликлиник первого уровня, то именно здесь и произошли основные изменения. В частности, после отказа от привычной формы работы регистратур (теперь амбулаторная карта после получения талона на приём загодя доставляется в кабинет врача) и появления сестринских постов, где можно без участия врача оформить ту или иную справку, очереди на приём сократились почти вдвое. Собственно, они и до этого были не очень большими, но теперь на приём в день обращения или на следующий могут попасть 98% пациентов...

Можно привести и другие примеры, имеющие непосредственный результат с точки зрения повышения качества медицинской помощи. Скажем, именно благодаря такой модели организации работы поликлиники стала возможна реализация проекта по созданию системы ранней диагностики рака, которая была подкреплена соответствующим грантом правительства Москвы. Теперь за каждый подтверждённый случай выявления наиболее распространённых онкологических заболеваний на ранней стадии врачи в поликлинике будут получать определённое вознаграждение. Это станет для них дополнительным стимулом более внимательно относиться к пациентам из групп риска. А создать эффективную систему диагностики, позволяющую «по цепочке»

передавать пациента с подозрением на онкологию в рамках одного амбулаторно-поликлинического объединения, можно было только в рамках трёхуровневой модели оказания поликлинической помощи.

— Как вы оцениваете уровень оснащённости современным оборудованием поликлиники? Возможно ли в них сделать высокотехнологичные диагностические исследования?

250 единиц высокотехнологичного оборудования — рентгенодиагностический комплекс, маммографы, цифровые флюорографы, аппаратура для эндоскопических и УЗИ-исследований и т.д. В текущем году закупки продолжаются в достаточном объёме.

С полным основанием можно утверждать, что в плане диагностических возможностей московская система здравоохранения распо-

причин, повысилась оперативность оказания медицинской помощи на дому и т.д.

С другой стороны, есть то, что нам могут подсказать сами москвичи, которые обращаются в конкретные лечебные учреждения по месту жительства. Где-то выявляются частные недостатки, которые можно устранить, просто обратив на них внимание администрации поликлиники. А где-то речь идёт об общем принципе, который позволяет сделать пребывание здесь более комфортным, сократить затраты времени пациентов и врачей, облегчить доступ к необходимой информации и т.д. И с этой точки зрения очень важно, чтобы проводимая нами работа по совершенствованию системы оказания первичной медико-санитарной помощи учитывала мнение наших пациентов и между населением и органами управления здравоохранением постоянно работала обратная связь. Я считаю, что в этом опыт Москвы уникален: у нас действительно не просто используются все возможные каналы получения информации о том, как относятся к работе поликлиник жители города, но и создан эффективный механизм реагирования на те или иные предложения и замечания. Это портал «Активный гражданин», «Горячая линия» департамента и ведомственный сайт с формой электронного обращения. В каждой медицинской организации есть возможность письменно обратиться как к её руководству, так и к нам. Проводятся СМС-опросы после посещения поликлиник и т.д. Сотни таких предложений уже были реализованы. Это не сделало поликлиники идеальными, но создало основу для того, чтобы их работа улучшалась год от года. Кстати, с этой же целью у нас внедряется принцип так называемого бережливого производства, или, как его ещё называют, lean-менеджмент. Суть заключается в том, что сотрудники на любом уровне сами определяют оптимальную организацию работы — будь то отдельный кабинет или поликлиника в целом. То есть персоналу известно, где что должно стоять, какие документы, какие инструменты, вплоть до того, где должно лежать ручка или бланк. Соответственно, часть таких предложений формируется как раз с помощью пациентов. К примеру, запись на приём через электронную систему ЕМИАС сегодня осуществляется по нескольким каналам — через интернет, с помощью инфомата в поликлинике, звонка или явки в регистратуру, мобильного приложения...

— Так что если говорить об удовлетворённости пациентов, то по электронным опросам большинство москвичей положительно оценивает изменения в работе поликлиник и качество оказываемой там медицинской помощи?

— Относительно того, кому на кого равняться, то тут вопрос сложный. На уровне Департамента здравоохранения специального рейтинга мы не составляем. Есть сугубо статистические моменты, по которым та или иная поликлиника показывает лучшие результаты или положительную динамику, но это не повод для вручения «переходящего вымпела» или грамоты, а просто предмет анализа на рабочих совещаниях. Кроме того, у нас не стоит задача сделать «образцово-показательную» поликлинику и потом подтягивать к её параметрам все остальные. Мы же государственная структура, поэтому стандарт оказания медицинской помощи должен соблюдаться везде. А вот условия её оказания, комфортность пребывания для пациента, условия труда медицинского персонала и тому подобные показатели мы планомерно улучшаем и будем это делать в дальнейшем. Для этого как раз и вводился «Московский стандарт поликлиники», чтобы в любой из них москвичи чувствовали себя удобно и получали медицинскую помощь на стабильно высоком уровне.



лагает всеми необходимыми возможностями, отвечающими лучшим мировым стандартам. При этом я бы не стал специально выделять именно поликлиническое звено, поскольку при необходимости к этому процессу подключаются и ресурсы многопрофильных стационаров.

— Подвижки в качестве обслуживания москвичей очевидны. Сейчас, как известно, речь идёт уже о создании имиджа «идеальной поликлиники». Как вы её представляете? Всех сразу обустроить невозможно, а главное — ещё больше повысить комфортность и удовлетворённость пациента в процессе лечения, в том числе и в амбулаторных условиях.

Какие шаги будут вести к этому? И есть ли примеры подобных московских поликлиник, на которые можно равняться другим?

— Речь идёт не об «имидже идеальной поликлиники». Мы не стараемся что-то «изобразить» или нарисовать какую-то благостную картинку. Мы стремимся к тому, чтобы качество и доступность оказания поликлинической помощи на всех уровнях были лучшими из возможного. И для этого используются все доступные нам способы и средства. Тут же всё очень логично: есть оборудование и технологии, вопросы подготовки кадров, создание инфраструктуры и т.п. А именно то, что может обеспечить правительство Москвы и Департамент здравоохранения, ориентируясь на лучшие мировые стандарты организации системы и действующее российское законодательство. Это, скажем так, стратегические направления, затрагивающие всё поликлиническое звено как часть конструкции здравоохранения в целом.

— Мировая практика говорит о том, что порядка 70% общего объёма медицинской помощи оказывается именно на амбулаторном уровне и именно здесь формируются основные показатели, влияющие на общую продолжительность жизни с точки зрения системы здравоохранения...

— До недавнего времени у нас картина была обратная, и только 3-5 лет назад ситуация начала меняться. Мы активно занялись повышением квалификации специалистов, стали расширять сферу компетенции поликлинического звена, обучать врачей общей практики, внедрять дополнительные технологии диагностики и лечения. Это дало результат: снизилось количество осложнений и госпитализаций, сократилась смертность от наиболее распространённых

— Безусловно, идеала в такой отрасли, как медицина и здравоохранение, достичь сложно. Причём это справедливо не только по отношению к поликлиникам, но и к больницам, и к научным учреждениям, и к медицинскому образованию. Дело в том, что это очень динамично развивающаяся сфера деятельности, и в ней постоянно появляются новые технологии и методики, более совершенное оборудование и более эффективные препараты. А «новое», как правило, означает и «более дорогое», поэтому ни одна страна мира не может себе позволить закупать, внедрять или использовать всё сразу и в достаточном количестве.

Однако можно с полным основанием утверждать, что с точки зрения оснащённости, укомплектованности и квалификации кадров, возможностей диагностики и способности оказывать необходимый объём медицинской помощи московские поликлиники являются лучшими в стране и вполне сопоставимы с аналогичными учреждениями других мегаполисов мира. Просто для примера: за прошлый год в наших поликлиниках диспансеризацию прошли более 1 млн 537 тыс. человек. А в эпидсезон 2016-2017 гг. только против гриппа было привито 4,2 млн горожан — практически каждый третий житель Москвы. Для любой мировой столицы это просто фантастический показатель — и в процентном соотношении, и по абсолютным цифрам. Понятно, что без эффективно работающей поликлинической сети сделать это было бы невозможно...

Учитывая, что развитию этого направления в Москве уделяется повышенное внимание, нет ничего удивительного в том, что и финансирование закупок нового оборудования постоянно увеличивается. Например, в 2016 г. для оснащения поликлиник было закуплено около

Как сообщило МИА Сито!, 96% российских врачей выступают, по данным исследовательской компании MAR CONSULT, за то, чтобы у семей была возможность получить любые виды медицинской помощи с высоким уровнем качества за счёт государства.

«Есть несколько примеров даже по Москве, когда предлагают родителям платную медицинскую помощь – то ли это компьютерная томография, то ли ещё что-то. Что касается детского здравоохранения, здесь вообще речи о платном здравоохранении быть не должно, государство в состоянии обеспечить достаточный объём финансирования на оказание эффективной помощи детям», – заявила В.Матвиенко на заседании общественного совета федерального партийного проекта «Единой России» «Здоровье – детям».

Спикер верхней палаты Федерального Собрания РФ считает, что в каждом регионе страны надо создать «серьёзный координирующий организационный центр» для оказания педиатрической помощи по всем профилям. Она предлагает также рассмо-

В центре внимания

Медпомощь детям — только бесплатно

За это решительно выступает председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко



Приоритет – охрана здоровья детей

треть в парламенте вопрос о строительстве, реконструкции, капитальном ремонте детских больниц и поликлиник, а также вопросы подготовки кадров и бесплатной доступной медицинской помощи.

Напомним, что скоро на осенней сессии Федерального Собрания РФ начнётся формирование федерального бюджета на следующие 3 года, В.Матвиенко призвала коллег вовремя определить приоритеты в сфере здоровья детей. «И Совет Федерации, и Госдума постараются сделать всё, чтобы было обеспечено достаточное финансирование на приоритетные задачи детского здравоохранения», – заявила спикер Совета Федерации.

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила, что абсолютное большинство врачей считают, что у детей должна быть возможность получить любые виды медпомощи бесплатно, хотя лишь половина их называют такую модель реальной. Сегодняшнюю же ситуацию в России с детским здравоохранением 52% медиков оценивают как далёкую от идеала.

Принцип «приоритет охраны здоровья детей» является новеллой российского законодательства об охране здоровья и одновременно показывает развитие конституционных постулатов, касающихся защиты детей. Прежде всего в рамках раскрытия сущности России как социального государства предусматривается охрана труда и здоровья людей, обеспечивается государственная поддержка семьи, материнства, отцовства и детства. При этом материнство и детство, семья находятся под защитой государства (ст. 38 Конституции РФ). Следовательно, государство признаёт охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых условий физического и психического развития детей.

Константин БЕЗНЕГ,
МИА Сито!

Ситуация

На работу, домой и обратно – такой путь продельывает практически ежедневно мобильный телефон вместе со своим владельцем. Но если врач, входя в медицинское учреждение и уходя из него, надевает и снимает халат, то телефон просто перекалдывается из кармана в карман, или из сумки на стол.

Куда мы без него?

Представить современного врача без мобильного телефона сегодня невозможно. Он есть у каждого, а у большинства – уже и смартфон. Прогресс в этой области стремителен. Ещё несколько десятилетий назад сотовый аппарат был диковинкой, а сейчас он стал неотъемлемой частью не только повседневной жизни, но и профессиональной деятельности. На основе смартфона может быть ридер для тестов (по типу стрепто-тест), глюкометр, отоскоп и многое другое. Современный смартфон имеет датчики и программное обеспечение, позволяющее сделать ЭКГ, измерить температуру, показать уровень сахара в крови, пульс, насыщенность кислородом. С его помощью можно анализировать состояние сердечно-сосудистой системы, отслеживать реакцию на нагрузку и лекарственные препараты, передавать рекомендации пациенту. Эксперты сходятся во мнении, что в ближайшее время смартфоны, компьютерные программы будут заменять амбулаторные карты, истории болезни. Но... надо помнить и о тех опасностях и рисках, которые с ними связаны, отметил на конгрессе педиатров заведующий лабораторией экспериментальной иммунологии и вирусологии Национального научно-практического центра здоровья детей доктор медицинских наук Николай Маянский. Прежде всего это касается микробов-девайсов.

Привычная картина: врач ведёт приём больного, раздаётся звонок, доктор поднимает трубку, после ответа продолжает осмотр. С телефоном он не расстается ни в кабинете, ни в столовой, ни дома. По мнению зарубежных исследователей, в среднем медицинский работник пользуется мобильником каждые 65 минут. Есть те, кто мало говорит, а есть те, кто говорит каждые 15 минут (таких около 10%), получается, практически не переставая, что, конечно же, не может не отвлекать. Хотя большая часть докторов считает, что использова-

Верный друг или рассадник бактерий?

Мобильный телефон – не только рабочий инструмент, но и источник инфекций

ние мобильных телефонов во время работы мешает, это не профессионально – разговаривать по телефону, общаясь с пациентом, но при этом 68% легко прерывают начатое дело, чтобы ответить на звонок (наверное, более важный, чем взаимодействие с пациентом в данную минуту).

Грязь на грязи...

Между тем существует утверждение, что мобильные телефоны в 18 раз грязнее, чем общественные туалеты.

Проводится ли обработка рук в связи с распространённой практикой – ответа на звонок во время общения с пациентом? Как свидетельствуют результаты израильских исследователей, 21% докторов никогда не обрабатывают, 29% это делают до использования телефонов, 37% – после использования.

– Мне кажется, это лукавые цифры, – усомнился Н.Маянский. – Получается, что почти 70% моют руки. Возможно, в Израиле так, но у нас вряд ли. При этом 21% не обрабатывают руки: ни до, ни после использования мобильного телефона.

А ведь подавляющее большинство медицинских работников знает, что телефон может быть загрязнён микробами. Знает, однако на вопрос «Как часто проводите его дезинфекцию?» пятая часть сотрудников призналась, что никогда, 13% – всегда, остальные – в той или иной степени.

Смывы с мобильных телефонов и с рук их владельцев показали, что 74% мобильных гаджетов были загрязнены бактериями, в основном кожной флорой, мало патогенными микробами (однако некоторые из них, например стафилококки, могут быть опасны для новорождённых), в том числе



15%. А с загрязнённых рук вирусы могут перенестись на 5 других поверхностей или передаются 14 другим людям.

Жизнеспособность бактерий и вирусов во внешней среде достаточно высокая. Большинство как грамположительных, так и грамотрицательных бактерий могут выживать в течение многих недель и даже месяцев, в том числе возбудитель коклюша, дифтерийная палочка. Даже привередливый пневмококк может жить несколько суток. То есть опасность реальна.

Герпес-вирусы жизнеспособны во внешней среде несколько часов, респираторные вирусы – несколько дней, вирусы, передающиеся через кровь, – несколько недель. Кишечные вирусы, наиболее стойкие во внешней среде, живут до 2 месяцев (в частности ротавирус).

– Мобильный телефон спутник по жизни и помощник в профессиональной деятельности. Из всех медицинских девайсов он самый уникальный, – полагает Н.Маянский. – Фонендоскоп, отоскоп, аппарат для измерения давления мы домой с собой не берём, а сотовый телефон – да. С помощью его можно занести в дом внутрибольничную инфекцию или наоборот, из своего дома принести её на рабочее место, если, допустим, есть дети, болеющие ротавирусной инфекцией. Это связано с низкой приверженностью медицинского персонала обработке рук. Даже в благополучной Австралии она составляет менее 50%. А поскольку наш телефон – по сути продолжение наших рук, то отсутствие надлежащей обработки мобильных телефонов может привести к распространению патогенов из внутрибольничной среды во внебольничную среду и наоборот.

и опасными. Примечательно, что более грязные телефоны – у молодёжи, на них чаще встречаются кишечные бактерии. Возможно, потому что молодёжь ведёт более активный образ жизни.

Обсеменённость поверхности мобильных телефонов вирусами тоже высока – почти 40%. Преобладает ротавирус. Причём несмотря на то, что педиатры чаще обрабатывают свой телефон, чем терапевты, контаминация ротавирусом у них оказалась выше. Обнаружены и другие вирусы.

Насколько это опасно, и может ли передаваться по цепочке?

Взять и обезвредить

– Главный путь внутрибольничного распространения микробов – через руки персонала. А поскольку мобильный телефон – практически продолжение наших рук, то это положение можно отнести и к нему, – считает Н.Маянский.

По его словам, вероятность передачи патогенов при однократном контакте с загрязнённой поверхностью следующая: кишечной палочки, сальмонеллы – почти 100%, риновируса – 60%, вируса гепатита А – 30%, ротавируса –

Что говорит ВОЗ

В рекомендациях Всемирной организации по гигиене сказано, что гигиена рук должна быть последним действием перед контактом с пациентом. Применительно к данной теме можно сказать, что обработка мобильного телефона должна быть последним действием перед тем, как закрыть дверь своего рабочего кабинета и пойти домой.

Естественно, такое отношение к использованию гаджета нужно прививать со студенческой скамьи, что и пытаются делать, например, в Ульяновском медицинском колледже. Для выяснения информированности студентов первого курса там провели анкетирование. Оказалось, 65% опрошенных пользуются сотовым телефоном более 5 часов в день. Из них 83% не знают, что на мобильных телефонах содержатся опасные бактерии, причём большинство пользуются телефоном в туалетах и во время еды.

Взятие смывов с сотовых аппаратов и дверных ручек наглядно подтвердило тезис, что мобильные телефоны – рассадник бактерий, они содержат больше микробов, чем дверные ручки. Было продемонстрировано, что после обработки гаджетов количество микробов резко уменьшается, что свидетельствует о необходимости регулярной дезинфекции девайсов антибактериальными средствами.

Администрацией колледжа по результатам этого исследования был намечен комплекс мер, направленных на повышение информированности студентов и формирование приверженности правилам гигиены при использовании мобильных телефонов. Хочется надеяться, что это принесёт плоды и будущие медицинские работники перестанут допускать ошибки, свойственные нынешнему медперсоналу.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Фото автора.

Неэффективное управление, отсутствие обратной связи, равнодушное отношение к мнению людей – такова триада главных проблем, выявленных экспертами и активистами Общероссийского народного фронта в ходе реализации этого проекта, целью которого является преобразование социальной сферы.

Откровения для многих

Основные замечания и жалобы около 3 тыс. пациентов 20 московских поликлиник передала на площадке ОНФ в режиме прямой конференции главным врачам этих медучреждений представитель Департамента здравоохранения города Светлана Браун. Некоторые из проблем уже были известны, а какие-то, сообщают в ОНФ, становились для руководителей настоящей откровением.

«Например, один из пациентов пожаловался, что в процедурном кабинете от него потребовали принести с собой бинты для перевязки, объясняя тем, что его колено «чересчур большое», – сказал эксперт региональной рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость», член общественного совета при Минздраве России Николай Дронов. – При снятии электрокардиограммы пациентам выдавали пелёнки размером с носовой платок. Как объяснял персонал поликлиники, их выдаётся всего 400 штук в месяц, пациентов же намного больше, вот и приходится резать каждую на 4 части. Недовольство москвичей вызывает непродуманное абсурдное расположение наиболее востребованных кабинетов. Например, в здании, где нет лифта, больничные листы оформляют на втором этаже. Можно только догадываться, как пациентам на костылях или инвалидам-колясочникам удаётся туда попасть».

Проблема, волнующая практически всех опрошенных, – электронный документооборот. Вся информация о болезнях и анализах сразу вносится в единую информационную систему. Однако из-за некорректной работы программного обеспечения врач вместо внимания к жалобам пациента вынужден сражаться со строптивой техникой.

«Система здравоохранения Москвы обладает большими финансовыми ресурсами. Кроме того, здесь в первую очередь внедряются самые последние современные технологии, закупается новейшее оборудование. Однако из-за неграмотного управления или организационных просчётов со стороны руководства поликлиник страдает качество работы, что, естественно, сказывается на пациентах. Активисты фронта будут добиваться устранения недоучётов», – пообещал координатор проекта ОНФ «Народная оценка качества» Виктор Рожков.

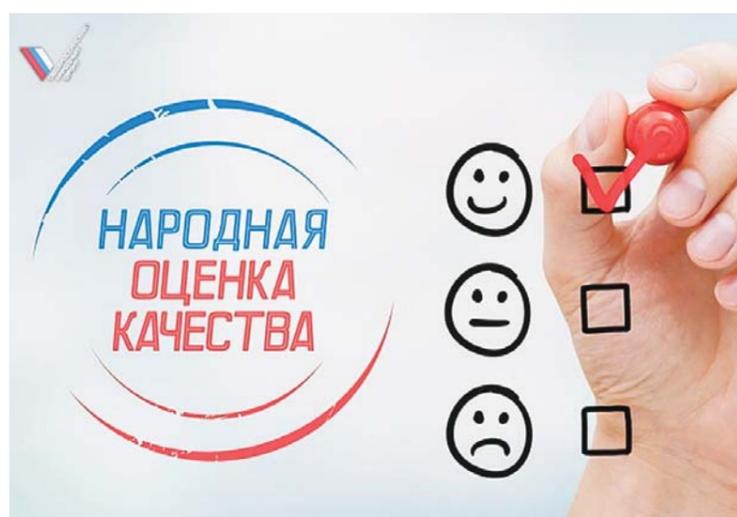
В процессе обсуждения итогов проверки выяснилась любопытная информация. «Каждый пациент поликлиники имеет право получать результаты своих анализов и исследований по электронной почте, но об этом почти никто не знает и, соответственно, не пользуется. Даже участники совещания в ОНФ были уверены, что такая опция доступна только в платной медицине. Также большинству пациентов неизвестно о том, что по полису обязательного медицинского страхования москвичи могут получать помощь не только в государственных, но и в некоторых частных клиниках», – пояснил Н.Дронов.

По его мнению, вопросы информирования о правах пациентов – это огромная работа, которую эффективнее провести вместе с некоммерческими организациями. «Важно, чтобы как можно больше людей оказались вовлечены в проект ОНФ «Народная оценка качества». Тогда появится возможность повлиять на положение дел и исправить недостатки в работе учреждений социальной сферы», – отметил эксперт.

Точка зрения

Решить триаду проблем

Что показал мониторинг поликлиник в рамках проекта «Народная оценка качества»



Время серьёзных изменений

Организационная модель московского здравоохранения на протяжении нескольких последних лет претерпевает серьёзные изменения, работа врачей первичного звена меняется, рассказал главный терапевт Москвы, член-корреспондент РАН, заслуженный врач РФ Григорий Арутюнов.

«Сегодня и представителям профессионального сообщества, и пациентам, очевидно, что по целому ряду направлений система оказания медицинской помощи в столице кардинально отличается от того, что было 5-10 лет назад, – сказал он. – Оцениваются эти изменения по-разному, и это вполне естественно, учитывая масштаб происходящих изменений. Часто, критикуя процесс модернизации, обращают внимание, например, только на уменьшение количества коек или перепрофилирование отделений, или на условное время продолжительности врачебного приёма, которое в реальности является разным. На мой взгляд, это некорректно. Модернизация здравоохранения в столице не выражается в сокращении коек или штатной численности сотрудников. Это заведомо фрагментарная, неполная трактовка процессов, которые происходят в этой сложнейшей социально значимой сфере. Поэтому, встречаясь порой с вольной и очень непрофессиональной интерпретацией изменений в московских поликлиниках, хочется прокомментировать высказывания такого рода.

На первый план выступает не количественный, а качественный аспект проблемы, речь идёт о повышении эффективности работы в первичном звене, поэтому арифметические показатели не могут отразить всю значи-

мость происходящего. Сегодня на терапевта возлагается гораздо большая ответственность, что влияет на эффективность работы первичного звена в целом. Например, появился проект по ведению пожилых пациентов с несколькими хроническими заболеваниями, который не так давно стартовал в московских поликлиниках. Это совершенно оправданный подход, так как в стране возросла средняя продолжительность жизни, сегодня она

читать и учиться непрерывно, однако на практике обеспечить это крайне сложно. Причём важен даже не факт чтения профессиональной литературы, но и качество этого чтения. Врач должен получать материал, содержащий квинтэссенцию современных научных знаний, касающихся решения той или иной медицинской проблемы. То же самое относится и к практическим навыкам, без которых невозможно представить современного врача. Сегодня, как

например, практически все поликлиники страны оборудованы электронными терминалами для записи. Но это модернизированное оборудование зачастую не работает и стоит прикрытое простынкой.

«В большинстве проинспектированных поликлиник проблемы возникают сразу при записи к врачу. Через интернет записаться нельзя, да и новыми информационными терминалами воспользоваться тоже невозможно.

И на заре зарождения медицины, терапевт должен уметь не только пользоваться соответствующей аппаратурой или правильно интерпретировать результаты исследований, но и уметь в буквальном смысле чувствовать и слышать больного» – подчеркнул Г.Арутюнов.

Жалобы пациентов схожи по всей стране

Массовые проверки качества медицинской помощи, оказываемой поликлиниками, ОНФ активно проводит по всей стране. На сайт проекта «Народная оценка качества» уже поступило более 14 тыс. жалоб и предложений, 3 месяца назад начались независимые рейды по проверке претензий. За лето региональные активисты ОНФ провели рейды в 439 медучреждениях в 66 субъектах РФ, а федеральные координаторы осмотрели 69 учреждений в 15 регионах – поликлиники, станции скорой помощи, приёмные отделения больниц. Жалобы пациентов по всей стране схожи: постоянные очереди, сложности с записью к нужному врачу, время обследования, хамство медперсонала, отсутствие доступной среды для инвалидов и маломобильных граждан, загруженность узких специалистов, нерациональное использование площадей.

«Один из самых популярных вопросов, который задают активные граждане, это «почему при наличии в здании просторных свободных площадей кабинеты самых загруженных врачей и специалистов нередко находятся в самых тесных и душных коридорах?» – говорит координатор проекта член центрального штаба ОНФ Виктор Климов.

Объяснения у администраций медучреждений, по его словам, также везде одинаковы: дефицит кадров и нехватка финансирования. Эксперты ОНФ согласны с тем, что это объективная реальность, но такая ситуация должна быть стимулом поиска решения проблем, а не поводом ничего не делать и разводить руками, и просто не замечать огромные «производственные потери», чудовищную архаичную неэффективность. При этом нередки случаи, когда в поликлиниках нет врача, а за деньги можно легко попасть на приём к этому же специалисту в соседнем кабинете.

Проверки активистов ОНФ показывают, что эти аргументы чаще всего являются необоснованными, констатирует В.Климов. Корень проблемы, по его мнению, кроется в неэффективном и даже порой в неграмотном управле-

И вот гражданам приходится по старинке толпиться в очереди за талонами, – отметил координатор проекта. – Такое управление администрации медучреждения формирует искусственную очередь, вызывая народное недовольство. Цивилизованные учреждения всегда находят возможность внедрить у себя современные технологии, обучить персонал, приучить пациентов. XXI век, а мы по талонам живём!»

По мнению экспертов ОНФ, большинство организационных проблем можно решить без существенных затрат с помощью компетентного управления и применения эффективных практик. Это подтверждает и опыт внедрения в ряде регионов отдельных элементов проекта «Бережливая поликлиника». «Для решения большинства проблем, которые мы видим в поликлиниках, деньги не нужны. Необходима вдумчивая и компетентная работа главного врача, – полагает В.Рожков. – Мы уверены, что все выявленные проблемы можно решить выстраиванием чёткой организации работы с учётом мнения граждан. Справиться с ними помогут системные меры и грамотные управленческие решения».

Активистам ОНФ уже удалось достичь серьёзных результатов, а теперь их федеральный проект «Народная оценка качества», направленный на формирование механизма обратной связи граждан и государства, заработал во всех регионах России.

А чтобы меры по жалобам и замечаемым принимались своевременно, ОНФ практикует повторные проверки. Так, активисты фронта, например, вновь провели рейд в клинической больнице № 8 ФМБА России Обнинска Калужской области и снова выявили массовые нарушения – администрация медучреждения только частично устранила недостатки первой проверки. Выяснилось, что медицинские работники из разных отделений больницы по-прежнему вынуждены занимать друг у друга медикаменты по причине их нехватки. Из 9 аппаратов искусственной вентиляции лёгких в учреждении на момент мониторинга работали только 3, а аппарат магнитно-резонансной томографии около года ограничен в использовании.

Активисты ОНФ направили обращение в Министерство здравоохранения РФ с просьбой уделить дополнительное внимание больнице № 8 Обнинска.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 64 (2094)

Остеопороз (ОП) – системное заболевание скелета, характеризующееся снижением массы костной ткани и нарушением её качества (микроархитектоники), приводящее к хрупкости костей, которая проявляется переломами при незначительной травме. Наиболее часто остеопороз проявляется компрессионными переломами позвонков, переломами дистального отдела предплечья (перелом Коллеса), проксимального отдела бедренной кости и проксимального отдела плечевой кости.

Коды по МКБ-10

M80 Остеопороз с патологическим переломом
M80.0 Постменопаузный остеопороз с патологическим переломом
M80.1 Остеопороз с патологическим переломом после удаления яичников
M80.2 Остеопороз с патологическим переломом, вызванный обездвиженностью
M80.3 Постхирургический остеопороз с патологическим переломом, вызванный нарушением всасывания в кишечнике
M80.4 Лекарственный остеопороз с патологическим переломом
При необходимости идентифицировать лекарственное средство используют дополнительный код внешних причин (класс XX)

M80.5 Идиопатический остеопороз с патологическим переломом
M80.8 Другой остеопороз с патологическим переломом
M80.9 Остеопороз с патологическим переломом неуточнённый.

M81 Остеопороз без патологического перелома

M81.0 Постменопаузный остеопороз
M81.1 Остеопороз после удаления яичников
M81.2 Остеопороз, вызванный обездвиженностью
Исключена: атрофия Зудека (M89.0)
M81.3 Постхирургический остеопороз, вызванный нарушением всасывания
M81.4 Лекарственный остеопороз
Для идентификации лекарственного средства используют дополнительный код внешних причин (класс XX)
M81.5 Идиопатический остеопороз
M81.6 Локализованный остеопороз (Лекема)
Исключена: атрофия Зудека (M89.0)
M81.8 Другие остеопорозы
Старческий остеопороз
M81.9 Остеопороз неуточнённый.

M82 Остеопороз при болезнях, классифицированных в других рубриках

M82.0 Остеопороз при множественном миеломатозе (C90.0+)
M82.1 Остеопороз при эндокринных нарушениях (E00-E34+)
M82.8 Остеопороз при других болезнях, классифицированных в других рубриках
85% случаев заболевания относятся к первичному остеопорозу, преимущественно постменопаузному.

Классификация

В настоящее время используется классификация, принятая президиумом Российской ассоциации по остеопорозу в 1997 г. (Остеопороз. Клинические рекомендации, 2009).

A. Первичный остеопороз:

1. Постменопаузный остеопороз (1-й тип).
2. Сенильный остеопороз (2-й тип).
3. Ювенильный остеопороз.
4. Идиопатический остеопороз.

B. Вторичный остеопороз:

1. **Заболевания эндокринной системы**
 1. Эндогенный гиперкортицизм (болезнь или синдром Иценко – Кушинга).
 2. Тиреотоксикоз.
 3. Гипогонадизм.
 4. Гиперпаратиреоз.
 5. Сахарный диабет (инсулинозависимый).
 6. Гипопитуитаризм, полигландулярная эндокринная недостаточность.
2. **Ревматические заболевания**
 1. Ревматоидный артрит.
 2. Системная красная волчанка.
 3. Анкилозирующий спондилартрит.

III. Заболевания органов пищеварения

1. Состояние после резекции желудка.
2. Мальабсорбция.
3. Хронические заболевания печени.

IV. Заболевания почек

1. Хроническая почечная недостаточность.
2. Почечный канальцевый ацидоз.
3. Синдром Фанкони.

V. Заболевания крови

1. Миеломная болезнь.
2. Талассемия.

3. Системный мастоцитоз.
4. Лейкозы и лимфомы.

VI. Другие заболевания и состояния

1. Иммобилизация.
2. Овариэктомия.
3. Хронические обструктивные заболевания лёгких.
4. Алкоголизм.
5. Нервная анорексия.
6. Нарушения питания.
7. Трансплантация органов.

VII. Генетические нарушения

1. Несовременный остеогенез.
2. Синдром Марфана.
3. Синдром Элерса – Данло (несовершенный десмогенез).
4. Гомоцистинурия и лизинурия.

VIII. Медикаменты

- Кортикостероиды.
Антиконвульсанты.
Иммунодепрессанты.
Агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона.
Антациды, содержащие алюминий.
Тиреоидные гормоны.

Эпидемиология

В России среди лиц в возрасте 50 лет и старше ОП выявляется у 34% женщин и 27% мужчин. Это означает, что остеопорозом страдают около 14 млн человек. Аналогичные показатели распространённости остеопороза у женщин отмечены среди белого населения Северной Америки и ряда стран Западной Европы. Социальная значимость остеопороза определяется его последствиями – переломами позвонков и костей периферического скелета, обуславливающими высокий уровень нетрудоспособности, включая инвалидность и смертность и, соответственно, большие материальные затраты в области здравоохранения.

При одномоментном эпидемиологическом исследовании среди городского населения России оказалось, что 24% женщин и 13% мужчин в возрасте 50 лет и старше ранее уже имели по крайней мере один клинически выраженный перелом. Наиболее распространены переломы позвонков. Так, распространённость остеопоротических переломов позвонков в популяции жителей России 50 лет и старше составляет около 10%, причём одинакова у мужчин и женщин. Исследование, проведённое в 2008-2009 гг. в 4 городах России, показало, что частота переломов проксимального отдела бедра составляла 239 случаев на 100 тыс. населения. При этом у мужчин в возрасте 50-64 лет она была в 2 раза выше, чем у женщин, а в возрасте 75 лет и старше эта тенденция была диаметрально противоположной.

Летальность в течение первого года после этого перелома составляет от 12 до 40%, причём данный показатель выше у мужчин. Особенно высока летальность в течение первых 6 месяцев после перелома, которая на 5-20% выше по сравнению с лицами того же возраста без переломов, а в некоторых городах России летальность в 8 раз выше общегородских показателей смертности у лиц того же возраста. У больных, выживших после перелома бедра, снижается качество жизни, каждый третий утрачивает способность к самообслуживанию и нуждается в длительном постоянном уходе.

Основные цели врача первичного звена при ведении больного с остеопорозом

– выявление больных с факторами риска остеопороза и переломов;

деней. Падения являются независимым фактором риска переломов.

Скрининг

Скрининг на остеопороз должен проводиться в группах риска остеопороза и переломов в первую очередь среди женщин в постменопаузе и мужчин в возрасте 50 лет и старше. Особое внимание следует обращать на людей, перенёвших переломы при минимальной травме. Своевременная диагностика ОП и адекватное лечение позволят предотвратить у них «каскад» переломов, характерных для ОП.

Скрининг всех женщин в постменопаузе с помощью денситометрии (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия, ДРА) нецелесообразен. Вместе с тем рекомендуется проводить ДРА денситометрию всем женщинам старше 65 лет и мужчинам старше 70 лет, а также женщинам в постменопаузе моложе 65 лет или мужчинам

Диагностика, лечение и профилактика остеопороза в общей врачебной практике

Федеральные клинические рекомендации

– скрининг и определение 10-летней вероятности перелома в группах риска (женщины в постменопаузе, мужчины старше 50 лет).

Диагностика остеопороза

- проведение медикаментозного и немедикаментозного лечения;
- проведение образовательных программ для больных остеопорозом («Школа здоровья»);
- контроль приверженности лечению и мотивирование пациента к длительному лечению;
- проведение профилактических мероприятий (отказ от курения, правильное питание, здоровый образ жизни, физическая активность).

Факторы риска

При остеопорозе нет характерной, в том числе ранней, симптоматики, кроме уже развившихся переломов. В связи с этим

между 50 и 70 годами при наличии у них клинических факторов риска (см. выше). Для скрининга также могут использоваться аппараты ультразвукового исследования костной ткани (костная ультрасонометрия – КУС).

Диагностика остеопороза

Диагноз устанавливается:

- клинически на основании типичного для остеопороза перелома, перенесённого в возрасте старше 50 лет при незначительной травме, или спонтанного при исключении других причин перелома (A);
- либо при проведении ДРА денситометрии позвоночника и/или бедра (A).

Решение о начале лечения остеопороза может быть принято также на основании подсчёта FRAX при высокой 10-летней вероятности перелома (D).

Клиническое обследование при подозрении на остеопороз

Таблица 1

Основные факторы риска остеопороза и переломов костей

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
Системный приём ГК более 3 месяцев (A) Табакокурение (A) Недостаточное потребление кальция (A) Дефицит витамина D (A) Злоупотребление алкоголем (A) Низкая физическая активность (B) Длительная иммобилизация (B)	Возраст старше 65 лет (A) Женский пол (A) Белая (европеоидная) раса (B) Предшествующие переломы (A) Низкая МПК (A) Склонность к падениям (A) Наследственность (семейный анамнез остеопороза) (A) Гипогонадизм у мужчин и женщин* (A) Снижение клиренса креатинина и/или клубочковой фильтрации (B) ИМТ < 20 кг/м ² и/или вес менее 57 кг (A)

* низкий уровень тестостерона у мужчин с соответствующей симптоматикой и ранняя менопауза у женщин (ранее 45 лет)

Таблица 2

Факторы риска падений

Модифицируемые факторы риска	Немодифицируемые факторы риска
Низкая физическая активность (B) Приём препаратов, вызывающих головокружение или нарушение баланса тела (C)	Немощность (A) Нарушения зрения (B) Снижение клиренса креатинина (B) Нарушения сна (B)

знание и учёт факторов риска приобретают особое значение для профилактики и диагностики заболевания. Необходимо целенаправленное выявление пациентов с факторами риска остеопороза и переломов для организации профилактики либо формирования групп риска с целью дальнейшего обследования для диагностики или исключения остеопороза.

Большинство переломов проксимального отдела бедра и дистального отдела предплечья возникают вследствие па-

При ОП нет характерной ранней клинической симптоматики. Единственным клиническим проявлением являются его осложнения – низкоэнергетические переломы, то есть переломы, произошедшие при такой травме, при которой здоровая кость осталась бы целостной. Соответственно боли появляются только при клинически манифестном ОП с переломами

(Продолжение на стр. 8-10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7)

костей периферического скелета и/или позвонков.

Первичное обследование пациента направлено на выявление факторов риска остеопороза, клинических признаков переломов костей, перенесённых при минимальной травме или спонтанных, в том числе позвонков, а также возможных причин вторичного ОП.

Клинические проявления остеопоротических компрессионных переломов позвонков (В)

- хроническая или впервые возникшая боль в спине

- потеря роста на 2 см и более за 1-3 года или на 4 см и более по сравнению с возрастом в 25 лет (отражает снижение высоты позвонков при компрессии)

- расстояние между затылком и стеной при измерении роста составляет более 5 см (отражает грудной кифоз)

- расстояние между нижними рёбрами и крылом подвздошной кости составляет ширину 2 пальцев и менее (отражает укорочение позвоночного столба из-за компрессий позвонков).

Боль в спине является неспецифическим признаком, поэтому заподозрить остеопоротический компрессионный перелом позвонка можно, если есть сочетание её хотя бы с одним из следующих признаков (В):

- дебют боли в возрасте старше 50 лет;
- указание на падение с высоты собственного роста или подъём тяжести;
- связь с травмой;
- предшествующие переломы;
- возраст старше 55 лет;
- длительный приём ГКС.

Оценка риска падений

Проводится у всех людей старше 65 лет. Риск падений определяется с помощью теста «Встань и иди»: встать со стула, пройти 3 м и вернуться обратно (В). Время выполнения теста более 10 секунд свидетельствует о повышенном риске падений. Кроме того, косвенными свидетельствами повышения риска падений являются следующие:

- невозможность пройти без остановки 100 м
- невозможность подняться со стула без опоры на руки
- частые падения в анамнезе.

Инструментальная диагностика остеопороза

Денситометрия

Основным инструментальным методом диагностики остеопороза является денситометрия – измерение минеральной плотности костной ткани (МПК) – методом ДРА (А).

Критерии диагностики остеопороза ВОЗ (Т – критерий) применимы только для ДРА денситометрии при исследовании позвоночного и проксимального отдела бедренной кости (т.н. центральная или аксиальная ДРА денситометрия). При невозможности проведения аксиальной ДРА денситометрии для постановки диагноза можно использовать периферическую ДРА на уровне дистальной трети костей предплечья. Т-критерий показывает, на какое количество стандартных отклонений МПК у исследуемого выше или ниже среднего показателя пиковой костной массы молодых здоровых женщин.

Показания для проведения оценки минеральной плотности костей при первичном обследовании (А)

- женщины в возрасте 65 лет и старше
- женщины в постменопаузе в возрасте до 65 лет с факторами риска переломов

дование следует проводить для диагностики переломов костей периферического скелета и позвонков (D). Показаниями для направления на рентгенографию позвоночника являются клинические проявления остеопоротических переломов позвонков (см. выше). Рентгенография костей не может использоваться для диагностики первичного остеопороза за исключением случаев, когда выявляются типичные для ОП деформации тел позвонков (D). При наличии ОП деформаций позвонков подтверждение диагноза ОП с помощью ДРА денситометрии не обязательно, поскольку пациент с переломами позвонков должен рассматриваться как кандидат на лечение независимо от показателя МПК (D).

Лабораторное обследование больного с остеопорозом или с подозрением на остеопороз

Цель лабораторного обследования – проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями скелета и выявление противопоказаний для назначения медикаментозного лечения (D).

Лабораторные показатели, исследуемые при остеопорозе

- общий клинический анализ крови
- кальций и фосфор сыворотки крови
- клиренс креатинина
- щелочная фосфатаза
- общий белок и фракции электрофорезом у больных с переломом позвонка.

Изменения этих показателей не характерны для ОП. При отклонениях от нормы необходимо проводить дифференциальную диагностику с другими заболеваниями.

При наличии возможности желательнее исследовать уровень 25(OH) D3 в сыворотке крови для исключения дефицита витамина D.

Формулировка диагноза

При формулировке диагноза остеопороза следует учитывать следующие его характеристики.

I. Форма

- остеопороз первичный (постменопаузальный, сенильный, идиопатический)
- остеопороз вторичный (с указанием возможной причины).

II. Наличие или отсутствия переломов костей (их локализация). При указании в анамнезе на переломы костей при минимальной травме диагностируется тяжёлая форма заболевания

III. Динамика заболевания

- положительная динамика – прирост МПК более чем на 3% за год при отсутствии новых переломов
- стабилизация – нет новых переломов костей, динамика МПК $\pm 2\%$ за год
- прогрессирование – новые переломы и/или снижение МПК более чем на 3% за год.

Пример: Постменопаузальный остеопороз, тяжёлая форма с компрессионным переломом Th10 позвонка, переломом лучевой кости, прогрессирующее течение. МКБ-10: M80.0

Дифференциальная диагностика

Проводят с заболеваниями с похожими клиническими проявлениями:

- остеомаляция
- миеломная болезнь
- метастазы в кости
- болезнь Педжета
- почечная остеодистрофия
- гипофосфатазия
- синдром Фанкони.

Особенности диагностики остеопороза у мужчин

Примерно в 30-60% случаев остеопороз у мужчин имеет вторичную природу. Поэтому у мужчин диагноз первичного

Клинические проявления у мужчин

Клинические проявления остеопороза у мужчин и женщин схожи.

Инструментальная и лабораторная диагностика у мужчин

Подходы к диагностике остеопороза у мужчин 50 лет и старше не отличаются от диагностики постменопаузального остеопороза (D). Однако у мужчин моложе 50 лет снижение костной массы ниже возрастной нормы устанавливается по Z-критерию (количество стандартных отклонений от возрастной нормы) при его значении $\leq -2,0$ (A). В целом у мужчин моложе 50 лет при диагностике остеопороза нельзя основываться только на данных МПК, необходимо учитывать и клиническую картину заболевания.

Подходы к рентгенологическому исследованию при остеопорозе у мужчин такие же, как у женщин. Деформации позвонков, выявленные по рентгенографии позвоночника, у мужчин могут быть результатом как ОП, так и травмы или тяжёлых физических нагрузок.

У мужчин с подозрением на ОП проводятся те же анализы, что и у женщин. Дополнительно исследуется уровень тестостерона в крови для исключения гипогонадизма.

Диагностика глюкокортикоидного остеопороза

Глюкокортикоиды (ГК) эффективны в лечении различных воспалительных заболеваний и широко используются во многих областях медицины. Пациенты любого возраста и пола, длительно (более 3 месяцев) принимающие системные ГК, относятся к группе высокого риска остеопороза и переломов (A). Риск переломов резко увеличивается после начала терапии системными глюкокортикоидами и также резко снижается после её прекращения, однако остаётся выше популяционного (A). Не существует безопасной дозы системных ГК, с увеличением суточной дозы риск перелома увеличивается (A). Наиболее высок риск переломов тел позвонков, которые развиваются, как правило, бессимптомно (A).

Для предупреждения ГКОП необходимо использование минимальных эффективных терапевтических доз ГК (A). По безопасности глюкокортикоиды, применяемые местно (в ингаляциях, внутрисуставно, на кожу), значительно превышают системные глюкокортикоиды (B). Для оценки вероят-

ности перелома у пациента, принимающего системные ГК, помимо денситометрии рекомендуется использовать способ FRAX (D).

Клиническая оценка пациента, принимающего ГК

При сборе анамнеза у пациента, принимающего пероральные ГК, дополнительно к стандартному опросу следует обратить особое внимание на возраст пациента, суточную дозу ГК и длительность их приёма, наличие низкоэнергетических переломов в анамнезе, основные факторы риска переломов и падений (D).

Оценка риска падений

У больных, принимающих длительно пероральные ГК, развивается ГК-миопатия, которая может приводить к падениям и развитию переломов. Проводятся те же тесты, что и при ПМОП.

Дополнительные методы исследования у больных, принимающих глюкокортикоиды

Денситометрия

ДРА денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра является основным методом измерения МПК у больных, принимающих ГК (A). При возможности ДРА денситометрия поясничного отдела позвоночника и проксимального отдела бедра должна проводиться всем больным, которым планируется или уже проводится длительная терапия ГК (D).

Интерпретация результатов ДРА денситометрии у лиц, получающих ГК

Для диагностики снижения МПК в зависимости от возраста пациента используются T- или Z-критерии. При этом ГКОП диагностируется при лучших показателях МПК, чем ПМОП или ОП у мужчин, а именно:

- T-критерий $\leq -1,5$ CO у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе
- Z-критерий $\leq -2,0$ CO (у детей, женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет).

Рентгенографическое обследование

Показания для направления на рентгенографию позвоночника – подозрение на компрессионные переломы позвонков.

Лабораторное обследование

Рутинная лабораторная оценка у пациента, принимающего пероральные ГК, не отличается от таковой при других формах ОП.

Основания для диагностики остеопороза и назначения лечения у пациентов, принимающих системные глюкокорти-

Алгоритм оказания помощи больным с остеопорозом и в группах риска

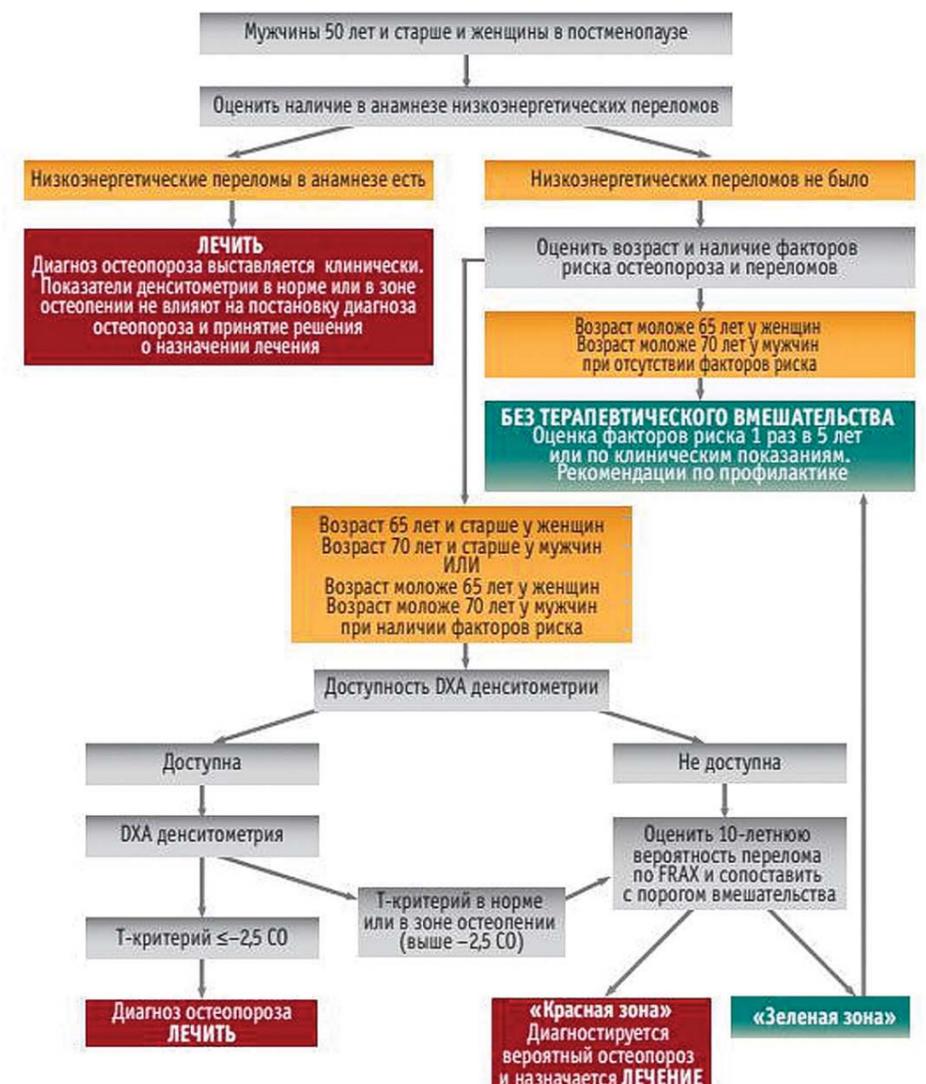


Таблица 3

Критерии ВОЗ по интерпретации результатов ДРА денситометрии у женщин в пери- и постменопаузе и у мужчин старше 50 лет (А)

Норма	показатели T-критерия от +2.5 до -1 стандартных отклонений от пиковой костной массы
Остеопения	показатели T-критерия от -1 до -2.5 стандартных отклонений
Остеопороз*	показатели T-критерия -2.5 стандартных отклонений и ниже
Тяжелый остеопороз	показатели T-критерия -2.5 стандартных отклонений и ниже с наличием в анамнезе одного и более переломов

- мужчинам в возрасте 70 лет и старше
- мужчинам моложе 70 лет с факторами риска переломов

● лица, перенёвшие остеопоротические переломы (переломы при низком уровне травмы)

● лица с заболеваниями или состояниями, ассоциирующимися с низкой костной массой или костными потерями

● лица, принимающие медикаментозные препараты, ассоциирующиеся со снижением костной массы или костными потерями.

Рентгенологическое обследование

Стандартное рентгенологическое исследование

(идиопатического) остеопороза выставляется только при исключении других причин заболевания.

Факторы риска переломов у мужчин (А)

Основные факторы риска остеопороза и переломов костей у мужчин и женщин идентичны (см. выше) (А). Особую роль у мужчин играет первичный или вторичный гипогонадизм (А), лечение аналогами гонадотропин-релизинг-гормона, применяемыми для лечения опухоли предстательной железы (А), а также хроническая obstructивная болезнь лёгких из-за высокой распространённости у них курения (В).

коиды (любой из нижеперечисленных) (А)

- наличие в анамнезе низкоэнергетического перелома
- возраст 70 лет и старше
- Т-критерий $\leq -1,5$ СО (у мужчин 50 лет и старше и у женщин в постменопаузе) или Z-критерий ≤ -2 СО (у детей, женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет).

Показания для назначения антиостеопоротического лечения

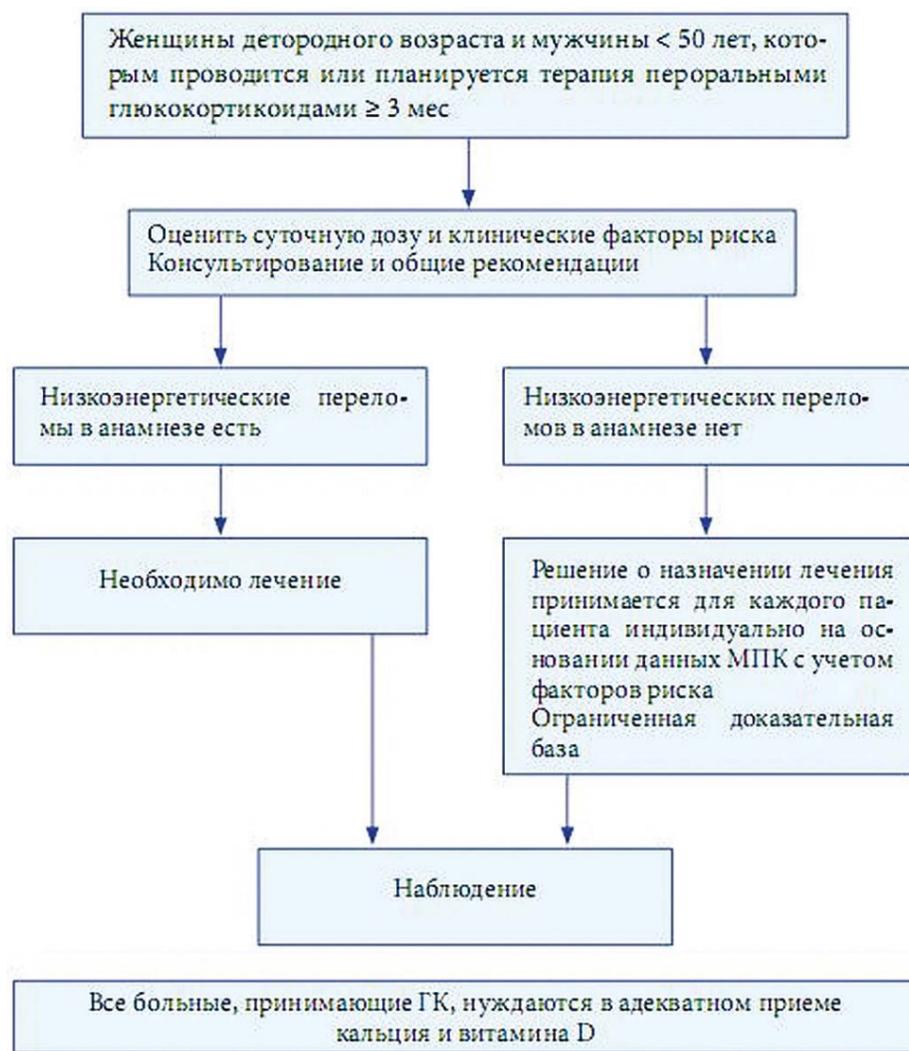
Показания для назначения антиостеопоротического лечения у женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше

- диагностика ОП по критериям ВОЗ при ДРА денситометрии (А)
 - наличие перелома при минимальной травме или спонтанного (за исключением переломов костей пальцев или черепа, нехарактерных для ОП) при исключении других возможных причин перелома (А)
 - на основании подсчёта 10-летнего абсолютного риска (вероятности) основных ОП переломов с помощью FRAX (D).
- Алгоритм ведения пациентов этой возрастной группы представлен ниже.
- Показанием для назначения антиостеопоротического лечения у женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше, которым проводится или планируется длительная (3 месяца и более) терапия пероральными ГК, является любой из следующих критериев:**
- возраст 70 лет и старше (А)
 - низкоэнергетические переломы в анамнезе или на фоне приёма ГК (А)
 - высокие дозы ГК ($\geq 7,5$ мг/сут) (D)
 - при измерении МПК Т-критерий $\leq -1,5$ стандартных отклонений (В).

При отсутствии вышеперечисленных критериев назначения терапии необходимо оценить риск основных переломов с помощью FRAX. Если 10-летний риск основных остеопоротических переломов превышает порог вмешательства, пациенту показано антиостеопоротическое лечение.

Показанием для назначения лечения у женщин в пременопаузе и мужчин моложе 50 лет, которым проводится или планируется длительная (3 месяца и более) терапия пероральными ГК, является:

- наличие низкоэнергетических переломов в анамнезе или на фоне приёма ГК (А).



Алгоритм ведения женщин детородного возраста и мужчин < 50 лет, которым проводится или планируется терапия пероральными ГК в течение 3 месяцев и более

При отсутствии низкоэнергетических переломов, но наличии низкой МПК, решение о назначении лечения остеопороза принимается только при учёте всех факторов риска и на основе тщательного рассмотрения всей клинической ситуации (D). Алгоритм приведён ниже.

Общие принципы терапии больных с остеопорозом в амбулаторных условиях

Немедикаментозная терапия остеопороза

- является обязательной частью лечения ОП (D);
- ходьба и физические упражнения (упражнения с нагрузкой весом тела, силовые упражнения и тренировка равновесия) (B);
- прыжки и бег противопоказаны (D);
- коррекция питания (продукты, богатые кальцием) (D);
- отказ от курения и злоупотребления алкоголем (D);
- образовательные программы («Школа здоровья для пациентов с остеопорозом») (B);
- ношение жёстких и полужёстких корсетов для снижения выраженности болевого синдрома после перелома позвонка (А). Длительное ношение корсета может привести к слабости мышц спины и, как следствие, к плохим отдалённым результатам (D);
- постоянное ношение протекторов бедра пациентами, имеющими высокий риск развития перелома проксимального отдела бедра и имеющими факторы риска падений (B);
- у пациентов с ОП переломом позвонка и хронической болью в спине возможно применение кифопластики и вертебропластики для уменьшения болевого синдрома, коррекции осанки и уменьшения риска последующих переломов (С);
- мануальная терапия при остеопорозе позвоночника противопоказана в связи с высоким риском переломов позвонков (D);
- при высоком риске падений – мероприятия, направленные на снижение риска падений (D):
 - ✓ лечение сопутствующих заболеваний
 - ✓ коррекция зрения
 - ✓ коррекция принимаемых медикаментов
 - ✓ оценка и изменение домашней обстановки (сделать её более безопасной)
 - ✓ обучение правильному стереотипу движений
 - ✓ пользование тростью
 - ✓ устойчивая обувь на низком каблучке
 - ✓ физические упражнения на координацию и тренировку равновесия.

Лекарственная терапия пациентов с ОП

Ведение женщин с ПМОП
Главная цель лечения ОП – снизить риск низкоэнергетических переломов (при

минимальной травме или спонтанных), поэтому в терапии ОП могут использоваться только препараты, клиническая эффективность которых в отношении снижения риска переломов доказана в длительных многоцентровых клинических испытаниях. Дженерические (воспроизведённые) препараты должны продемонстрировать биоэквивалентность оригинальному препарату.

При лечении ПМОП используются азотосодержащие бисфосфонаты (алендронат, ризедронат, ибандронат, золедроновая кислота), стронция ранелат, деносуибаб и терипаратид (А). Выбор препарата зависит от конкретной клинической ситуации (тяжесть остеопороза, наличие противопоказаний к конкретному препарату), а при назначении бисфосфонатов – также и от предпочтительного пути введения (перорально или внутривенно).

Азотосодержащие бисфосфонаты

- у женщин в постменопаузе азотосодержащие бисфосфонаты повышают МПК в поясничном отделе позвоночника и проксимальном отделе бедра, а также снижают риск переломов позвонков (А)
- у женщин в постменопаузе алендронат, золедроновая кислота и ризедронат снижают риск переломов бедра, а алендронат – и переломов предплечья (А)
- золедроновая кислота, назначенная после перелома проксимального отдела бедра, снижает частоту всех новых клинических переломов и риск летальных исходов независимо от их причины (А)
- азотосодержащие бисфосфонаты назначаются в течение 3-5 лет, однако женщины с высоким риском переломов позвонков могут продолжить лечение свыше 5 лет с учётом противопоказаний (В).

Стронция ранелат

Стронция ранелат увеличивает МПК позвонков и проксимальных отделов бедренной кости и уменьшает риск переломов тел позвонков и периферических переломов у женщин с постменопаузальным остеопорозом. Показан для лечения тяжёлого ОП. Продолжительность лечения от 3 до 8 лет (А).

Деносуибаб

Деносуибаб увеличивает МПК позвонков, проксимальных отделов бедренной кости и дистального отдела предплечья, уменьшает риск переломов тел позвонков, бедра и других периферических переломов у женщин с ПМОП. Продолжительность лечения до 6 лет (А).

Терипаратид

- терипаратид увеличивает МПК позвоночника и проксимальных отделов бедренной кости, уменьшает риск переломов тел позвонков и периферических переломов у женщин с постменопаузальным остеопорозом. Показан для лечения тяжёлых форм ОП. Продолжительность лечения 18 месяцев (А)
- применение терипаратида в рамках зарегистрированных показаний рекомендовано у следующих групп пациентов (D):
 - ✓ в качестве терапии первой линии у пациентов с тяжёлым остеопорозом (один и более переломов тел позвонков или перелом проксимального отдела бедра, многочисленные повторные переломы костей скелета) (А)
 - ✓ у пациентов с неэффективностью предшествующей антиостеопоротической терапии (новые переломы, возникшие на фоне лечения и/или продолжающееся снижение МПК) (D)
 - ✓ у пациентов с непереносимостью других препаратов для лечения остеопороза или при наличии противопоказаний для их назначения (D).
- использование бисфосфонатов (алендроната) после лечения терипаратидом (последовательная схема терапии) приводит к достоверному дальнейшему увеличению минеральной плотности костной ткани у женщин в постменопаузе (В).

Лечение остеопороза у мужчин

Препаратами первого выбора лечения остеопороза у мужчин являются бисфосфонаты (алендронат, золедроновая кислота), стронция ранелат и терипаратид. Аллендронат у мужчин увеличивает МПК в поясничном отделе позвоночника и шейке бедра и снижает риск переломов позвонков (А).

Золедроновая кислота у мужчин увеличивает МПК позвонков и проксимальных отделов бедренной кости и снижает риск переломов позвонков (А).

Золедроновая кислота, назначенная после перелома проксимального отдела бедра у мужчин, снижает частоту всех новых клинических переломов и риск летальных исходов независимо от их причины (А).

Стронция ранелат у мужчин увеличивает МПК позвонков и проксимальных отделов бедренной кости (А).



Алгоритм ведения женщин в постменопаузе и мужчин 50 лет и старше, которым проводится или планируется терапия пероральными глюкокортикоидами в течение 3 месяцев и более

(Окончание. Начало на стр. 7.)

Терипаратид увеличивает МПК позвоночника и бедренной кости у мужчин с остеопорозом и снижает риск развития переломов тел позвонков (В).

Основные принципы лечения и ведения больных с ОП у мужчин не отличаются от таковых у женщин с ПМОП.

Лечение пациента с ГКОП

Общие рекомендации по ведению больных, принимающих пероральные ГК:

питания) (А) и витамина D (800-2000 МЕ в сутки) (А)

● для достижения эффективности лечения важна приверженность пациента рекомендованному лечению как по продолжительности, так и по правильности приёма препарата (С).

Мониторинг состояния пациентов с ОП

Оценка эффективности проводимого патогенетического лечения ОП проводится с помощью аксиальной ДРА денситометрии

полнительно к вышеперечисленному может назначаться заместительная гормональная терапия женскими половыми гормонами (ЗГТ) независимо от наличия климактерических симптомов при условии низкого риска сердечно-сосудистых осложнений. Вопрос о назначении и длительности ЗГТ решается гинекологом индивидуально для каждой пациентки с учётом противопоказаний и возможного риска осложнений (D); – с целью профилактики ПМОП у пациенток с остеопенией может применяться золедроновая кислота (В).

Список сокращений

ДРА – двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия
ОП – остеопороз
ГК – глюкокортикоиды
ГКОП – глюкокортикоидный остеопороз
ПМОП – постменопаузальный остеопороз
МПК – минеральная плотность кости
ИМТ – индекс массы тела
КУС – костная ультрасонометрия
СО – стандартное отклонение.

Таблица 5

Дозировки и способы введения препаратов для лечения остеопороза

Препараты	Дозировка	Режим и способ введения	Формы остеопороза, при которых используется
Бисфосфонаты			
Алендронат	таблетка 70 мг	Внутрь один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, глюкокортикоидный ОП
Ризедронат	Таблетка 35 мг	Внутрь один раз в неделю*	Постменопаузальный ОП, глюкокортикоидный ОП
Золедроновая кислота	Флакон 5 мг	Внутривенно один раз в год	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин, глюкокортикоидный ОП, профилактика новых переломов у мужчин и женщин с переломами проксимального отдела бедренной кости
Ибандронат	Таблетка 150 мг	Внутрь один раз в месяц	Постменопаузальный ОП
	Флакон 3 мг	Внутривенно один раз в 3 месяца	Постменопаузальный ОП
Стронция ранелат			
Стронция ранелат	Порошок 2 г/саше	Внутрь раз в день	Постменопаузальный ОП, ОП у мужчин
Деносунаб			
Деносунаб	60 мг в шприце	Подкожно раз в 6 месяцев	Постменопаузальный ОП
Терипаратид			
Терипаратид	750 мг в шприц-ручке	Подкожно раз в день	Тяжёлый постменопаузальный ОП, тяжёлый ОП у мужчин

Примечание: * для предупреждения побочных эффектов и лучшего всасывания обязательно соблюдать рекомендованный способ приёма пероральных бисфосфонатов: утром натощак за 40-60 минут до еды, запить полным стаканом воды, после приёма 40-60 минут не принимать горизонтальное положение.

● использование минимальных эффективных доз ГК (D)

● рассмотреть возможность других способов введения ГК (D).

У больных, принимающих пероральные ГК, лечение антиостеопоротическими препаратами проводится как с целью профилактики развития, так и с целью лечения уже имеющегося ОП и должно начинаться одновременно с назначением ГК на длительный срок (3 месяца и более) (А).

● препаратами первого выбора являются алендронат (А), ризедронат (А), золедроновая кислота (А)

● препаратом второго выбора является альфакальцидол и кальцитриол (В)

● при отмене глюкокортикоидной терапии возможно прекращение лечения антиостеопоротическими препаратами (D)

● если длительная терапия ГК продолжается, лечение остеопороза тоже должно быть продолжено (D).

Лечение глюкокортикоидного остеопороза у молодых мужчин (< 50 лет) и женщин в менопаузе (детородного возраста)

Данные об эффективности фармакологического лечения для этой возрастной группы ограничены, особенно по снижению риска переломов (D).

Противоостеопоротическая терапия может быть назначена в определённых случаях, особенно при наличии низкоэнергетических переломов в анамнезе (D).

Бисфосфонаты проникают через плаценту и могут вызвать нежелательное воздействие на кости развивающегося плода, поэтому их следует использовать с осторожностью у пациенток детородного возраста. Пациентка должна быть предупреждена о возможном нежелательном эффекте на плод и информирована о необходимости длительного приёма контрацептивных препаратов (D).

Основные принципы лечения

● лечение ОП должно проводиться в рекомендованном режиме не менее 3-5 лет (А)

● лечение одновременно двумя препаратами патогенетического действия не проводится (В)

● монотерапия препаратами кальция и витамина D не проводится (А)

● лечение любым препаратом патогенетического действия должно сопровождаться назначением адекватных доз кальция (1000-1500 мг в сутки с учётом продуктов

через 1-3 года от начала терапии, но не чаще чем раз в год (D).

Для динамической оценки рекомендуется использовать ДРА аппарат одного и того же производителя (В).

Периферическая ДРА денситометрия не может использоваться для мониторинга эффективности лечения (D).

Лечение эффективно, если МПК увеличилась или осталась на прежнем уровне (D).

Продолжающаяся потеря костной массы по денситометрии или новый перелом кости могут свидетельствовать о плохой приверженности пациента рекомендованному лечению (D).

Проведение рентгеноморфометрии позвоночника при подозрении на новые переломы позвонков (D).

Измерение уровней маркёров костного обмена возможно уже через 3 месяца лечения с целью прогноза эффективности лечения. Изменение уровня маркёров на 30% и больше (снижение при антирезорбтивной терапии и увеличение при лечении терипаратидом) прогнозирует хорошую эффективность лечения (А).

Показания к консультации специалистов

● подозрение на вторичный ОП (см. классификацию) или другую костную патологию

● трудности в подборе патогенетической терапии при сопутствующей патологии

● для проведения ДРА денситометрии (если это требуется по местным условиям).

Показания к госпитализации больного с ОП

● ОП переломы, требующие оперативного лечения (D).

Профилактика остеопороза

– с целью профилактики ОП рекомендуются адекватный приём кальция с пищей и достаточное поступление витамина D (А);

– людям с риском ОП или доказанным дефицитом витамина D должны назначаться добавки витамина D 800 МЕ в сутки.

При недостаточном потреблении кальция с пищей необходимы также добавки кальция и витамина D зависит от того, сохраняется ли риск либо дефицит (D);

– активный образ жизни, физические упражнения и отказ от вредных привычек (D);

– женщинам моложе 60 лет в постменопаузе с целью профилактики ОП до-

Перечень диагностических мероприятий в первичном звене здравоохранения

Приложение 1

1. Клинические методы обследования	
1.1	Изучение жалоб и анамнеза Цели: 1) Выявление факторов риска остеопороза 2) Выявление факторов риска падений 3) Выявление клинических признаков переломов костей, в том числе переломов позвонков
1.2	Стандартное клиническое обследование Цели: 1) Выявление клинических признаков переломов костей, в том числе переломов позвонков 2) Выявление возможных причин вторичного остеопороза 3) Оценка риска падений
1.3	Консультации специалистов В сложных случаях пациент может направляться на консультацию к специалисту, занимающемуся остеопорозом. Это может быть городской или областной (республиканский) центр (специализированный приём) по остеопорозу, а также ревматолог или эндокринолог
2. Лабораторные методы исследования	
2.1	Общий клинический анализ крови При постановке диагноза
2.2	Кальций и фосфор сыворотки крови, общая щелочная фосфатаза При постановке диагноза и перед началом патогенетической терапии контроль раз в год
2.3	Клиренс креатинина Перед началом патогенетической терапии, а также у всех лиц старше 65 лет для оценки риска падения
3. Инструментальные методы исследования	
3.1	Рентгенография грудного или поясничного отдела позвоночника У пациентов с болью в спине, снижением роста на 2 см и более за 1-3 года наблюдения и на 4 см в сравнении с ростом в 25 лет для выявления остеопоротических переломов позвонков
3.2	Денситометрия У всех женщин старше 65 лет, у всех мужчин старше 70 лет У женщин в постменопаузе моложе 65 лет и у мужчин моложе 70 лет при наличии у них факторов риска остеопороза 3) В динамике для оценки эффективности патогенетического лечения остеопороза

Приложение 2

Перечень лечебных мероприятий

1. Немедикаментозная терапия	
1.1	Рекомендации по физической активности Занятия лечебной физкультурой и ходьба должны рекомендоваться всем больным. При этом при каждом последующем визите должна поддерживаться мотивация пациентки к выполнению этих рекомендаций
1.2	Образовательные программы Образовательные программы по остеопорозу рекомендованы всем пациентам с целью повышения приверженности лечению
1.3	Профилактика падений Рекомендации пациенту по предупреждению падений являются важной составной частью лечения остеопороза
1.4	Ношение протекторов бедра пациентами с высоким риском перелома шейки бедра Постоянное ношение протекторов бедра следует предлагать пациентам, имеющим высокий риск развития перелома шейки бедра и имеющим факторы риска падений
1.5	Ношение корсета пациентами с переломами позвонков У пациентов с переломами позвонков жёсткие и полужёсткие корсеты снижают выраженность болевого синдрома
1.6	Лечение и предупреждение запора Натуживание при запоре способствует усилению болевого синдрома при остеопоротических переломах позвонков
2. Медикаментозная терапия	
2.1	Симптоматическая терапия У больных с болью в спине, вызванной остеопоротическими переломами позвонков, используются простые анальгетики, НПВП, миорелаксанты
2.2	Патогенетическая терапия Используется монотерапия одним из следующих препаратов: – препараты первого выбора: бисфосфонаты стронция ранелат деносунаб терипаратид – препарат второй линии: альфакальцидол
2.3	Препараты кальция и витамина D Являются обязательным дополнительным компонентом любой схемы лечения остеопороза

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

Уровни, а не уравниловка

– Любые преобразования начинаются с определения цели. В данном случае цель, как бы пафосно это ни звучало, – повышение доступности и качества хирургической помощи населению Российской Федерации. Сегодня есть проблемы и с тем, и с другим.

В процессе «оптимизации» системы здравоохранения страны, которая проводится уже несколько лет, сокращаются стационарные койки, а вслед за этим «ужимаются» и штатные расписания. Поэтому обеспечивать круглосуточное дежурство хирурга в районной больнице на 18-20 коек теперь очень сложно, а иногда и невозможно, проще это отделение закрыть. Тут мы упираемся и в вопрос доступности, и в вопрос качества медицинской помощи: если человек не имеет возможности получить экстренную хирургическую помощь близко к дому, то терпит до того состояния, когда за ним приезжает «скорая», и тогда хирурги получают очень тяжёлого больного со всеми соответствующими осложнениями и рисками для жизни, с увеличением сроков стационарного лечения, вероятностью инвалидизации.

Чтобы обеспечить и доступность, и качество, нам предстоит разработать такую модель организации оказания хирургической помощи, которая будет подходящей для абсолютного большинства регионов России даже с учётом различий в их климатогеографических параметрах, численности населения, социально-экономическом развитии и удалённости от столицы страны.

Сегодня схемы оказания хирургической помощи отличаются в разных субъектах РФ. Особенно значимы различия между мегаполисами, такими, как Москва и Санкт-Петербург, и периферийными регионами с низкой плотностью населения. К сожалению, те, кто принимают отраслевые решения, находятся в столичных регионах, и они не всегда знают, как организованна хирургическая помощь на местах. И то, что реализуемо в крупных городах, абсолютно не подходит для небольших моногородов или сельского здравоохранения.

Так, предложение сформировать хирургический коечный фонд из расчёта тридцать единиц на каждые 200 тыс. населения не годится для сельских районов и регионов с низкой плотностью населения. Если пойти по этому пути, то в Ленинградской области я должен буду 5 районов замкнуть на один 30-коечный хирургический стационар, и, чтобы получить специализированную хирургическую помощь, больные должны будут преодолевать расстояние в 200 км. Очевидно, что это не самое удачное решение.

По моему мнению, правильным было бы внедрение в масштабах страны трёхуровневой модели оказания хирургической помощи с чёткой продуманной маршрутизацией пациентов. Для этого необходимо обеспечить дополнительное финансирование отдалённых районов из регионального бюджета, как это сделано, к примеру, в Ленинградской области, то есть создание схемы благоприятного функционирования для окраин региона.

К первому уровню оказания хирургической помощи следует отнести лечебные учреждения в маленьких городах и районных центрах, где максимум 25 хирургических коек и работают два или три хирурга. Их задача – оказание первичной хирургической помощи, в первую очередь экстренной, причём разного профиля, а не только абдоминального: надо предусмотреть профилизацию коек по разным направлениям – лор, урология, травматология. Будут ли эти койки востребованы на первом уровне? Вне всякого

Итоги и прогнозы

Компас для хирурга

В России впервые будет сформирована Национальная хирургическая стратегия. Что от неё ожидать?

Крупнейшее профессиональное врачебное сообщество страны – хирургическое – всерьёз задумалось о создании документа, который послужит «дорожной картой» для отечественной хирургии. Если идею удастся реализовать, Национальная хирургическая стратегия станет вторым после Национальной противораковой стратегии (она утверждена на состоявшемся в июне 2017 г. Съезде онкологов России. – Е.Б.) подобным документом, определяющим не просто абстрактные перспективы, а реальные векторы развития данной отрасли медицины с чётким перечислением задач, которые следует решить поэтапно, и результатов, которые ожидается получить в итоге.

Важно подчеркнуть, что речь не идёт об очередном федеральном проекте, направленном исключительно на популяцию за государственный счёт нового оборудования для учреждений хирургического профиля. Идея гораздо масштабнее: так же, как коллеги-онкологи, хирурги хотят не локальных, а системных преобразований, которые предполагают совершенствование организации оказания хирургической помощи пациентам, техническое дооснащение хирургических стационаров, решение кадровых вопросов, определение индикаторных показателей эффективности работы служб.

сомнения, будут, ведь данное предложение не умозрительное, оно исходит из реалий сегодняшнего дня.

Ко второму уровню оказания хирургической помощи предлагаю отнести больницы с обязательным круглосуточным хирургическим дежурством и количеством хирургических коек не менее 30. Здесь уже должна быть специализация, то есть отделение травматологии, реанимации и интенсивной терапии, а также можно организовать какие-то межрайонные отделения, к примеру, урологическое, лор, детское хирургическое, офтальмологическое.

На втором уровне оказания помощи должны функционировать травмоцентр второго уровня и первичный сосудистый центр. Ультразвуковые и эндоскопические исследования здесь выполняются в круглосуточном режиме. Должны быть компьютерный и магнитно-резонансный томографы, вертолётная площадка.

Наконец, третий уровень – учреждения, оказывающие всю специализированную, в том числе высокотехнологичную хирургическую помощь. Это стационары с мощностью не меньше тысячи коек, то есть областные, краевые, республиканские больницы или крупные больницы скорой медицинской помощи. Здесь организованы травмоцентр первого уровня, региональный сосудистый центр с отделением сердечно-сосудистой хирургии, и есть все специализированные отделения хирургического профиля.

В оснащении стационаров третьего уровня обязательно следует иметь ангиограф, два аппарата КТ, два – МРТ, и другое современное оборудование, и, конечно же, вертолётную площадку. Думаю, на третьем уровне нам надо идти по пути создания специализированных центров: панкреатологического, нейрохирургического, торакального, урологического, травматологического с отделением сочетанной травмы и хирургии повреждений.

Именно такая модель в настоящее время создаётся в Ленин-



Разговоры о том, что для уверенного движения вперёд отечественной хирургической службе нужны ясно сформулированная идеология, а также «руль и ветрила», до сих пор велись, что называется, в кулуарах. Наконец эта идея была высказана на совещании главных специалистов регионов в рамках прошедшего Национального хирургического конгресса-2017. По итогам совещания сформирована рабочая группа под руководством главного хирурга Минздрава России академика РАН Амираана Ревшвили, которой предстоит подготовить проект стратегии развития хирургической отрасли.

Один из участников рабочей группы – главный хирург Комитета по здравоохранению Ленинградской области, профессор кафедры госпитальной хирургии № 2 им. Ф.Г.Углова Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, доктор медицинских наук Олег ЭРГАШЕВ. Именно он на упомянутом совещании главных специалистов поднял вопрос о том, что российской хирургии нужен «компас». По просьбе «МГ» О.Эргашев рассказал, какими, по его мнению, должны быть основные стратегические преобразования в хирургической службе.

градской области. Если рассматривать это как пилотный проект, то опыт нашего региона можно было бы через какое-то время проанализировать и взять за основу при разработке национальной хирургической стратегии.

Думая о завтрашнем дне, мы должны создать «дорожную карту» для внедрения инноваций и новых технологий на всех уровнях оказания хирургической помощи. Развивая эндовидеохирургию и малоинвазивную хирургию, необходимо сформировать образовательный кластер с созданием интегрированных операционных, где проходило бы обучение молодых специалистов. Нужно более активно переходить на амбулаторную хирургию, стационары одного дня.

Регламенты и тарифы

Создание трёхуровневой системы позволит нам распределить потоки пациентов так, как необходимо, чтобы хирурги могли лечить больных в соответствии с национальными клиническими рекомендациями.

Кстати, в настоящее время НКР – основной документ, которым мы руководствуемся, а нам в дополнение к клиническим рекомендациям нужны ещё порядки и стандарты оказания помощи при разных хирургических заболеваниях. В этом смысле не мешает позаимствовать опыт онкологов, они разработали порядки и стандарты, как говорится, на все случаи жизни.

И, конечно, крайне важно решить с Федеральным фондом ОМС вопросы с тарифами. В частности, необходимо ввести тариф на хирургию одного-двух дней. Ситуация, о которой я говорю, знакома всем без исключения ведущим отделением «скорая» привезла больного, он пробыл под наблюдением врачей сутки-двое, острый период прошёл, состояние пациента нормализовалось, операция не понадобилась. Логично, если человека выписывают из стационара, а учреждение получает деньги ОМС за оказание ему помощи, как за законченный случай.

Но что происходит сегодня? Врачи вынуждены держать таких пациентов на койке 7 дней, чтобы отделение могло «отработать» минимальный тариф. Кому это идёт на пользу? Никому.

Главный или номинальный?

И, наконец, самое важное – необходимо создать управленческую вертикаль хирургической службы. В качестве примера опять могу привести Ленинградскую область, где нам удалось такую вертикаль выстроить. Здесь главный хирург региона является штатным главным специалистом областного Комитета по здравоохранению, в то время как в большинстве субъектов РФ главные хирурги – внештатные специалисты региональных минздравов.

Вопрос о статусе главного хирурга принципиален. Человек, который исполняет полномочия главного хирурга региона на общественных началах, вполне может быть авторитетом в профессиональной среде, но подчиняться его требованиям никто не обязан. В том числе предоставлять ему статистическую и иную отчётную информацию. Так зачастую и происходит. Некоторые районные хирурги жалуются, что видят главного хирурга региона один раз в 4 года. Совсем другое дело, когда главный специалист является штатным, и его полномочия закреплены документально.

Что касается функционала главного специалиста по хирургической помощи, в его обязанности должна входить координация деятельности не только по абдоминальной хирургии, как мы привыкли думать, но и по всем остальным разделам хирургии: торакальной, сердечно-сосудистой, челюстно-лицевой, колопроктологии, урологии и т.д. Таким образом, главному специалисту пора выйти за рамки своей собственной хирургической специальности, будь он урологом, абдоминальным или кардиохирургом. Прежде всего он – организатор работы всей хирургической службы, в обязанности которого входит

рациональное распределение и использование коечного фонда и иных материально-технических ресурсов здравоохранения для обеспечения адекватной хирургической помощи населению.

Решение кадрового вопроса – здесь роль главного хирурга опять выступает на первый план. Кто, как не он, должен знать потребности службы в специалистах, установить взаимосвязь с учебными заведениями и формировать заявки по набору в клиническую ординатуру, причём на перспективу 4-5 лет?

В нашем регионе вертикаль управления выглядит следующим образом. Территория области поделена на 5 медицинских округов с численностью населения 300-400 тыс. человек, и в каждом есть окружной хирург, который координирует работу хирургической службы муниципальных и сельских районов, входящих в данный округ. Наконец, в каждом районе есть главный районный хирург, который несёт ответственность за организацию работы хирургической службы по всем профилям. Главному хирургу региона подчиняются все главные внештатные специалисты-хирурги всех профилей. На эту сетку накладываются «узкие» специалисты, то есть на сегодняшний день окружным и районным хирургам приходится координировать работу специалистов всех хирургических профилей: урологов, оториноларингологов, офтальмологов, колопроктологов, эндоскопистов, травматологов, детских, сосудистых хирургов, онкологов, челюстно-лицевых хирургов. Думаю, надо это узаконить и на федеральном уровне.

Возможно, эти предложения поддержат не все и появятся иные варианты. Мы только в начале пути разработки стратегии развития российской хирургии, и чем больше идей будет высказано, тем точнее окажется окончательный документ, по которому нам предстоит жить.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Сегодня в мире насчитывается примерно 8 тыс. редких заболеваний, и этот список постоянно растёт. К сожалению, для многих из орфанных патологий до сих пор нет признанных методов лечения, и поставленный диагноз является лишь «констатацией факта». Однако те пациенты, для которых уже разработаны и внедрены в медицинскую практику лекарственные препараты, не могут обходиться без помощи государства – стоимость месячного курса лечения варьирует от 100 тыс. руб. до 2 млн и более.

В российский список внесено чуть более 200 редких заболеваний, которыми страдают около 1,5 млн человек. И только 1% орфанных пациентов получают необходимую медицинскую помощь. Кроме того, нерешённым остаётся вопрос развития резистентности к первым линиям терапии, которые проводятся за счёт федерального и регионального бюджетов, отмечают эксперты Национальной ассоциации организаций больных редкими заболеваниями.

В нашей стране болезни-сироты (от англ. orphan — сирота) прежде всего ассоциируются с программой «Семь нозологий», финансирование которой осуществляется за счёт средств федерального бюджета. Но есть ещё и другой более обширный региональный список, так называемый Перечень-24. И если в первом случае проблем с лекарствами нет, больные получают их вовремя и в полном объёме, то в отношении второго не всё так гладко.

Проблемы есть практически по каждому классу редких заболеваний. Каждый год надлежащего лечения не получают как минимум 50 тыс. человек. По словам экспертов, реальная финансовая потребность лекарственного обеспечения орфанных больных значительно выше ассигнований, которые выделяются региональными бюджетами.

О том, что регионы в подавляющем большинстве не справляются

Проблемы и решения

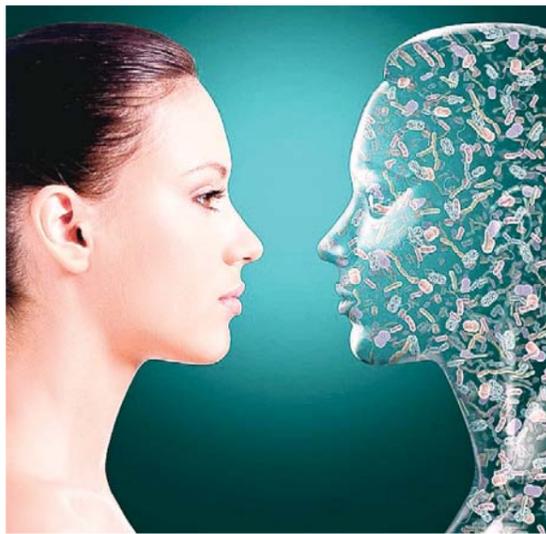
Не оставить человека в беде

Как оптимизировать расходы на лечение орфанных больных?

с такой финансовой нагрузкой, свидетельствуют и результаты медико-экономических исследований, проведённых ранее Институтом ЕАЭС совместно с Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья. На сегодняшний день лишь 14 регионов способны справиться с финансированием, констатировала руководитель Центра изучения и анализа проблем народонаселения, демографии и здравоохранения Института ЕАЭС Елена Красильникова.

Расходы региональных бюджетов на орфанные заболевания из Перечня-24 постоянно растут: с 5 млрд руб. в 2013 г. до 15,5 млрд в 2016 г. Но и этой суммы недостаточно. «Если посчитать стоимость терапии всех пациентов, которые включены в федеральный регистр пациентов с редкими заболеваниями (а это около 16 тыс. человек), то бюджет программы Перечень-24 требует порядка 30 млрд руб., то есть реальное финансирование вдвое меньше», — отметила эксперт. Самыми затратными нозологиями, по словам Е.Красильниковой, являются такие нозологии, как пароксизмальная ночная гемоглобинурия, идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лёгочная артериальная гипертензия и мукополисахаридоз 2-го типа.

Обеспечить пациентов с орфанными заболеваниями необходимыми лекарственными средствами возможно только за счёт расширения профильных государственных



программ и Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, уверены эксперты. При этом необходимо учитывать фактор непрерывности в лечении редких патологий уже включённых в федеральный и региональный регистры. Таким образом, льготными должны быть не только первые две, но и последующие линии терапии. Ведь крайне важно, чтобы врач мог назначить пациенту именно ту терапию, которая необходима ему по жизненным показаниям.

Ресурс инновационных препаратов мощный и глубокий, — отметил главный гематолог Московской области, доктор медицинских наук, профессор Анатолий Голенков. По его словам, всего за 5 лет (2011-2015) смертность от онкогемато-

логических заболеваний (многие из них относятся к разряду «редких») снизилась на 19% благодаря инновационной терапии. Тем не менее к выбору препаратов необходимо относиться тщательно, с учётом результатов их практического применения. «Реальные условия не всегда соответствуют клинической модели, изучаемой в исследованиях, — отметил А.Голенков. — Надо понимать, что ожидания от инновационных лекарств иногда бывают завышенными. На самом деле в реальной клинической практике они могут работать с меньшей эффективностью.

Для внесения зарегистрированных редких лекарств в Перечень ЖНВЛП, а также расширения государственных программ по льготному финансированию высокотратных нозологий в России созданы соответствующие условия. В частности, с 2015 г. так же, как в странах Европы, США и многих других, на законодательном уровне существует понятие «редкий лекарственный препарат» и действует упрощённая система их регистрации. Она подразумевает ускоренную процедуру регистрации лекарственного средства (не более 80 дней), а также возможность предоставления фармкомпаниями результатов доклинических и клинических исследований, проведённых за пределами Российской Федерации.

На сегодняшний день используется около 70 препаратов для лечения редких заболеваний из Перечня-24. Из них только 60% входят в перечень ЖНВЛП и 24% — в ОНЛП, сообщила Е.Красильникова. Препараты, которые не входят в эти перечни, не могут быть закуплены на средства ОМС и предоставлены пациенту бесплатно в условиях стационара.

По мнению экспертов, включение в Перечень ЖНВЛП всех препаратов для лечения редких заболеваний позволило бы фиксировать цены на них и снизить федеральные и региональные бюджетные затраты на закупки. Ещё одной из действенных мер по оптимизации лекарственного обеспечения орфанных больных может явиться расширение перечня заболеваний, входящих в программу «Семь нозологий». Соответствующий законопроект находится на рассмотрении в Правительстве, предполагается, что отзыв по нему поступит в середине сентября.

В Перечне-24 только 17 заболеваний являются наследственными, всеми остальными может заболеть каждый из нас, — подчеркнула Е.Красильникова. — Если представить, что ты можешь оказаться по ту сторону болезни и средств на лечение не собрать, важно знать, что государство в эту тяжёлую минуту не оставит в беде и гарантирует необходимую лекарственную помощь.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

На контроль!

Опять наши худшие...

Росздравнадзор расставил акценты

За первое полугодие 2017 г. ведомством выявлено и изъято из обращения 367 серий лекарственных средств, качество которых не отвечает установленным требованиям.

Всего в рамках государственного контроля качества лекарственных средств за анализируемый период на соответствие установленным требованиям было проверено 17 611 образцов лекарственных средств, из них больше половины (12 082) — с использованием неразрушающего метода на базе 10 передвижных экспресс-лабораторий.

Как и прежде, большая часть забракованных лекарств — отечественного производства — 56,1% (84 торговых наименования 142 серий). Основными причинами выбраковки лекарственных препаратов является несоответствие триаде требований: количественное определение, упаковка и однородность дозирования. Среди других показателей — маркировка, описание, посторонние примеси, растворение, механические включения, подлинность и другие показатели.

В структуре лекарственных форм недоброкачественных ЛС, изъятых за первое полугодие 2017 г., преобладают таблетки, гранулы, порошки, сборы и кап-

сулы — 51,8%, то есть твёрдые лекарственные формы. На втором месте — жидкие лекарственные формы (растворы, настойки, эмульсии, спреи, бальзамы, капли) — 45,4%.

По экспертной оценке, оборот фальсифицированных лекарственных препаратов составляет примерно 0,01% от общего числа серий ежегодно поступающих на рынок. По данным на 1 июля 2017 г., контролирующими органами выявлено и изъято из обращения 2 серии двух торговых наименований фальсифицированных лекарственных препаратов:

- стрептокиназа, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутриартериального введения 1500000 МЕ, на упаковках которого указан производитель РУП «Белмедпрепараты», Республика Беларусь, серии 011115;

- экзодерил, раствор для наружного применения 1% 10 мл, флаконы, на упаковках которого указан производитель Сандоз ГмбХ, Биохемштрассе 10 А — 6250, Кундль, Австрия, серии 146381.

Всего в первом полугодии 2017 г. выявлено и изъято из обращения 6 серий 5 торговых наименований лекарственных средств, находившихся в гражданском обороте с нарушением

действующего законодательства (отсутствие маркировки на русском языке):

- акласта, раствор для инфузий 5 мг/100, серии S0194;

- золадекс, капсула для п/к введения пролонгированного действия 3,6 мг, шприц-аппликатор, серии MR126;

- мирена, внутриматочная терапевтическая система, левоноргестрел 20 мкг/24 часа, блистер, серии TU01D1R;

- бонвива, раствор для внутривенного введения 3 мг/мл, шприц-тюбик в комплекте с иглой, серии H6269H;

- мирена, внутриматочная терапевтическая система, левоноргестрел 20 мкг/24 часа, блистер, серии TU01EGE;

- зелбораф, таблетки покрытые плёночной оболочкой 240 мг № 56, серии M1187M6.

Для сравнения: за 2016 г. всего было изъято 1938 серий лекарственных средств, из них: недоброкачественные — 281 торговое наименование 533 серий, отозваны производителями (количество серий) — 1365, фальсифицированные — 10 торговых наименований 11 серий, находились в обороте с нарушением законодательства РФ — 17 торговых наименований 29 серий.

Анна КРАСАВКИНА,
МИА Сито!

Рынок и цены

Почти штиль

На российском фармрынке незначительные колебания в ценах и упаковках

По данным аналитической компании DSM Group, объём коммерческого рынка лекарственных препаратов в июне 2017 г. составил 50,1 млрд руб. (с НДС). По сравнению с маем ёмкость рынка снизилась на 4,4%.

— Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата на коммерческом рынке России в июне 2017 г. по сравнению с маем снизилась на 1,2% и составила 141,2 руб. согласно индексу Ласпейреса, в течение июня цены в рублях снизились на 0,1%. В долларовом выражении индекс цен показал падение на 10,6%. Всего же с начала года падение цен на лекарства в аптеках страны составило 2,3% в рублёвом выражении, в долларах цены снизились на 2,4%, — комментирует эксперт фармрынка генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

Структура коммерческого рынка лекарственных препаратов в июне 2017 г. по ценовым сегментам претерпела ряд изменений по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. На 0,8% относительно июня 2016 г. увеличилась доля сегмента лекарств со средней стоимостью упаковки 50-150 руб. (за месяц доля упала на 0,1%). Удельный вес группы лекарств с ценовым диапазоном 150-500 руб. незначительно вырос (с 45,3 до 45,4%). За месяц доля рассматриваемого ценового сектора снизилась на 0,7%, что

сопровождалось незначительным (на 0,4%) ростом средней цены упаковки лекарств (в итоге средняя стоимость составила 270,3 руб./упак).

Доля дорогостоящих препаратов в июне составила 32,4%, что на 1,5% ниже удельного веса группы в аналогичном периоде прошлого года и на 0,7% больше, чем в мае 2017 г. При этом средняя стоимость упаковки в июне 2017 г. в сравнении с аналогичным периодом 2016 г. выросла на 1,2% и составила 937 руб./упак.

По итогам первого месяца лета 59% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду своей невысокой цены относительно импортных лекарств в стоимостном выражении они занимали 27%. Коммерческий сегмент рынка на 52% был представлен рецептурными и на 48% безрецептурными препаратами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в июне 2017 г. снизился на 4,6% относительно мая и составил 2,5 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в шестом месяце 2017 г. снизился на 6,7% по сравнению с предыдущим месяцем и составил 20,9 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковок БАД в июне 2017 г. по сравнению с маем увеличилась на 2,2% и составила 118,5 руб.

Ирина АНДРЕЕВА.

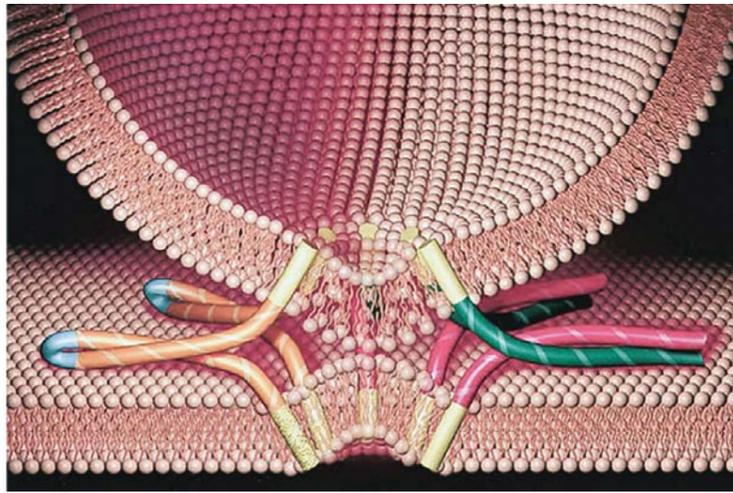
Человек и цивилизация

В одной из газет так описано лечение алкоголизма: «человеку делается укол..., который блокирует опиатные рецепторы, отвечающие за получение эйфории. Кроме укола оказывается психотерапевтическая помощь... почти половина... не употребляет алкоголь».

Из статьи неясно, что такое рецептор и почему его «обезболивающая» разновидность как-то связана с состоянием эйфории, или «благооблегчения» дословно, ощущения лёгкости бытия. Нейробиологи пользуются термином «вознаграждение», связанным с действием допамина/дофамина (производного аминокислоты тирозина, которой много в сырах-«тиросах»). Он синтезируется клетками чёрной субстанции, посылающими свои отростки к подкорковым ядрам и, что самое главное, к нейронам небольшого прилежащего ядра (NA – Nucleus Accumbens), лежащего в непосредственной близости от коры предлобных отделов полушарий (PFC – Prefrontal Cortex). Кора представляет собой передний отдел поясной, или лимбической извилины, отвечая за наши эмоции и генерируя антистрессовую устойчивость. «Подпитываются» наши эмоции сигналами, приходящими, помимо всего прочего, из глубин мозга, где вблизи от извилины морского конька (гиппокампа), что на основании височной доли, залегают небольшая миндалина-амигдала (Amygdala). Гиппокамп с его 3 слоями нервных клеток представляет собой остаток древней коры (в новой коре 6-7 слоёв нейронов), у миндалины же слоёв нет вовсе. Можно думать, что генерации такой примитивной и древней эмоции, как страх, послышного усложнения и не требуется.

Не имеет слоёв и NA, тем не менее его клетки генерируют целый спектр ответов, связанных с

Управление поведением



Везикул (круглый вверху) и комплекс слияния с мембраной

алкоголем и никотином, сексом и приёмом пищи, утолением жажды и наркотиками. Действие допамина осуществляется через белковые рецепторы, интегрированные в мембрану нервной клетки. Рецепторы являются актёрами – действующими агентами – синапсов, или интерфейсов двух нейронов, через которые передаются возбуждающие и тормозящие нейротрансмиттеры (медиаторы), одним из которых является допамин. После прохождения импульса избыток его «убирается» обратно в клетку посредством белкового транспортера. Кокаин блокирует действие транспортного протеина, в результате чего допамин, порождающий эйфорию, вместо секунды «задерживается» на месте 100! Но столь долгое возбуждение убивает нервные клетки, приводя к печальным последствиям.

Нейротрансмиттеры доставляются к синапсам в пузырьках-везикулах, мембрана которых должна слиться с клеточной, что ведёт к открытию поры, через которую транспортируемое вещество попадает в синапс. Последний августовский номер журнала Nature поместил на обложке изображение сложной системы белков, необходимой для нормального слияния оболочки. За открытие её, имеющей сложное многословное название (сокращённо SNARE), была вручена Нобелевская премия 2013 г., наука тем не менее хороша тем, что одно открытие не «закрывает» необходимости других, делающихся на новом уровне разрешения приборов и методов. Одно из них и представлено журналом.

Врачи знают о десмургии, или умении накладывать повязки-десмы (от этого слова произошло наше

«тесьма»). Естественно, что в синапсе мы имеем дело с протеином под названием синапто-тагмин, соединённым с белком комплексом и SNARE. Электрический потенциал, «подталкивающий» внутриклеточный трафик пузырьков, присоединяет поры для ионов кальция, присоединение которых «разрывает» комплекс и запускает «синтез» мембран, осуществляемый за сотни микросекунд. «Впрыск» нейротрансмиттера в синапс порождает «воспламенение», в результате чего через какие-то десятки миллисекунд нервный «приказ» достигает мышц. Их реакцию мы видим через примерно 150 мс (у тренированных людей она близка к 100).

Естественно, что приятные ощущения возникают через более долгое время, что связано с запутанностью путей в глубинах мозга и большим числом переключений-синапсов. Уже говорилось о подкорковых ядрах, клетки которых, помимо всего прочего, регулируют и наши движения, поэтому гибель допаминовых нейронов, или просто стриатума (назван он так за своё полосатое тело и бледный шар «глобус паллидус»), подпитывающий своей энергией кору PFC с её эмоциями и регуляцией поведения.

Журналы Cell и PNAS опубликовали две статьи, полученные из Массачусетского технологического института и Станфорда, в которых описывается оптоуправление поведением крыс со сформированными у них привычными реакциями в Т-образном лабиринте («Привычка свыше нам дана...»). Интересно, что светочувствительные белки встраивались не в нейроны коры, а гораздо глубже в нервные клетки стриатума. До этого в апреле 2017 г. учёные Роттердамского универси-

тета Эразма, того же Станфорда и Мичиганского в городе Энн-Арбор показали, что «опора» на реакции прилежащего ядра у 30 человек (14 женщин) значительно точнее предсказывает успех краудфандинга стартапов, нежели «рассудочное» решение субъектов (67 против 52%).

Можно упомянуть, что с помощью световых импульсов, полученных путём преобразования «биотоков» мозга (ЭЭГ), вполне возможно наладить интерфейс компьютера, биосовместимого с мозгом человека. Не трудно представить себе выявление в толпе потенциальных террористов, принявших решение о нападении или взрыве (как несколько лет назад выявляли людей с повышенной температурой на вокзалах и в аэропортах в разгар вспышки птичьего гриппа). А далее защитный бот вынесет своё решение об изменении поведения этого человека или даже людей или «призовёт» на помощь человека-оператора. Сейчас это кажется фантастикой, но уже сегодня учёные осуществляют магнито-стимуляцию глубинных отделов мозга с исследовательскими или лечебными целями. Для этого надо будет заставлять всех людей надевать спецшлемы? Вовсе необязательно – ведь всего лишь пару лет назад не было дистанционных подзарядок, не говоря уже о Wi-Fi и тому подобных достижениях, параллельно которым создавались нейронные сети, без которых сегодня немислим искусственный интеллект. Ему, конечно же, ещё очень далеко до креативного человеческого разума, поскольку учёные сами во многом не понимают, как устроен и работает мозг дрозофилы, не говоря уже и мышах и крысах.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Cell, PNAS.

Японские учёные нашли способ усиливать и ослаблять нейронные связи в человеческом мозге, тем самым дав надежду на лечение многих психических расстройств.

Эксперименты

Новый способ лечения психических расстройств?

Команда учёных из Международного исследовательского института телекоммуникаций в Киото, задалась целью доказать, что разработанный ими ещё в 2015 г. метод Functional connectivity neurofeedback training (FCNT) способен как усиливать, так и ослаблять функциональную связь в головном мозге, а также влиять на когнитивные способности человека. Нейробиологическая обратная связь (они её назвали Neurofeedback – NFB) используется в лечении в том числе психических расстройств.

NFB – это частный случай биологической обратной связи (biofeedback), которая подразумевает анализ состояния физиологических процессов, проходящих в организме человека. Соответственно, NFB показывает состояние и изменения процессов в головном мозге, даёт информацию о его ритмах, амплитуде волн и их упорядоченности, что помогает терапии.

Существующие тренировки на основе NFB, которые используют магнитно-резонансную томографию, бывают трёх видов, объяснил один из авторов исследования Хироши Имамиту: один исследует активность определённой области мозга с целью усиления или снижения её активности, второй работает с восприятием информации конкретной областью мозга; третий же, FCNT, направлен на связь между двумя областями мозга.

Метод FCNT даёт надежду на то, что вскоре появится более эффективный способ лечения психических расстройств, чем те,

что существуют по сей день. Дело в том, что лекарства и когнитивно-поведенческая психотерапия, которые сейчас применяют при лечении психических расстройств, влияют на работу мозга в целом, а не на какую-то конкретную его область, которая дала сбой.

Участников эксперимента учёные разделили на две группы: у одной целью было усилить связь между двумя конкретными областями мозга, у другой – наоборот, ослабить. Каждый участник проходил специфический тренинг в течение 4 дней. Результаты показали существенные изменения функциональной связи внутри мозга.

Сначала в течение 14 секунд человек смотрел на знак «=» на экране, далее «=» сменялся знаком «+». Когда это происходило, человек должен был в течение ещё 14 секунд представлять себе, будто стучит по большому пальцу руки остальными пальцами (причём как можно активнее). При этом двигаться по-настоящему было нельзя, а представлять движение пальцев следовало не визуальное, а кинестетическое (то есть воображать соответствующие ощущения в мышцах руки).

Работа мозга считывалась с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии покоя. Участникам говорили, что чем эффективнее они выполняют задание, тем больше будет становиться зелёный круг на экране, который показывали участникам

после выполнения задания. Его размеры зависели от корреляции сигналов в рассматриваемых частях мозга. Целью участников было сделать этот зелёный диск как можно больше, и в соответствии с их успехами им выдавалось денежное вознаграждение.

На самом деле размеры зелёного диска у двух групп зависели от разных показателей. Чем слабее была связь между выбранными областями мозга в той группе, которой учёные намеревались снизить эту связь, тем больше становился зелёный круг. В другой группе, которой учёные хотели усилить связь в мозгу, диск увеличивался с тем, как она росла.

Чтобы понять, повлиял ли тренинг на когнитивные способности участников, их просили пройти различные задания до и после тренинга для сравнения результатов. Один тест определял способность концентрироваться (задача на бдительность), другой – не обращать внимание на ненужные субъекты (так называемая фланговая задача), третьим был тест Струпа, который также определял способность человека переключать своё внимание. Результаты участников исследования в ряде случаев показали улучшение когнитивной функции.

NFB уже не одно десятилетие занимается супружеская пара учёных из США – Зигфрид и Сюзан Отмер, которые стали первопроходцами в этой сфере. Их сын,

Брайан, страдал эпилепсией, что и подтолкнуло тогда ещё молодых родителей серьёзно задуматься о действенности метода NFB, который в 1980-е годы был ещё чем-то совершенно неизвестным. Начав проходить тренинги, основанные на методе NFB, Брайан стал чувствовать себя лучше (в том числе благодаря действию определённых лекарств), однако совсем избавиться от судорог ему не удалось. Один из таких эпилептических приступов стал для 23-летнего юноши последним.

В 2002 г. в честь своего сына Отмеры основали одноимённый фонд с целью распространить знание о NFB и повысить интерес к клиническим исследованиям по этой теме.

Сейчас Отмеры, которые также руководят Институтом ЭЭГ в Калифорнии, предлагают практикующим медикам освоить их авторскую методику проведения тренинга на основе NFB, а также занимаются лечением пациентов. Метод является эффективным для людей, страдающих депрессией, тревожными расстройствами, мигренями, дефицитом внимания, нарушениями сна и эмоциональной нестабильностью.

Снизить хронические боли, а также облегчить депрессивные состояния и тревожность помогает практика NFB, направленная конкретно на работу альфа-ритмов в человеческом мозге, поскольку они связаны с расслаблением. Чем больше их амплитуда,

тем больше ненужной сенсорной информации подавляет мозг – в этом кроется обезболивающий потенциал альфа-ритмов. Как считают некоторые учёные, такого же эффекта можно добиться и медитацией.

Известно, что при шизофрении нарушаются кортикальные и корково-подкорковые связи в мозгу. А исследования аутизма показывают как снижение, так и увеличение взаимодействия внутри нейронной сети пассивного режима работы мозга (эта сеть активна, когда человек ничем не занят). Метод, предложенный японскими учёными, даёт надежду на лечение подобных расстройств – он, как показало исследование, способен решить проблему в обе стороны.

Если же ваша цель – не избавиться от нарушения психики, а просто улучшить работу мозга и свои когнитивные способности, и вы при этом не хотите сидеть перед экранами и пристально следить за странными знаками, то для вас есть более активный и максимально полезный способ «поумнеть».

Наука давно знает, что физические нагрузки – а именно кардиоупражнения – также улучшают нейронную проводимость между областями мозга и стимулируют когнитивные способности.

Юлия ИНИНА.
По материалам BBC,
Cerebral Cortex.

Почему бы и нет?

Куркума против рака

Пять лет назад 67-летней британке Динке Фергюсон поставили диагноз – «злокачественная миелома». Она прошла 3 курса химиотерапии и 4 пересадки стволовых клеток, но болезнь не отступала. Кроме того, она страдала от побочных эффектов лечения и на определённом этапе у неё резко ухудшилась память.

В интернете она прочитала о лечении рака с помощью куркумина и решила попробовать это средство, ибо терять ей уже было нечего. Полифенол, содержащийся в куркуме, совершил чудо, удивившее врачей, – Фергюсон смогла победить рак.

Сегодня британка принимает для профилактики 8 мг куркумина в день, эта доза содержится в 2 столовых ложках порошка куркумы.

Комментируя эту новость, профессор Джейми Кавенах, гема-

толог из лондонской больницы «Бартс», отметил: «Возможно, миссис Фергюсон на самом деле излечилась с помощью куркумы, но медицина не может рекомендовать эту специю в качестве лекарства».

Онколог из США Джули Райан утверждает, что куркумин оказывает сильное воздействие на ткани и иногда бывает более эффективным, чем синтетические препараты. По её словам, помимо лечения опухолей, он может применяться в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, инфекций, деменции и депрессии.

В Израиле свойства куркумина впервые научно были изучены в 2006 г. Исследование проводилось в больнице «Шибя» в Тель-Ха-Шомере. Научная группа с участием доктора Нира Соломона и доктора Шомрона Бен-Хорина проверила действие куркумина на больных с воспалением кишечника.

Обычно заболевание данного типа лечится в два этапа – противовоспалительными средствами (так называемая первая линия лечения), а если они не помогают – стероидами («вторая линия»). Врачи разделили пациентов на две группы – одна получала лекарство «первой линии» в сочетании с куркумином, вторая – без.

Через два года подвели итоги: в группе принимавших лекарства и куркумин число улучшивших состояние оказалось на десятки процентов выше, чем среди тех, кто лечился только лекарством. В этой же группе меньшему числу людей пришлось перейти на стероиды.

Вместе с тем есть врачи, которые скептически относятся и к случаю миссис Фергюсон, и к утверждениям о целительной силе куркумина.

Днна РОЗИНА.

По информации Daily Mail.

У наших соседей

О проблеме с туберкулёзом в Украине

По информации сотрудников украинского филиала Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения, проблема лечения туберкулёза в Украине требует сегодня особого внимания властей в связи с новым визовым режимом для украинцев, введённым Евросоюзом.

О росте заболеваемости туберкулёзом и его эпидемиологическом распространении Украина официально заявила ещё в 1995 г. С этого года страна получает значительную помощь от ВОЗ для борьбы с этим заболеванием, но по ряду причин особого прогресса в стабилизации ситуации не наблюдается, сообщает сайт Роспотребнадзора. По данным официальной статистики, по сравнению с 2015 г. в 2016 г. число впервые выявленных форм заболевания снизилось на 4%.

Вместе с тем международные эксперты отмечают проблемы в статистическом учёте заболеваемости, а также обращают внимание, что в ряде регионов страны складывается особенно тяжёлая ситуация. Это относится в первую очередь к южным регионам страны – Одесской и Херсонской областям, где регистрируется ежегодно более 100 случаев впервые выявленного туберкулёза на 100 тыс. человек.

С 2014 г. Украина вошла в пятёрку стран с наиболее частыми случаями лекарственно устойчивого (мультирезистентного) туберкулёза. По информации со ссылкой на генерального директора Центра общественного здоровья Минздрава Украины отмечается, что эта форма инфекции возникла в связи с тем, что в предыдущие годы (5-10 лет) были сложности с закупкой и доставкой противотуберкулёзных препаратов, что

приводило к прерыванию курса лечения пациентов. С другой стороны, причиной распространения туберкулёза остаются социальные вопросы, связанные с качеством и своевременностью оказания медицинской помощи как всему населению, так и группам риска – «незащищённым слоям общества» – бездомным, наркоманам, бывшим заключённым.

По данным ВОЗ, в 2016 г. мультирезистентный туберкулёз в Украине составил практически четверть от общего количества выявленных случаев заболеваний. При этом показатели излечения у пациентов в Украине одни из самых низких в мире – 38%. В Одессе, где широко распространена смешанная форма туберкулёза и ВИЧ, удельный вес излеченных от туберкулёза лиц составил 43%.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Угроза

Человечество вымирает?

Количество сперматозоидов у мужчин в развитых странах за последние 40 лет сократилось вдвое. Если с этим ничего не сделать, человечество вымрет, предупреждают учёные из Еврейского университета в Иерусалиме.

«Будущее меня тревожит. В перспективе это чревато проблемами с репродукцией в целом и может привести к вымиранию человечества», – рассказал один из авторов исследования доктор Хагай Левин.

Доктор Левин со своими коллегами пришли к столь неутешительным выводам, проанализировав результаты 200 исследований в Европе, Австралии, Новой Зеландии и Северной Америке.

В Азии, Африке и Южной Америке такого спада репродуктивных функций не замечено, однако учёные говорят, что им пришлось довольствоваться крайне скудными данными по этим регионам. Левин опасается, что мужчин на этих континентах постигнет та же участь.

Среди причин происходящего – агрессия окружающей среды,

связанная с высоким содержанием в ней токсичных соединений, некачественное питание, сидячий образ жизни и вредные привычки, к которым исследователи относят любовь к телевизору, компьютеру и мобильным устройствам.

«Надо что-то делать. Например, лучше регулировать применение химикатов. И мы просто обязаны продолжить борьбу с лишним весом и курением», – говорит доктор Левин.

Учёные в целом высоко оценили работу коллег. «Ни одна из подобных публикаций до сих пор не вызвала у меня особого доверия. Однако доктор Левин с коллегами учли большую часть недостатков предыдущих исследований», – сказал профессор Аллан Пейси из Университета Шеффилда.

По его мнению, работа Левина представляет собой значительный шаг вперёд, но это лишь основа для дальнейшего изучения проблемы.

Олег КУЗЬМИН.

По информации ВВС.

Исследования

Чтобы обеспечить себе долгую и счастливую жизнь, нужно соблюдать ряд принципов: правильно питаться, вести здоровый образ жизни, заниматься спортом. И это всё – ведь на шансы дожить до 100 лет никак не влияют наследственность. Это доказано американскими учёными.

В частности, исследователи выяснили, что вариации в генах долголетия влияют на продолжительность жизни только до 90 лет. А вот до 100 лет и более дожить благодаря генам не получится. Такое заявление сделали специалисты из Университета Орегона в Корваллисе (США).

«Вариации в гене FOXO3 и в некоторых других участках ДНК влияют на продолжительность жизни человека, но они не так сильно связаны с исключительно долгой жизнью, как мы считали раньше. «Хорошие» версии этого гена помогают дожить до определённого возраста, 90-95 лет, но не повышают шансы их обладателей дожить до 100», – рассказывает главный автор исследования Гарольд Бэй.

В ходе научного исследования оказалось, что влияние некоторых генов сильно переоценивается. Учёные изучили структуру ДНК 8

Новые подходы

Сахарный диабет 2-го типа (СД-2) может оказаться заразным заболеванием, которое передаётся по типу, аналогичному распространению таких болезней, как коровье бешенство, сообщили исследователи в Университете штата Техас (США).

«Сладкая зараза»

Как известно, коровье бешенство, или губчатая энцефалопатия, передаётся с помощью особого инфекционного агента, неправильно свёрнутого белка – приона, патологические свойства которому придаёт его аномальная третичная структура.

Хотя в отличие от диабета 1-го типа, СД-2 обычно развивается с возрастом, за последние 50 лет отмечен быстрый рост этого заболевания по всему миру, причём причина этой эпидемии не ясна до сих пор. Теперь же в ходе эксперимента учёные обнаружили в организме 90% больных сахарным диабетом неправильно свёрнутый белок IAPP. Небольшое количество такого белка, введённого в организм мышей, стимулировало отложение его дополнительных формаций в поджелудочной железе.

При этом у мышей начали проявляться симптомы, характерные для СД-2 – повышение уровня глюкозы в крови и гибель бета-клеток поджелудочной железы. Остаётся непонятным, как именно неправильно свёрнутые белки могут вызывать СД-2, однако учёные считают, что, скапливаясь в поджелудочной железе, они просто убивают бета-клетки организма, вырабатывающие инсулин.

Всё это очень напоминает работу прионов, которые вызывают ряд заразных заболеваний, однако учёные пока не намерены паниковать, так как никаких доказательств, что СД-2 можно заразиться, нет. Тем не менее, по мнению учёных, вероятность того, что диабет передаётся, например, при переливании крови или потреблении в пищу мяса, содержащего большое количество неправильно свёрнутого белка IAPP, исключать не следует.

В конце концов именно таким путём, через коровье мясо, люди заражаются болезнью Крейцфельда – Якоба – дистрофией коры головного мозга. Инфекционным агентом этого заболевания являются именно прионы.

В настоящее время учёные намерены продолжить эксперименты и найти убедительные доказательства связи белков IAPP и СД-2. По словам специалистов, обнаружение неизвестного механизма передачи заболевания поможет разработать принципиально новую терапию и остановить лавинообразную эпидемию диабета, которым на сегодняшний день страдают 6% всего населения планеты.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По материалам Reuters.

Особый случай

Из ребра матери

Турецкие хирурги провели уникальную пластическую операцию по воссозданию ушной раковины из ребра матери пациента.

Умит Гюль, 22-летний гражданин Турции, родился с несформировавшимися ушными раковинами. С детства Умит терпел постоянные издевательства своих сверстников, став взрослее, он тяжело перенёс личную трагедию. Его мать много раз обращалась за помощью к хирургам. После 11 неудачных попыток пластической хирургии мать Умита обратилась в отделение реконструктивной и пластической

хирургии Университетской больницы города Газиантепа (Турция).

Профессор Мехмет Муфат в качестве материала для создания ушной раковины использовал хрящевую ткань ребра матери Гюля и кожу с груди самого пациента. Затем провёл сложную операцию и восстановил левую ушную раковину пациента. И сейчас уже можно сказать, что операция прошла удачно. Молодой человек довольно быстро пришёл в себя после операции. По словам счастливой матери, с каждым днём сыну всё лучше.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению Milliyet.

Не геном единым



тыс. самых пожилых людей нашей планеты. Выяснилось, что благодаря «хорошим» генам мужчинам максимум удавалось дожить до 96 лет, а женщинам до 99. Однако таких вариаций генов очень мало в человеческом организме, поэтому на них полагаться не стоит.

«Мы часто слышали от коллег и читали статьи о том, что FOXO3 напрямую связан с долголетием, однако наша проверка показала, что такой связи не существует

для людей, проживших более 100 лет. Мы полагаем, что коллеги получили подобные результаты по той причине, что они следили только за людьми в возрасте 80-90 лет, а не самыми пожилыми жителями планеты», – заключил один из исследователей Томас Перис.

Марк ВИНТЕР.

Daily Mail.

Имена и судьбы

Без психиатрических скидок

80 лет назад был расстрелян художник Иосиф Шванг

Среди многочисленных последователей и учеников Павла Филонова, исповедовавших принципы живописи и мировоззрения, которые по многим научным и обывательским признакам следует считать «безумными», только один, Исаак Шванг, впоследствии оказался душевнобольным. Его замкнутость и отгороженность, сказывавшиеся ещё до проявления основной патологической симптоматики, привели к тому, что биографические сведения о Шванге так же скудны, как и информация о безымянных художниках раннего Средневековья.

Иосиф Шванг родился 17 марта 1900 г. в семье лютеранина Иохана Шванга, обрусевшего немца-ремесленника, механика и мельника. Матерью была русская крестьянка А.Рябкова. В 1919–1921 гг. Иосиф служил в армии. С 1921 по 1927-й г. учился в Академии художеств у В.Татлина и П.Филонова, но курса не окончил. Скорее всего, он был вольноприходящим учеником, так как в списках студентов не значился. Позднее работал художником в разных учреждениях. Имел троих детей. К филоновскому «Коллективу мастеров аналитического искусства» он примкнул примерно в 1926 г. С филоновцами художник выставлялся трижды: в апреле 1927 г. (Ленинградский дом печати), в ноябре того же года – на Большой Морской (выставка посвящалась 10-летию Октября) и в 1928–1929 гг. в Московско-Нарвском доме культуры («Выставка группировок»). В распрях, раздиравших многих художников, не участвовал, покинув его «по уважительной причине»: «Работать в живописи как профессионал, отдавая лучшую часть времени постороннему делу... у меня нет сил. Бросить службу и лишиться заработка я не могу ввиду семейности. Поэтому готов лишь посылить помощь делу». Несмотря на это обстоятельство, Филонов, обычно бескомпромиссный до безжалостности, способный вычёркивать из своей жизни не только отступников, но и сомневающихся, Шванга продолжал ценить, интересуясь его судьбой, ставя высоко не только его живопись, но и неординарность его мышления.

Преморбидные психологические особенности Шванга – склонность к созерцательности, уединению, погружённость в себя, замкнутость, пристрастие к отвлечённым беседам с мэтром на филоновские темы – впоследствии

обернулись эксцентрическими странностями, неадекватным ростом рефлексии и неуправляемой неуравновешенностью. «Работы Шванга, по отзывам коллег, обладали «отпечатком душевной чистоты»; ими единодушно признавался его «незаурядный художественный талант, безукоризненное чувство формы и цвета». Восторженные оценки критики относятся преимущественно к одному его произведению – «Человек в саду» («Плодовый сад»). (Картина не сохранилась). «Самым ярким, незабываемым впечатлением на выставке в Доме печати были 2-3 работы, безукоризненные по чувству формы и цвета, лишённые и тени дилетантизма, среди них выделялась картина Иосифа Шванга» (свидетельство Р.Левитон). На картине среди цветущих вишен был изображён мужчина с разведёнными в стороны руками – в позе Христа. Художник думал о новом пластическом языке и новаторском прочтении сюжета. Форма и содержание были для него нерасторжимыми, связываясь в его представлении с новым мышлением в искусстве: «Могу сказать – я принадлежу к школе Филонова, исследовательской, аналитической системе мышления и считаю данную школу сдвигом в нашей культуре и искусстве». Художник описал одну из своих картин: «В центре композиции – дирижабль, ниже – самолёты. Наверху помещаю отряд, состоящий из 7 самолётов, строй «клина». Из-за дымовой завесы видны три разведчика. Слагалась композиция так: наверху – природное пространство, ещё ниже – электростанция и т.д.» Дирижабль, самолёты, парусники – все эти транспортные средства были для Шванга не только способом перемещения в пространстве, но и символом избавления от социалистической действительности, средством телепортации в другой мир, что выяснилось чуть позже, когда Шванг попытался перейти границу СССР.

В Советской России шансов на выживание у Шванга не было никаких. «Неблагополучная» фамилия, сомнительность в классовом отношении происхождение (отец – мельник, следовательно, кулак); срок, отбытый в 1932 г., небольшой, но вполне достаточный для того, чтобы навсегда оказаться в списках неблагонадежных лиц; принадлежность к филоновскому кругу художников, пребывавшему в опале... Отношение пролетариата к филоновской школе иллюстрирует фрагмент рассказа Д.Хармса из цикла «Случаи»:



«Художник: Я художник.
Рабочий: А по-моему, ты г...о!
Художник тут же поблелел как полотно,
И как тростинка закачался,
И неожиданно скончался.
Его выносят».

К осени 1937 г. в Ленинграде сажали, ссылали и расстреливали уже просто по адресным книгам – немцев, поляков, финнов, бывших офицеров, дворян, научных сотрудников... К тому же Шванг был религиозен, чего никогда не скрывал.

А психическое расстройство в ту пору вовсе не всегда оказывалось страховым полисом, удерживающим от застенка и стенки. Д.Хармс, и А.Введенский умерли в психиатрических отделениях тюремных больниц; для О.Мандельштама не стал защитой его глубокий психоз... Шванг принадлежал к тому же кругу людей,

не удостоенных психиатрических скидок.

Весной 1937 г. Шванг завёл альбом, куда клеивал семейные фотографии, газетные статьи и артефакты современной обывательской жизни: трамвайные билеты, справки, счета, выписки... «Книга жизни» была начата за несколько месяцев до расстрела художника – в стилистике Хармса: «Художник, китаец-русский-немец, православный». Обложка альбома выглядит как произведение дадаиста (похожие артефакты нередко создают и психически больные): фамилия Шванг многократно написана по-русски, по-немецки, выклеена разными шрифтами (в этот типографский паззл включены и иероглифические китайские мотивы); фотографии автора; репродукции икон, филоновской «Коровницы», картинки с изображением парусников, газетные вырезки – цветущие деревья, горы, небоскрёбы, самолёты... За этой странной символикой стоят конкретные обстоятельства жизни Шванга: его религиозность, семейная тайна, связанная с Китаем (по воспоминаниям племянницы художника Е.Арьевой, об этом среди родных «не говорили»), уважение к учителю П.Филонову, интерес к ботанике и геологии... А парусники и самолёты – не есть ли это несбывшаяся мечта о

бегстве из заколдованного круга советско-сталинских реалий?

«Я на лестнице чёрной живу,
и в висок
Ударяет мне вырванный
с мясом звонок...»

Шванг был арестован при попытке нелегального перехода государственной границы. Ему были инкриминированы антисоветская агитация и участие в контрреволюционной группировке. Определением тройки Управления Народного комиссариата внутренних дел (УНКВД) по Ленинградской области от 20 сентября 1937 г. приговорён к расстрелу. Приговор приведён в исполнение через четыре дня. Похоронен в посёлке Левашово под Ленинградом.

Дневник художника мог бы завершиться таким документом времени и персональной судьбы, как казённая справка: «Шванг Иосиф Александрович, 1900 г. р., уроженец деревни Преображенское Старинской волости Торопецкого уезда Псковской губернии, русский, беспартийный, художник горкома ИЗО, проживал: г. Ленинград, наб. реки Фонтанки, д. 33, кв. 12. Арестован 6 сентября 1937 г. Особой тройкой УНКВД ЛО 20 сентября 1937 г. приговорён по ст. 58-10-11 УК РСФСР к высшей мере наказания. Расстрелян в г. Ленинград 24 сентября 1937 г.»

Одной из популярных цитат отечественной интеллигенции в течение последних пятидесяти лет является выражение «Рукописи не горят».

Рукописи горят очень хорошо. Ещё лучше горят картины, пропитанные маслом, да и иные произведения искусства: второй том «Мёртвых душ»; десятки (сотни?) тысяч античных статуй, пережжённых в Средние века на известье; иконы, сгоревшие вместе с соборами; статуи Будды, разрушенные афганскими талибами... Только дым и пепел остаются от них. А потом их уносит ветер Времени, оставив лишь легенду, постепенно тающую в Пространстве...

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Болезни великих

Этот король среди певцов прославился не только голосом «бельканто», но и своим скандальным характером. Его магически притягивали к себе не только ноты, разные мелодии, но и... всякого рода судебные тяжбы. В подобие маньяку, Карузо был одержим созданием всякого рода нервотрёпок себе и людям, каким-то образом пересекавшимся с ним в жизни.

Можно отнести к мелочам обстоятельства, когда в начале 1910-х годов певец не захотел тихо и помирному решить свои дела с некой миланской девицей. И та привлекла его к суду из-за того, что, войдя с ней в супружеские отношения, Карузо, пообещав жениться, не сдержал своего слова. А спустя некоторое время уже сам Энрико возбудил судебное дело против другой своей возлюбленной Ады Джакетти за то, что та обвиняла артиста в краже у неё одного важного письма.

Всё это были лишь судебные репетиции к другому процессу, о котором говорила, пожалуй, вся Европа.

Не раскрывая медицинскую тайну

Удивительный голос Энрико Карузо возродил хирург



В 1913 г. в миланский суд поступил иск против профессора медицины Фемистокла Делла Бедова.

Всё началось с того, что в начале 1912 г. у Карузо была замечена серьёзная опухоль в горле. Тенору пришлось обратиться к специалисту за консультацией. И врач посоветовал ему прооперироваться с целью удалить причину беспокойства.

Операция у Фемистокла Бедова прошла весьма успешно. Через короткое время Карузо мог петь не хуже прежнего. Голос возродился в полном объёме всего диапазона возможностей певца. Конечно, оба – медик и пациент – были очень рады итогам операции.

Профессору можно было бы и ограничиться результатом своей работы. Но он совершил оплошность. Видимо, из-за приставаний

журналистов Бедова решил поместить в газетах статью с полным изложением хода болезни Карузо.

Певец счёл себя серьёзно оскорблённым и обратился в суд за компенсацией морального ущерба как потерпевшему. В требованиях он не стал мелочиться, поскольку привык неплохо зарабатывать на выступлениях: его иск составил огромную сумму – миллион лир.

Однако суд, вникнув в суть дела, в этом иске тенору отказал, не найдя в газетной информации со стороны профессора никакого обнародования медицинских тайн. Ведь хирург писал о том, что и так было всем известно. Он не унижал пациента, не умалял достоинств голосовых органов Карузо. Тогда такие сведения не считались из ряда вон выходящими.

Удача в медицинской практике вызвала лишь восхищение у широкой публики.

Проигравшему в суде Карузо-истцу пришлось смириться с крушением надежды на получение неплохого выигрыша в тяжбе и оплатить все расходы за ведение судебного разбирательства. Судьи решили, что моральный ущерб получил ответчик-врач.

Поклонники же певческого таланта осудили своего кумира Карузо за неблагодарность своему спасителю.

Вместе с тем на исполнительских концертах стали звучать аплодисменты как напрямую – в адрес певца, так и отчасти – в восторге от качества работы медика.

Татьяна БИРЮКОВА,
внешт. корр. «МГ».
(По материалам газеты
«Московский листок» за 1914 г.)

Анатомический театр для любого медицинского вуза – святая святых. Правы те, кто считают, что именно с анатомички начинается настоящая медицина. Да не обидятся на меня другие теоретики науки, но только здесь студент-первокурсник впервые ощущает, что он поступил именно в медицинский вуз со всей его колоритностью, самобытностью и безусловной специфичностью.

В незапамятные времена пресловутой перестройки, когда простой советский учёный, инженер или учитель с драгоценными талонами в руках часами выстаивал километровой очереди в магазины за колбасой, шпротами и свежим выпуском литературного журнала, анатомический театр медицинского вуза неожиданно приобрел людскую популярность. Нет, не красоты строения человеческого тела и не любопытные анатомические аномалии, бережно упакованные в стеклянные резервуары учёными, интересовали простого жителя. А, как ни странно, жажда к наживе.

...В один из погожих солнечных февральских деньков в самом начале нового семестра, когда кафедра анатомии медицинского университета была переполнена студентами, сюда заявились две экстравагантные женщины.

– Здравствуйте, мне бы нужно поговорить с начальником, – официально заговорила та, что помоложе.

– Можете считать, что я и есть начальство, – заключила Татьяна Евгеньевна Митюкова. – Я доцент кафедры и заменяю заведующего в его отсутствие. Чем могу вам помочь?

Женщина одобрительно кивнула головой, и обе гости синхронно сели на диван напротив письменного стола доцента.

– Не стану лить воду. Скажу главное – ради истинно уважительного отношения к науке, для светлого будущего анатомии я бы хотела... Хотела завещать тело вашему академическому театру, – глубоко выдыхая проговорила дама.

– Ах вот оно что, – ехидно заулыбалась Татьяна Евгеньевна. – Разрешите полюбопытствовать, вы серьёзно решили передать своё тело для научных экспериментов кафедры?

– Да. То есть не совсем. В общем, я хочу завещать тело, но только не собственное, а своей матери.

– А как к этой грандиозной идее относится сама мама? – подняла удивлённо вверх брови доцент.

– Она согласна! Правда, мама? – обратилась она к восседающей рядом пожилой женщине. – Кстати, её зовут Ангелина Борисовна.

Дама вытянула немного вперёд подбородок, сжала плотнее губы, поправила съехавшие очки и утвердительно качала головой.

– И вот вы, в полном здравии и ясной памяти, совершенно уверены в том, что готовы безвозмездно, так сказать, из самых лучших побуждений завещать собственное тело нашей кафедре?

Пожилая женщина вопрошающе повернула голову к дочери.

– Да, безусловно, из лучших побуждений... Только не совсем безвозмездно и, естественно,

На литературный конкурс

Жертва науки

Из цикла рассказов «Вместо таблетки...»



после смерти, – пояснила она ситуацию.

– Я-я-ясно, – всё так же напевно продолжала Митюкова. – Должна вам пояснить, что размеры вознаграждений и сроки оплаты – дело весьма сложное, обсуждается на самом высшем уровне и займёт определённое время.

– Мы готовы подождать решения руководства. Хотя затягивать с организационными вопросами не хотелось бы...

Понимая, что дамы настроены серьёзно, Татьяна Евгеньевна решила прибегнуть к помощи более опытного доцента Тамары Павловны Лавровой. Оставив чудокватых посетительниц, преподаватель поспешила именно к ней.

– Тамара, эти тётки странные и упёртые. Они уже, по-моему, и к ректору готовы пойти, чтобы ускорить процесс продажи, – заключила после подробных разъяснений обескураженная женщина.

– Тогда переходим к плану «Б», – заговорчески заключила Лаврова, услышав рассказ коллеги. – Веди их в пятую учебную комнату. Там два стола, один пустой – мы труп на обработку вчера забрали. Посмотрим, что они теперь скажут.

– Может, сразу скажем, что это абсурд...

– Нет! Народ надо просвещать и обучать, чтобы дальше неповадно было глупостями разными головы забивать, – хитро улыбнулась Тамара Павловна.

Через десять минут обе гости в сопровождении доцента Митюковой спустились в подвал, где располагались учебные комнаты. Лаврова уже дожидалась их на месте.

– Уважаемые, вы должны получить максимум информации. Перед заключительным решением вы имеете право осмотреть помещения, где в дальнейшем вам придётся пребывать, позна-

комиться с процессом работы... – начала объяснять Лаврова.

– После тщательной работы над вашим телом оно несколько видоизменится, – также убедительно вторила ей Митюкова. – Наши студенты и преподаватели производят аккуратное препарирование каждого анатомического участка, чтобы можно было увидеть по отдельности мышцы, проследить путь артерий, вен и нервов. Приблизительно так же, как у Николая...

Лаврова резким движением руки сдёрнула клеёчатое покрывало, обнажив верхнюю половину отпрепарированного туловища экспоната.

– Что вы делаете?! Уберите это немедленно! – заверещала посетительница. – Вы так до инфаркта можете довести! Мама – пожилой человек, посмотрите – ей и так жутко страшно...

– Тогда, может быть, откажетесь, пока не поздно? Зачем вам такие стрессы? По-моему, ваша мама не очень жаждет стать жертвой научного прогресса, – поддакнула коллеге Митюкова.

– Нет! Мы на всё готовы! Пойдёмте уже отсюда. Надо же заявление какое-то писать? – не унималась женщина.

– Ну, раз вас всё устраивает, тогда продолжим, – заулыбалась Лаврова. – Уважаемая, вам нужно забраться на этот свободный стол и лечь на спину. Руки по швам.

– Это ещё зачем?! – выпучила глаза молодая барышня. – Ей что, надо на этот бетонный стол карабкаться?

– А как ещё?! Мы же должны посмотреть на то, как вы будете смотреться. Вы предлагаете товар, а мы его покупаем. Как в гастрономе! Перед тем, как купить, вы же внимательно осматриваете, скажем, грудинку. Вот и нам тоже надо посмотреть...

В углах глаз испуганной Ангелины Борисовны выкатились слёзы.

Она истерично замотала головой и принялась отмахиваться от дочери руками.

– Оставьте нас с мамой наедине. Пожалуйста! Нам надо кое-что обсудить, – умоляюще попросила женщина.

Доценты покорно вышли из кабинета. За закрывшейся плотной дверью диалога незваных гостей было не разобрать. Из доносившихся отрывистых звуков стало очевидно, что вусмерть перепуганная пожилая женщина плакала, а одержимая идеей дочь твёрдо и нахраписто её переубеждала. Через пару минут дверь в комнату приоткрылась. В проём высунулась фальшиво улыбающаяся закопёрщица торгов:

– Мы готовы продолжать разговор...

Войдя в учебный класс, сотрудники кафедры обомлели. На незастеленном бетонном столе ногами к зашторенному окну лежала Ангелина Борисовна. Под голову было подложено небрежно свёрнутое её пальто. Лицо молодой дамы, раскрасневшееся от пережитых эмоций, было амимично-неподвижным, глаза закрыты, а руки напряжённо уложены по бокам от дрожащего от страха тела.

– Вы хотели осмотреть маму? Она в вашем распоряжении, – довольно проговорила родственница.

– Ладно! Вы, погляжу, настроены серьёзно, – громко продекларировала Тамара Павловна. – Это меняет дело. Татьяна Евгеньевна, давайте проведём осмотр тела. Только для этого надо полностью раздеться.

– Вот ещё! Раздеваться маме не обязательно! Руки, ноги целы, голова тоже на месте. Что ещё надо?

– А вдруг какой детальки не достаёт? Мы вам за целое тело деньги отдадим, а потом выяснится, что чего-то не хватает.

Не-е-ет, надо внимательно всё проверить, – в надежде на то, что женщины наконец-то одумаются и остановят это безумие, проговорила Лаврова.

– Хуже, чем в милиции, – недовольно рыкнула дочка и, стремительно подойдя к дрожащей на столе матери, принялась расстёгивать пуговицы на кофте. Женщина сморщилась, жалобно закусил губы, напряглась, но противиться не стала.

Видя, что ситуация набирает совсем неожиданные обороты, Татьяна Евгеньевна пихнула в бок коллегу и показала жалобную мину. Надо было как-то прекращать это безобразие.

– Вот и правильно! Вы давайте раздевайтесь, а мы пригласим экспертов, – неожиданно нашлась Тамара Павловна.

– Каких ещё экспертов? – удивилась суеязная вокруг родственницы женщина.

– Самых главных! Татьяна Евгеньевна, пока девочки готовятся, пригласите к нам молодых докторов из 108-й группы. У них как раз перерыв закончился. Скажите им, чтобы они полным составом спустились сюда – у нас для них сюрприз есть. Да, и пусть захватят пинцеты и скальпели для препарирования.

Митюкова, едва сдерживая хохот, вышла из комнаты. В этот момент неподвижно лежащая на препаровочном столе Ангелина Борисовна в прямом смысле ожила. С пластиковой пантеры и скоростью гепарда она соскочила на пол, замотала головой и принялась наспех надевать на себя измятое пальто.

– С меня хватит! – заистерила дама. – Сколько можно это терпеть?! Пошли вы со своим муженьком к чёрту вместе с вашим заморским кухонным гарнитуром! Денег она захотела заработать! Чего тебе стоит? Вот чего мне это стоит! Пусть твой благоверный хоть ночами, хоть без выходных – как угодно – зарабатывает сам тебе на твои причуды! И мне наплевать, что у него грыжа и язва желудка! Слышишь, наплевать!

– Мама, перестань! Чего ты разнервничалась? Зачем ты всякую ерунду говоришь? – пыталась успокоить взбешённую женщину сконфуженная родственница.

– Я сказала – к чёрту! Оба! Со своими деньгами и гарнитурами! Не смей даже близко ко мне подходить! Чтобы духу вашего на пороге моего дома не было! Лучше сдохнуть в доме престарелых, чем рядом с такими детишками! – остервенело прорычала женщина и пулей вылетела в коридор.

– Но ма-а-а-ма... – застонала дочь и поспешила за ней.

– Надо же, с виду интеллигентные люди, а даже не попрощались! Какое бескультурье! – высказалась Тамара Павловна и аккуратно укрыла трупный экспонат клеёнкой. – Не повезло тебе, Коленка. Хотели тебе соседку подкупить, но вот сорвалась сделка. Какую невесту упустили! Настоящую жертвенницу науки...

ОБ АВТОРЕ. Максим СТРАХОВ, работает врачом в Тверской области. Член Союза российских писателей, давний автор «МГ», лауреат премии имени М.А.Булгакова. Представленный рассказ – одно из его последних произведений.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Г.ПАПЫРИНА.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-08-00283 Тираж 23 852 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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