

Медицинская

29 сентября 2017 г.
пятница
№ 73 (7791)

газета®

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

События

Шаги к жизни

Они помогают укреплять здоровье



В канун Всемирного дня сердца, который ежегодно отмечается по решению ВОЗ 27 сентября, Общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации» открыла в городе Домодедово первый в Московской области маршрут здоровья «10 000 шагов к жизни».

Участниками акции стали все желающие, среди них были известные российские спортсмены, общественные деятели и политики, а также представители Первого международного форума здоровья и успеха, который провели в Подмосковье при поддержке лиги во главе с академиком Лео Бокерия её давние компании-партнёры. На форуме была

На открытии праздника были Лео Бокерия и многократная чемпионка мира и Олимпийских игр Ирина Роднина

представлена «Концепция здоровой жизни» от ведущих экспертов в области инновационных технологий оздоровления и долголетия.

Маршрут «10 000 шагов к жизни» открывается в Московской области в рамках совместной инициативы Лиги здоровья нации и Конгресса муниципальных образований «Каждому городу – маршрут здоровья». На торжественной церемонии в Домодедово эстафета открытия подобных маршрутов передана таким городам Подмосковья, как Химки, Одинцово и Королёв.

Маршрут «10 000 шагов к жизни» – базовый элемент национальной об-

щественной программы Лиги здоровья нации «Сохрани своё здоровье». Программа направлена на развитие и пропаганду естественных методов оздоровления и руководствуется принципом «Наилучшее здоровье с наименьшими затратами». Цель программы – сформировать навыки и знания, оказывающие положительное влияние на состояние здоровья и работоспособность человека. Кроме того, в рамках программы каждый желающий может пройти курс обучения по программе инструкторов ЗОЖ и ГТО.

(Окончание на стр. 2.)

Акценты

Первый съезд хирургов-дальневосточников

Во Владивостоке совместно с научно-практической конференцией, посвящённой 145-й годовщине основания Военно-морского клинического госпиталя Тихоокеанского флота, состоялся 1-й съезд хирургов региона.

Местом проведения съезда, помимо Тихоокеанского медицинского университета, стали также Дом офицеров флота во Владивостоке и Военно-морской клинический госпиталь. Гостями стали ведущие специалисты в области хирургии из городов Дальнего Востока, Сибири,

а также Москвы, Санкт-Петербурга и Южной Кореи.

В дни проведения съезда прошли заседания более 20 секций на различные темы хирургии, в том числе и эндоскопической. Непосредственно перед началом работы каждой секции в холлах были развернуты выставки с инновационным хирургическим оборудованием.

Параллельно основной программе – лекций и докладов – прошёл двухдневный мастер-класс с трансляцией операций в исполнении ведущих экспертов Российского хирургического общества и Рос-

сийского общества эндоскопических хирургов.

Также состоялось выездное заседание президиума профильной комиссии по хирургии при Министерстве здравоохранения РФ под председательством главного специалиста-хирурга Минздрава академика РАН Амира Ревитшвили. В рамках заседания был проведён анализ состояния хирургической службы в ДФО и намечены шаги по её модернизации.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.



Евгений ШИЛОВ,
главный нефролог Минздрава России,
профессор:

У нас не указывается причина смерти «почечная болезнь», поскольку основная причина смерти при хронической болезни почек – инсульт или инфаркт.

Стр. 6

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук:

По сути, любая зависимость – форма бегства от себя. Значит, для исцеления нужно вернуться к себе, найти себя.

Стр. 11



Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии и скорой
медицинской помощи МГМСУ
им. А.И.Евдокимова, профессор:

Клинико-анатомическая конференция – высшая и единственно объективная форма контроля качества лечебно-диагностической работы.

Стр. 12

Вехи

Результат неусыпного внимания

Смоленскому отделению Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова исполнился год. Период становления нового для города-героя ЛПУ прошёл успешно: уже с первых дней своего существования лечебно-диагностическое отделение работало без организационных неурядиц и с высокой эффективностью.

В итоге за этот период за помощью в отделение обратились почти 14 тыс. жителей Смоленска и области. Проведён 81 консультативный выезд, где на базе клиник и ЦРБ проконсультировано 1603 пациента; с использованием передвижного диагностического центра проведено 34 консультативных приёма, где принято более 1,5 тыс. пациентов, каждый четвёртый из них прооперирован.

В областном центре на базе передвижного диагностического центра проведены консультативные приёмы на ряде предприятий и вузов, по итогам которых прооперировано около 70 человек; проведено 24 бесплатных тематических скрининговых осмотра по определённым нозологиям (глаукома, катаракта, близорукость, сахарный диабет), принято 578 пациентов. Непосредственно в лечебно-диагностическом отделении в Смоленске проведено 3959 высокотехнологичных операций. Кроме того, в условиях Калужского филиала жителям города-героя и региона проведено 974 операции.

Эти показатели, как подчеркнул в беседе с корреспондентом «Медицинской газеты» директор Калужского

филиала, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ Александр Терещенко, достигнуты благодаря неусыпному вниманию, которое коллектив головного ЛПУ уделял дочернему отделению: в общей сложности за минувший год врачебный состав филиала провёл в командировках в Смоленске 600 дней, или, говоря проще, три калужских специалиста ежедневно курировали работу новой клиники! И это ещё не считая врачей, которые

переехали в Смоленск на постоянное место жительства. А.Терещенко назвал ещё один показатель, характеризующий вектор деятельности коллектива Калужского филиала МНТК на форсированно успешное становление клиники в Смоленске: потребовалось более тысячи выездов специалистов всех служб, чтобы наладить стабильно высокоуровневую работу нового отделения. Зато теперь можно с уверенностью сказать, что в Смоленске существует офтальмологическая клиника, представляющая знаменитую Фёдоровскую школу с её технологиями, традициями, авторитетом.

Яркое свидетельство этому – Всероссийская конференция «Фемтолазерные технологии при патологии переднего отрезка глаза», посвящённая 90-летию со дня рождения гения офтальмологии Святослава Фёдорова, которая пройдёт в Смоленске 30 сентября на базе местного отделения Калужского филиала МНТК «Микрохирургия глаза».

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».
Смоленск.

Новости

Заболеваемость гриппом
снизилась в 3,5 раза

В НИИ гриппа Минздрава России в связи с 50-летием со дня его основания состоялось открытое заседание учёного совета. С приветственным словом выступил заместитель министра здравоохранения Российской Федерации Сергей Краевой. В своей речи он отметил значимость работы коллектива, весомые достижения его учёных, специалистов. Также он затронул вопрос о предстоящем сезоне гриппа, обратил внимание на достижения вакцинацинопрофилактики.

За последние 5 лет, напомнил он, в 1,4 раза увеличен охват населения вакцинацией против гриппа – с 26 до 38,2% от численности населения. В результате предпринятых мер с помощью прививок заболеваемость гриппом удалось снизить за 5 лет в 3,5 раза (с 216,7 до 60,73 на 100 тыс. населения) и серьёзно уменьшить долю осложнённых форм этой патологии.

Важно добавить, что ежегодно Минздравом России наращиваются объёмы закупок вакцин против гриппа. В этом году при подготовке к эпидсезону мы закупили более 58 млн доз вакцин, что на 10 млн больше, чем годом ранее.

Андрей ДЫМОВ.

Праздник для здоровья

Празднование дня города Барнаула и 80-летия Алтайского края прошло успешно, чему во многом способствовали прекрасная погода и отличное настроение горожан. В этот день на центральной площади города все желающие могли совместить приятное с полезным: пройти тренинг по здоровому питанию, отказу от вредных привычек, а также профилактическое обследование по выявлению факторов риска неинфекционных заболеваний.

Ещё 3 года назад Барнаул вошёл в ассоциацию «Здоровые города, районы и посёлки». Поэтому как никогда актуален интерес горожан всех возрастов к своему самочувствию. Квалификация специалистов и современное оборудование краевого центра медицинской профилактики позволяют проводить комплексное обследование: биоимпедансометрию, кардио- и спирографию, динамометрию, замеры внутриглазного давления, экспресс-анализы крови на сахар и холестерин и многое другое.

После обследования пациенты получили информационные материалы по профилактике факторов риска болезней сердечно-сосудистой системы, формированию ЗОЖ, а также были проконсультированы врачами краевого центра медицинской профилактики.

Наталья ВДОВИНА.

Барнаул.

Теорию и практику соединили вместе

В Благовещенске впервые прошёл Всероссийский образовательный форум «Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии». Лекции для амурских акушеров-гинекологов, анестезиологов-реаниматологов и руководителей медицинских организаций читали президент Ассоциации акушерских анестезиологов-реаниматологов профессор Ефим Шифман, вице-президент ассоциации профессор Александр Куликов, а также группа ведущих специалистов страны в этой области здравоохранения.

На открытии мероприятия гостей тепло приветствовал исполняющий обязанности министра здравоохранения Амурской области Анатолий Судаков, пожелав всем участникам форума успешной и плодотворной работы.

Научная программа форума была очень насыщенной. В течение двух дней гости из Москвы и Санкт-Петербурга прочли более 15 лекций, представили несколько мультимедийных презентаций, активно дискутировали с участниками мероприятия, отвечали на вопросы о решении важнейших задач по снижению материнской и перинатальной смертности, облегчению страданий женщин при лечении различных заболеваний, о том, как сделать процесс деторождения наиболее безопасным и комфортным.

«Эта конференция очень важна для практического здравоохранения, – высказала своё мнение о форуме профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии Амурской ГМА Тамара Быстрицкая. – Анестезиология – это очень сложная дисциплина, и её роль в акушерстве и гинекологии крайне высока.

Николай ИГНАТОВ.

Благовещенск.

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

Острая тема

Онкологический
парадоксНациональная противораковая стратегия
находится под угрозой

Идёт заседание экспертного совета в Сколково

Государство поставило перед онкологами задачу снизить смертность от онкологических заболеваний. Но возможность реализации российской Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями, которую наконец разработало профессиональное онкологическое сообщество и в прямом смысле слова пострадали миллионы пациентов, оказалась под угрозой.

Как сообщили в Национальном медицинском исследовательском центре онкологии им. Н.Н.Блохина Минздрава России,

в ноябре 2017 г. стратегия должна быть направлена на согласование в Министерство здравоохранения РФ. Однако прошедшее на днях в Сколково заседание экспертного совета, где обсуждался проект «Экономика инноваций в онкологии», поставило под сомнение идею российских онкологов сделать, наконец, свою службу максимально эффективно работающей.

Проект «Экономика инноваций в онкологии» является, по сути, механизмом реализации Национальной противораковой стратегии: он предусматривает финансовые условия, порядок и сроки эффективного внедрения новых

организационных и медицинских технологий, предусмотренных стратегией, в онкологическую службу страны. Логично, что в его обсуждении кроме представителей Минздрава России и ведущих онкологических учреждений страны принимали участие представители Минэкономразвития России – ведомства, позиция которого в отношении любого федерального проекта является определяющей. Ведь совершенно очевидно, что без дополнительного существенного бюджетного финансирования осуществить масштабные преобразования ни в онкослужбе, ни в любой другой сфере здравоохранения невозможно.

Между тем, как сказано в официальном сообщении НМИЦ им. Н.Н.Блохина, «серьёзную озабоченность вызвала неоднозначная позиция представителя Министерства экономического развития РФ, который придерживается принципа жёсткого сдерживания увеличения финансирования онкологической службы РФ, аргументируя это тем, что все расходы должны соответствовать лимитам бюджета». Иными словами, Минэкономразвития не готово искать возможности привлечения дополнительных ресурсов для увеличения финансирования онкологической службы. Или просто нет желания?

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Инициатива

Приёмы спасения пригодятся

В Чебоксарах, главном городе Южного Урала, прошла социальная акция, направленная на обучение оказанию первой медицинской помощи. Используя манекены, специалисты объяснили всем желающим действия, которые могут спасти жизнь человеку, попавшему в беду.

Челябинцы освоили приёмы спасения при ожогах и обморожениях, узнали, как проводить сердечно-лёгочную реанимацию, какими манипуляциями можно

вернуть к жизни тонущего человека. Кроме того, специалисты объяснили варианты первой помощи при таких серьёзных состояниях, как инфаркт и инсульт, а также рассказали о том, как избежать заражения при контакте с чужой кровью, слюной и другими биологическими жидкостями.

«Каждый человек может попасть в условия, когда именно от него зависит жизнь пострадавшего, – рассказала главный специалист по медицинской профилактике Минздрава Челябинской области Ольга Агеева. – По данным статисти-

стики, 99% людей в мире, спасённые от смерти вне медицинского учреждения, получили жизненно важную помощь от прохожих, которые находились рядом. Но от общего числа пострадавших доля спасённых составляет всего 33%, а это значит, что каждую минуту на планете умирает человек, которому не оказали первую помощь. Поэтому обучение обычных прохожих приёмам её оказания является актуальным».

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

События

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

Маршрут основан на рекомендации ВОЗ проходить в день от 6 до 10 тыс. шагов для поддержания минимума нормальной физической активности человека.

В основе акции лиги также – материалы Международного призыва к действиям для повышения физической активности населения «Рождены для движения».

«Лига здоровья нации нацеливает свои усилия не на ту часть населения, которая регулярно

Шаги к жизни

занимается спортом и ответственно относится к себе, а на тех людей, которые нуждаются в повышении двигательной активности. Мы меняем менталитет человека, его взгляд на своё здоровье. Двигательная активность позволяет человеку жить долго и счастливо. Именно поэтому мы предлагаем каждому начать делать первые шаги вместе с

нами, чтобы сохранить, укрепить своё здоровье», – рассказал вице-президент лиги Николай Кононов.

Сегодня акция «10 000 шагов к жизни» на постоянной основе проходит во многих городах России. Среди них – Москва, Тверь, Ярославль, Самара, Саратов, Углич, Кострома, Волгоград, Астрахань, Петрозаводск,

Липецк, Кисловодск, Ульяновск, Череповец, Ханты-Мансийск, Арсеньев, Владимир, Нальчик, Хабаровск, Архангельск, Барнаул, Салехард и многие другие.

Лига здоровья нации предлагает создание под её эгидой маршрута здоровья «10 000 шагов к жизни» в каждом городе (муниципальном образовании).

В 2017 г. школа ходьбы открылась в Москве на ВДНХ.

Ежегодно 27 сентября во Всемирный день сердца при поддержке Департамента здравоохранения Москвы лига проводит такую акцию для москвичей и гостей столицы. Во время акции медики измеряют всем желающим артериальное давление, частоту сердечных сокращений, жировой индекс тела и т.д. и дают необходимые рекомендации.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

ОМС: реальность и перспективы

В тестовом режиме

Представители Федерального фонда ОМС и Межрегионального союза медицинских страховщиков приняли участие в семинаре Института профсоюзного движения Образовательного учреждения профсоюза высшего образования «Академия труда и социальных отношений».

Заместитель начальника Управления организации ОМС Федерального фонда обязательного медицинского страхования Ольга Гавриленко напомнила участникам семинара, что в рамках совершенствования системы здравоохранения поставлена цель перехода на пациенториентированную модель, в центре внимания которой прежде всего человек. «В этой модели на страховые медицинские компании (СМО) возложена в том числе и ответственность по информированию застрахованных», – подчеркнула она, отметив, что реализуется такая функция через трёхуровневый институт страховых представителей.

«Когда начали работать страховые представители, мы заметили, что круг вопросов, которые волнуют людей, изменился. Если раньше звонившие в страховые компании спрашивали: где и как получить полис, то теперь их больше интересует, например, перечень бесплатных услуг.

Не справочная информация, а аспект защиты прав стал лидирующим», – сообщила представитель ФОМС.

Обращаясь к лидерам профсоюзных движений, О.Гавриленко призвала их принять участие в информировании трудящихся о новом формате защиты прав застрахованных в системе ОМС – страховых представителей.

Говоря о контроле за деятельностью СМО, заместитель начальника Управления организации ОМС рассказала о введении единого электронного журнала. «В каждом субъекте Российской Федерации этот журнал один для территориального фонда и страховых компаний. И ТФОМС может оценить работу страховщика с обращениями граждан: в частности, своевременность и качество обработки жалоб», – пояснила она.

О.Гавриленко также констатировала, что, несмотря на намеченный старт в 2018 г. деятельности третьего уровня, в ряде крупных СМО в тестовом режиме уже начала реализовываться такая практика.

Руководитель Комитета Межрегионального союза медицинских страховщиков по взаимодействию с органами государственной власти и средствами массовой информации Сергей Плехов отметил, что за последние годы система ОМС стала

максимально прозрачной. «Теперь каждый застрахованный может зарегистрироваться в личном кабинете и там посмотреть: какие медицинские услуги ему были оказаны и какую сумму страховая компания перевела за них медицинскому учреждению», – рассказал он лидерам профсоюзов, отметив, что благодаря этому нововведению стали видны ещё и приписки.

Рассказывая о первых результатах работы страховых представителей, С.Плехов сообщил, что 90% застрахованных удаётся решить их проблемы уже при первичном обращении. «Как правило, в течение суток решаются вопросы по получению медицинской помощи», – рассказал он. – В 2,4 раза произошло увеличение суммы страхового возмещения застрахованным со стороны СМО в досудебном порядке, а в судебном сумма увеличилась в 1,6 раза».

Резюмируя информацию о функционале страховых поверенных, представитель Межрегионального союза медицинских страховщиков отметил ключевые функции нового института ОМС: информационная и координационная работа с застрахованными, усиление профилактической направленности, защита прав застрахованных.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Дословно

Ингушетия
подаёт пример

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец сообщила, что лидером по продолжительности жизни является Республика Ингушетия. Здесь недавно был преодолен порог в 80 лет. Таких успехов региону удалось достичь за счёт усилий по развитию медицины, здорового образа жизни и отказа от алкоголя и курения. Об этом она сообщила на заседании Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере.

«У нас очень много субъектов Российской Федерации, которые вплотную подходят к мировым

показателям. На очень хорошем уровне находится сейчас Москва... Ещё целый ряд регио-

нов находится близко к заветной цифре 80. Но есть регионы, которые существенно отстают. И, к сожалению, это прежде всего регионы Дальнего Востока – Амурская и Еврейская автономная области», – уточнила О.Голодец.

По её словам, в России число людей старше 70 лет составляет 13,3 млн человек, и это «огромная цифра». «Мы будем делать всё, чтобы состояние нашего здравоохранения, качество жизни выравнивалось, и хорошее качество жизни было доступно для всех регионов», – пообещала заместитель председателя Правительства РФ.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

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.



Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, 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

Угроза

Клещи всё
не угомонятся

Активность клещей – переносчиков опасных инфекций – на территории нашей страны с наступлением осени несколько снизилась, но атаки их ещё продолжаются, и ситуация с клещевым вирусным энцефалитом (КВЭ) и иксодовым клещевым боррелиозом (ИКБ) остаётся весьма серьёзной.

В рамках профилактических и противоэпидемических мероприятий специалистами Роспотребнадзора во всех субъектах РФ проведены акарицидные обработки на 243 тыс. га парков и скверов, зон отдыха и др.

В медицинских учреждениях Москвы с начала мониторинга заболеваемости клещевыми ин-



В Российской Федерации по состоянию на середину сентября зарегистрировано 1695 случаев заболевания КВЭ и 4871 ИКБ, сообщила Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. По оценке Роспотребнадзора, количество заболевших в этом году не превышает среднемноголетних значений за аналогичный 5-летний период.

Ведомство информирует, что благоприятные климатические условия в стране в сентябре способствуют активизации насекомых, в том числе клещей. Роспотребнадзор ведётся еженедельный мониторинг за инфекциями, передающимися клещами во всех федеральных округах.

В медицинские организации по поводу присасывания клещей обратились более 488 тыс. человек, что соответствует среднемноголетним уровням. Наибольшее количество таких обращений зарегистрировано в Кемеровской, Свердловской, Томской, Новосибирской, Челябинской, Иркутской, Тюменской областях, в Красноярском крае.

фекциями на середину сентября зарегистрировано 11 128 обращений по поводу укусов клещами. Как сообщают в региональном управлении Роспотребнадзора, в столице зарегистрировано 456 случаев ИКБ, однако только семеро обратившихся за медицинской помощью заразились опасной инфекцией на территории лесопарковых зон в черте города. Все остальные случаи заболевания являются завозными.

В Ленинградской области активность клещей снижается. Обращаемость к врачам по сравнению с прошлым годом уменьшилась на 1,6%.

А в Калининградской области одна из жительниц отсудила у детского оздоровительного лагеря 30 тыс. руб. за то, что её ребёнок не получил качественной медицинской помощи после укуса клеща. После «оздоровительного» отдыха мальчик заболел клещевым боррелиозом.

Константия БЕЗНЕГ.

МИА Сити!

Санитарная зона

Предотвратить
и обезвредить!

Сезонная вакцинация против гриппа проходит в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре. В разгар прививочной кампании в окружной клинической больнице прошла акция «Грипп: предотвратить и обезвредить!».

За счёт средств федерального бюджета в этом году в Югре планируется привить более 640 тыс. человек, что составляет 40% от общей численности населения. К тому же крупные предприятия автономного округа приобретут вакцину для своих работников самостоятельно.

«Вакцинация – это доказанный и эффективный способ защиты от заболевания. Чем больше проходит подобных акций, тем выше возмож-

ность, что человек задумается о необходимости сделать прививку», – подчеркнул заместитель губернатора Югры по социальной политике Всеволод Кольцов.

Директор Департамента здравоохранения Югры Алексей Добровольский, в свою очередь, отметил, что вакцинация населения – это шанс не дать распространиться инфекции, предотвратить возникновение пандемий и эпидемий.

«Данная акция – это ещё один способ донести информацию о важности вакцинации и развеять все сомнения», – резюмировал А.Добровольский.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Реализация Стратегии государственной антинаркотической политики России до 2020 г. рассмотрена на заседании Совета по проблемам профилактики наркомании при Совете Федерации, которое провела заместитель председателя верхней палаты парламента Галина Карелова.

Главный результат стратегии – в организации системной работы по борьбе с распространением наркотиков, в которую включено сегодня множество государственных и негосударственных организаций, отметила, открывая заседание, Г.Карелова, подчеркнув важную роль антинаркотических комиссий в субъектах РФ и в муниципалитетах. «Они реально стали органами, которые координируют межведомственное взаимодействие и формируют антинаркотическую вертикаль», – отметила вице-спикера.

Как проинформировала Г.Карелова, в 78 субъектах Федерации приняты специальные региональные законы о профилактике потребления наркотических средств и психотропных веществ, в 48 регионах действуют государственные программы и подпрограммы антинаркотической направленности. В 21 регионе – Алтайском, Пермском краях, республиках Карелия, Саха (Якутия), Северная Осетия – Алания, Кабардино-Балкарской, Удмуртской, Иркутской, Ленинградской, Курской, Московской, Оренбургской, Псковской, Ростовской областях и некоторых других – введены именные сертификаты на предоставление услуг по социальной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей. Вице-спикер Совета Федерации отметила и вклад НКО в борьбу с потреблением наркоти-

ков – они занимаются работой по профилактике наркопотребления в 63 регионах.

Произошли некоторые позитивные тенденции в борьбе с распространением в стране наркотиков, констатировала Г.Карелова. Так, показатель первичной заболеваемости наркотическими расстройствами в 2016 г. снизился на 17,1%, сократилось и число наркопреступлений – в прошлом году право-

тических средств. Уже принято решение о блокировке более 750 таких ресурсов», – сказала вице-спикер Совета Федерации. В этой связи она предложила не только активнее использовать для профилактики наркомании информационно-телекоммуникационные сети, но также усовершенствовать законодательство – установить уголовную ответственность за распространение, пропаганду и рекламу нарко-

по взаимодействию с некоммерческими организациями при Совете по проблемам профилактики наркомании за второе полугодие 2016 г. и первое полугодие 2017 г. участникам заседания рассказал заместитель председателя совета главный психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн.

Г.Карелова также проинформировала, что в состав совета вошли новые члены, среди которых – гене-

Итоги и прогнозы

Наркомания: объединить усилия

Приняты специальные законы против этого зла. Каковы результаты?

охранительными органами РФ их выявлено на 15,1% меньше, чем в 2015 г. Также уменьшилось количество изъятых из незаконного оборота наркотических средств, психотропных и сильнодействующих веществ.

«Мы не должны успокаиваться. Методы наркоторговцев тоже совершенствуются. Они активно используют для распространения наркотиков современные средства коммуникации. Только в первом полугодии 2017 г. органы внутренних дел выявили свыше 2 тыс. интернет-ресурсов с рекламой и продажей нарко-

тиков, в том числе с использованием интернет-ресурсов и мессенджеров.

С докладами о проводимой работе с целью реализации Стратегии государственной антинаркотической политики выступили министр связи и массовых коммуникаций РФ Николай Никифоров, заместитель начальника Главного управления по контролю за оборотом наркотиков МВД России Сергей Сотников и заместитель министра здравоохранения РФ, член Совета по проблемам профилактики наркомании Татьяна Яковлева.

О деятельности рабочей группы

рациональный директор Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России Зураб Кекелидзе.

По итогам дискуссии приняты рекомендации в адрес Правительства РФ, Министерства образования и науки РФ, МВД России, Минздрава России и других ведомств, а также в адрес руководителей исполнительных органов власти регионов.

Валерий СУВОРИН.

МИА Сити!

Проекты

Лидирует страховая медицина

Наши граждане выставляют оценки качества медицинских учреждений

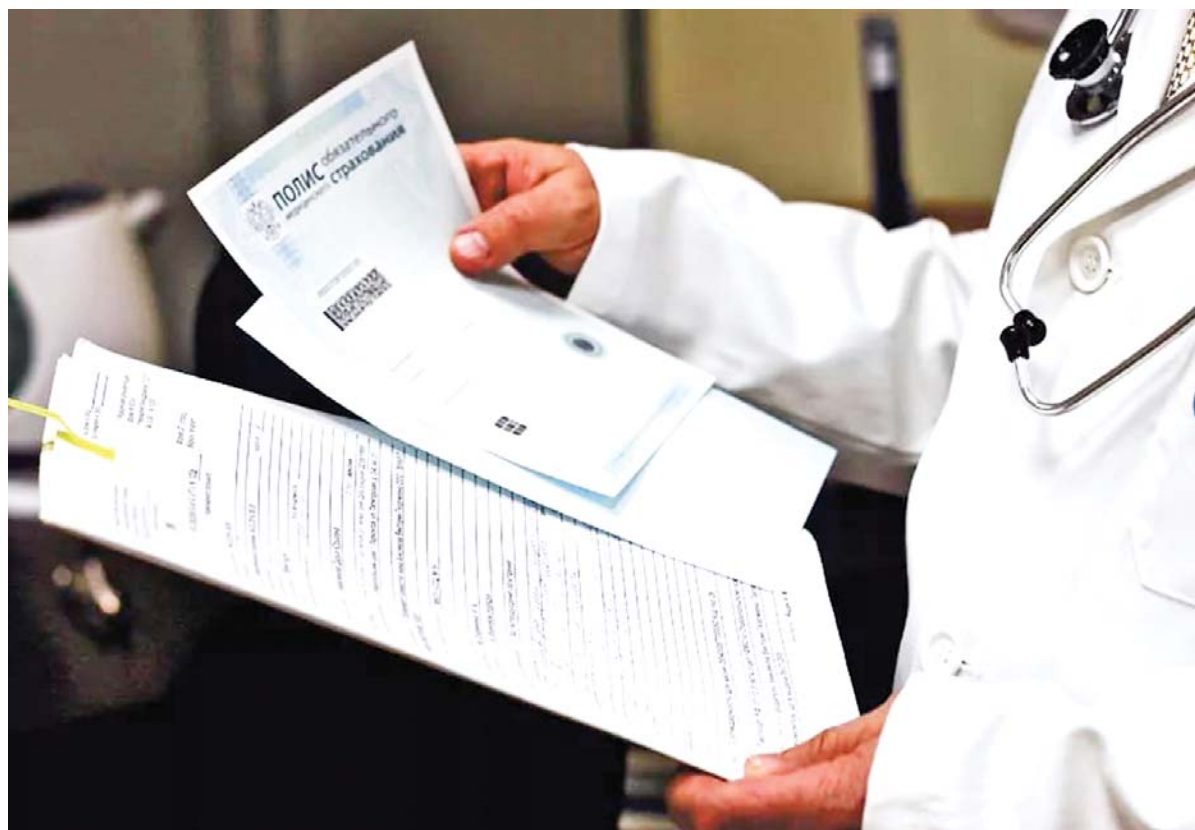
Качество медицинской помощи, которую они получают, устраивает 65% жителей крупных и средних городов страны, свидетельствуют данные исследования Финансового университета при Правительстве РФ.

Исследование охватило города с населением более 500 тыс. человек. Его авторы акцентировали внимание на субъективных оценках качества медобслуживания респондентами. Кроме того, внимание социологов было сосредоточено именно на городах, а не регионах, поскольку, как они полагают, возможна разница в медпомощи в пределах одного субъекта. В каждом из городов опрашивались минимум 400 человек по репрезентативной выборке.

Общий уровень удовлетворенности качеством медицинской помощи, как и личный, также несколько увеличился по сравнению с прошлым годом – 47 против 45%.

Чаще всего жители крупных и средних городов пользуются услугами бесплатных медучреждений, финансируемых в рамках системы ОМС – 74%. Также пользуются услугами платных больниц и поликлиник 42% опрошенных. Платная медицина растёт быстрее всего – с 2011 г. доля потребителей таких услуг выросла более чем на треть, отмечается в исследовании.

Однако самую высокую оценку от респондентов получила страховая медицина – полностью или в основном ею довольны 85% жителей крупных и средних городов.



По полису ОМС...

Среди негативных тенденций авторы исследования отмечают сохранение доли граждан, которым приходилось обращаться за медицинской помощью в другие регионы, Москву либо за границу. Кроме того, выросла доля респондентов, у которых за последнее время был повод и намерение

подать в суд на врачей или медучреждения.

По оценке Финансового университета, в итоге самые высокие оценки качества работы лечебных учреждений поставили жители Нижнего Новгорода, Грозного, Казани, Уфы, Санкт-Петербурга, Тюмени, Оренбурга, Новокуз-

нецка, Пензы и Томска. В конце этого списка находятся Рязань, Челябинск, Набережные Челны, Ижевск, Пермь, Новосибирск, Астрахань, Севастополь, Волгоград, Махачкала.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

Ситуация

Несчастный случай или халатность?

По сообщению пресс-службы Минздрава России, в связи с появлением в СМИ информации о смерти молодого человека в Северной центральной районной больницы в результате халатного отношения медицинских работников, министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой было дано поручение Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения провести проверку по данному факту.

По официальным сведениям, молодого человека 28 лет с сильным отравлением родители отвезли на своей машине в Ильскую больницу. Его отец Александр Харченко, посчитав нужным написать заявление в Следственный отдел по Северскому району Следственного управления СК РФ по Краснодарскому краю. В частности, он сообщает:

«Заведующий больницей Степанов, осмотрев сына, сказал, что нужно везти его в Северскую ЦРБ, чтобы его могли осмотреть специалисты, которых у него в больнице нет. Около 14 часов это было сделано. Через 15-20 минут к нам подошёл дежурный врач и сказал, что он ничем помочь не может, – утверждает в заявлении. – Мы стали настаивать на оказании сыну медицинской помощи, но врач заявил, что если мы проживаем в Ильском, то и везти его следует обратно, в Ильскую больницу, мы с супругой продолжали настаивать, чтобы сыну оказали помощь, потому что ему становилось всё хуже и хуже, начали отниматься ноги. Через некоторое время пришёл реаниматолог и заявил нам, что тоже ничем помочь не в силах».

По словам А.Харченко, они вернулись в больницу посёлка Ильского. Сын к этому моменту стал сильно задыхаться. Было около 16 часов. То есть парень уже 2 часа не получал медицинской помощи. Его поместили в палату, дежурный врач дал ему таблетку, медсестра поставила капельницу. Тем не менее сыну становилось хуже.

«Врач сказал нам, что вызвал реанимобиль, чтобы отвезти сына в Афипскую больницу в реанимацию, – пишет А.Харченко. – Однако минут через 40 приехал не реанимобиль, а обычная скорая помощь без специального оборудования. Через 10 минут нам сообщили, что сын скончался, в 16:50».

Депутат Государственной Думы РФ от Краснодарского края Наталья Костенко, журналист по профессии, считает, что гибель в Северском районе 28-летнего парня доказала, что ситуация на местах с доступностью медицинской помощи неудовлетворительная. Несколько часов родители возили своего сына из одной больницы в другую в поисках помощи, но так и не нашли её. Поэтому депутат направила соответствующее обращение в Главное управление МВД России по Краснодарскому краю.

«В чём я твёрдо убеждена – эта смерть молодого парня не была несчастным случаем, – считает она. – Подобная безответственность на рабочем месте в советские времена прямо приравнялась к вредительству. Это, безусловно, недопустимо и не должно остаться без внимания наших властей».

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Краснодарский край.

Буквально «девятый вал» полемики вызвало в противостоянии сторонников и противников профилактических прививок сообщение главы Минздрава России Вероники Скворцовой в эфире НТВ о возможном материальном воздействии на родителей, отказавшихся от прививок детям. Давняя дискуссия «за» и «против» в электронных и печатных СМИ, социальных сетях вскипела возмущением: как же так, а права ребёнка?

Но почему-то никто из апологетов антипрививочников не вспомнил и не упомянул при этом, что вакцинация у нас – отнюдь не повальная, не «поголовная» акция или кампания. Что перечень противопоказаний к каждой из прививок, будь то коклюш-дифтерия-столбняк (КДС) или полиомиелит, отвечает всем требованиям и стандартам Всемирной организации здравоохранения, а вакцины – одни из лучших в мире.

Меня иммунитет поколения

Напомним всё-таки, как это было, хотя вкратце «МГ» уже сообщала об интервью В.Скворцовой программе «Итоги».

«Мы не можем, скажем прямо, воздействовать на родителей, но мы пытаемся договориться с Фондом социального страхования, чтобы какие-то механизмы, в том числе материальные, включались», – отметила министр. – Скажем, если ребёнок заболевает по вашей вине, вы отказались от его вакцинации, может быть, имеет смысл, чтобы больничный лист вам оплачивался не так, как всем остальным».

В.Скворцова подчеркнула, что Россия занимает лидирующие позиции по технологиям разработки новых вакцин, в том числе самых передовых – векторных. «Я могу уверенно сказать, что так, как мы проверяем качество вакцин, не проверяет ни одна страна мира. Мы их вводим всему детскому населению, и меняя таким образом иммунитет целого поколения. Крайне редко встречаются какие-то побочные действия», – заверила она, заметив, что «какие-то побочные действия» в связи с вакцинацией «встречаются крайне редко».

Напомню, что для вакцинации в нашей стране используются отечественные безопасные вакцины «Гриппол плюс» и «Совигрипп». По данным Департамента здравоохранения Москвы, за прошлый год ни одного поствакцинального осложнения зафиксировано не было. Иммунитет же вырабатывается через 10-12 дней после прививки и сохраняется до года.

Примечательно, что как раз в сентябре представлены результаты клинических исследований вакцины для профилактики гриппа. Современная вакцина защищает сразу от четырёх штаммов вируса, полностью соответствует международным критериям ЕМА СРМР.

Замечу, что ВОЗ даёт рекомендации по вакцинации четырёхвалентными гриппозными вакцинами с 2012 г., и только 5 стран в мире выпускают их – Австралия, США, Канада, Германия и Франция. Россия будет 6-й страной в мире, имеющей собственное независимое производство таких вакцин.

«Закручивать гайки» никто не собирается

Тем не менее согласен с уполномоченным при Президенте РФ по правам ребёнка Анной Кузнецовой, что действовать Минздраву надо мягче. «...Нуж-

Проблемы и решения

Вакцинация — не значит повальная...

Ударит ли по семейному бюджету отказ родителей от прививок детей?



Педиатр прекрасно знает, кому показаны и кому противопоказаны прививки

но принимать меры, чтобы, конечно, доверия было больше. А это и дальнейшая забота о качестве вакцин, это качество довакцинальной и предвакцинальной диагностики и т.д., – написала она на своей странице в Facebook. – Тема горячая и, безусловно, нужно выходить на открытый диалог и отвечать на вопросы, которые сегодня есть у родительского сообщества». И обратилась к Минздраву с просьбой «прояснить позицию для дальнейшего обсуждения, в том числе в рамках Общественного совета при уполномоченном по правам ребёнка». Хотя и вызвала в то же время надежду, что «до реального воплощения эта инициатива не дойдёт».

А почему и нет? Доверия действительно должно быть больше, но и нарушать клятву Гиппократу, причинять кому-то вред никто не собирается. Не противоречит, по мнению экспертов, намерение Минздрава и Федеральному закону № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Что касается мер социальной защиты при вакцинации и возможных осложнениях, то их, безусловно, повысить надо.

Причём уже сейчас, пока Минздрав России только ещё рассматривает возможность ограничить выплаты по листкам временной нетрудоспособности родителям, которые не прививают своих детей, а сезонная вакцинация против гриппа уже развернулась по всей стране.

«Сейчас никаких решений определённых не принято. Будет обсуждение и с медицинским, и с родительским сообществами», – говорит директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения министерства Елена Байбарина. Но, согласитесь, если это просто родительская блажь, когда у детей нет никаких противопоказаний к этой и другим прививкам, то таких родителей за отказ от вакцинации надо наказывать: они создают угрозу не только своему ребёнку, но и в случае его заболевания для других детей.

Не зря же с родителями, которые не признают прививок, борются во всём мире. В Австралии, например, семьи, где

ребёнок оказался не привит и в результате заболел, оплачивают лечение сами родители. Причём, не получая при этом выплат за больничный по уходу за детьми. В Бельгии за отказ прививаться от полиомиелита родителей призывают к суду. В России же пока мы только начинаем обсуждать вопрос о возможных мерах воздействия за отказ от вакцинации...

ВОЗ: время тревог и надежд

Между тем ситуация с прививками в мире – угрожающая, хотя и внушает всё же определённые надежды у Всемирной организации здравоохранения.

По последним оценкам иммунизации ВОЗ и ЮНИСЕФ, в 2016 г. во всём мире 12,9 млн детей грудного возраста, почти каждый десятый ребёнок, не получили никаких вакцинаций. То есть эти дети не получили даже первой дозы вакцины против КДС, что подвергает их серьёзному риску развития этих потенциально смертельных болезней.

Кроме того, 6,6 млн детей грудного возраста, получивших первую дозу вакцины КДС, не завершили полный трёхдозовый курс иммунизации. С 2010 г. процентная доля детей, прошедших такой курс регулярной иммунизации, держится на уровне 86% (116,5 млн детей грудного возраста) без каких-либо значительных изменений в отдельных странах или регионах за последний год. Этого, констатирует ВОЗ, недостаточно для достижения глобальной цели по охвату иммунизацией на уровне 90%.

А ведь в настоящее время иммунизация ежегодно позволяет предотвращать 2-3 млн случаев смерти от дифтерии, столбняка, коклюша и кори. Это одно из самых успешных и эффективных по затратам мероприятий общественного здравоохранения. Тот же сезонный грипп, по данным ВОЗ, ежегодно вызывает 3-5 млн случаев тяжёлой болезни и приводит к 250-500 тыс. смертей.

«Большинство не охваченных иммунизацией детей – это дети, не охваченные системами здравоохранения, – справедливо отмечает доктор Жан-Мари Ово-Беле, директор Департамента

ВОЗ по иммунизации, вакцинам и биологическим препаратам. – Эти дети с большой вероятностью не получают также никаких других базовых медицинских услуг. Если мы хотим расширить глобальный охват иммунизацией, необходимо доставлять медицинские услуги тем, кто остаётся неохваченным. Каждый контакт с системой здравоохранения следует рассматривать как возможность для иммунизации».

По новым данным, 130 из 194 государств-членов ВОЗ достигли и закрепили по меньшей мере 90% уровень охвата КДС на национальном уровне, что является одной из целей, изложенных в Глобальном плане действий в отношении вакцин. Вместе с тем для достижения по меньшей мере такого уровня охвата во всех странах необходимо охватить вакцинацией ещё 10 млн детей грудного возраста в 64 странах.

Противостоять медицинской дезинформации

«В прошлом году мы привили против гриппа где-то 55% детей, 15 млн доз вакцин. В этом году будет более 17 млн, – сообщила В.Скворцова. – Мы снизили за 5 лет заболеваемость гриппом в 3,5 раза. Если говорить про какие-то сложные, смертельные случаи, их не бывает у привитых».

Недавно «МГ» опубликовала некоторые данные из исследования компании MAR CONSULT, выяснившей отношение к вакцинации в целом населения Москвы и Московской области. Так вот, напомню, 12% опрошенных категорически против вакцинации, поскольку полагают, что прививки вредят здоровью ребёнка. Почти треть против некоторых обязательных прививок.

Но любопытно вот что: 61% опрошенных не смогли вспомнить, когда последний раз делали прививку. Именно среди этих людей больше всего противников вакцинации – 79%.

Это ли не подтверждение тому, что антипрививочники, а то и просто дезинформаторы, делают своё дело? Надежду внушает лишь то, что 6 из 10 опрошенных убеждены: прививки необходимо делать в обязательном порядке в соответствии с календарём прививок.

Не зря, как призналась В.Скворцова, в Минздраве рассматриваются меры по борьбе с медицинской дезинформацией. «Мы разрабатываем законопроект, который бы не позволял распространять информацию, искажающую реальное отношение к лечению, к профилактике заболеваний, к ВИЧ конкретно», – сказала она.

В пример министр привела инцидент, произошедший в апреле этого года, когда ВИЧ-инфицированная 3-летняя девочка умерла от ВИЧ-инфекции. Это произошло по вине матери, которая отказывалась лечить дочь, так как принадлежала к так называемому движению ВИЧ-диссидентов, не верящих в существование вируса.

В отношении матери возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 109 УК РФ (причинение смерти по неосторожности). А Госдума РФ может принять закон, обязывающий родителей отправлять на лечение своих ВИЧ-инфицированных детей, рассказала автор проекта, зампред Комитета по вопросам семьи, женщин и детей Оксана Пушкина. Совет по попечительству в социальной сфере при Правительстве РФ также предлагает внести изменения в законодательство, предусматривающие наказание в виде штрафа за пропаганду отказа от лечения ВИЧ-инфекции и разрешающие принудительное лечение инфицированных детей без согласия родителей.

А курултай Республики Башкортостан уже внёс на рассмотрение Госдумы поправки к федеральному закону «О предупреждении распространения туберкулёза». Согласно им, люди, имеющие диагноз «туберкулёз», должны выполнять предписанные им санитарно-гигиенические правила не только в общественных местах, но и по месту жительства и работы, а также не препятствовать проведению противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий.

Господь по своему милосердию предлагает нам способы борьбы с инфекционными заболеваниями – через учёных, исследующих механизмы их передачи, человечеству были открыты знания, позволяющие справляться с инфекциями, говорит протоиерей Сергей Филимонов. «Так, на основе работ скромного английского учёного, сельского врача из семьи священнослужителя, Эдуарда Дженнера возникло новое медицинское направление – иммунопрофилактика инфекционных заболеваний. Именно благодаря его исследованиям в мире было побеждено такое страшное вирусное заболевание, как чёрная оспа и применены первые вакцины, – напоминает председатель Общества православных врачей Санкт-Петербурга, доктор медицинских наук. – Но в настоящее время в средствах массовой информации нередко появляются сообщения, выражающие скептическое, а порой откровенно негативное отношение к иммунопрофилактике. Такая точка зрения в отношении прививок, к сожалению, зачастую находит отклик среди родителей, в том числе и православных. В современных условиях, особенно в городах, наши дети неизбежно попадают в большие организованные коллективы – детские сады, кружки, школы. Скученность и тесный контакт между детьми приводят к высокому риску эпидемий инфекционных заболеваний. Поэтому вакцинацию ребёнка всё-таки следует проводить, но с соблюдением ряда условий», – считает священник-врач и подробно рассказывает, что это за условия.

Впрочем, медики хорошо о них знают...

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Мировое медицинское сообщество бьёт тревогу: всё больше становится пациентов, которых невозможно вылечить с помощью препаратов и методик, ещё вчера являвшихся едва ли не панацеей.

Не случайно тема заседания совета экспертов по нефрологии звучала так: «Научно-практические подходы преодоления резистентности к эритропоэз-стимулирующей терапии у пациентов с анемией при хронической болезни почек».

Чем была вызвана необходимость подобной встречи специалистов? Какие данные легли в основу резолюции совета? Чего ожидают медики в результате выполнения поставленных на совете задач?

Об этом мы беседуем с главным нефрологом Министерства здравоохранения РФ, заведующим кафедрой нефрологии и гемодиализа Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктором медицинских наук, профессором Евгением ШИЛОВЫМ.

— Евгений Михайлович, для того чтобы собрался совет экспертов, нужен серьёзный повод. Почему у нынешнего заседания была именно такая тема?

— Проблемы нефрологической службы часто недооцениваются. Хотя, должен сказать, сейчас она в целом начинает приобретать понимание с точки зрения законодательства. Одно из значимых для нас событий произошло в марте нынешнего года — в Совете Федерации второй раз поднимался вопрос о проблемах нефрологии, а на выездном заседании комитета социальной политики обсуждались проблемы нефрологической службы. Однозначно можно ожидать значительного прогресса, если удастся осуществить хотя бы половину задач, сформулированных на заседаниях.

Проблемы поиска оптимальных решений для преодоления резистентности к эритропоэз-стимулирующей терапии у пациентов с анемией на фоне хронической болезни почек в настоящее время являются серьёзными и актуальными. Именно поэтому для нашего заседания была выбрана такая тема. Мероприятие носило международный характер, так как на совещание был приглашён один из ведущих мировых экспертов в области нефрологии Дэвид Голдсмит.

Хотелось бы отметить, что выступления российских специалистов по уровню и глубине не уступали докладом зарубежных гостей. На совете экспертов максимально были представлены наши российские лидеры, доктора медицинских наук, профессора, в частности председатель Ростовского областного общества нефрологов Михаил Батюшин, заведующий кафедрой нефрологии и гемодиализа Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Валентин Ермоленко, заведующий кафедрой нефрологии и диализа факультета последипломного образования Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова Ашот Есаян, заведующий отделением гемодиализа в ГКБ им. С.П.Боткина Евгений Шутков, а также кандидаты медицинских наук, доценты: заведующая отделением нефрологии ГКБ им. С.П.Боткина Елена Захарова, заведующий отделением гемодиализа клиники при Северо-Западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова Владимир Ряснянский и другие.

Авторитетное мнение

Бич времени, который возмущает нефрологов

Они предлагают бороться прежде всего с диабетом и ожирением

Вопрос в целом касался роста одного из серьёзных осложнений почечной недостаточности — ренальной анемии, а также случаев, требующих изменения протокола лечения.

В 10-20% случаев ренальной анемии возникают ситуации, когда у больного и после налаженной терапии вновь развивается анемия, то есть возникает резистентность к проводимому лечению. В первую очередь она связана с дефицитом железа. Зачастую это происходит из-за развития скрытых инфекционных процессов, которые не всегда удаётся диагностировать и которые приводят к развитию функционального дефицита железа.

В особую категорию пациентов с риском развития ранней ренальной анемии и резистентности к терапии относятся пациенты с диабетом и ожирением, число которых прогрессивно растёт во всём мире. У таких пациентов прогрессирование ХБП происходит быстрее, раньше выявляется анемия, и она тяжелее корректируется.

Также часто в условиях реальной клинической практики недооцениваются качество проводимого гемодиализа, чистота используемых диализирующих растворов и доза проводимого гемодиализа.

Врачам приходится сталкиваться с проблемой неэффективности проводимого лечения в связи с особенностями организации здравоохранения и необходимостью переключения с одного препарата на другой (порой даже с другим МНН) у одного пациента. Были проведены исследования, в которых показано, что необоснованная с клинической точки зрения подобная замена приводит к снижению

эффективности проводимой противоанемической терапии. Все эти основные причины развития резистентности обсуждались на совете экспертов особенно горячо.

— Что поможет решить данные проблемы?

— Российские врачи знают, что делать, но не всегда могут эти знания применить. Виной этому — уровень организации нефрологической помощи. Множество проблем связано с недостаточной обеспеченностью системы здравоохранения специалистами.

тофизиологический механизм. Выделение ХБП в отдельную нозологию было частью международной стратегии с целью борьбы со смертностью у больных с почечными заболеваниями.

В основе развития ХБП лежит множество других хронических заболеваний и механизмов. Сахарный диабет — это лидирующая в мире причина развития хронической болезни почек. Распространение сахарного диабета катастрофически растёт в связи с ростом избыточно-

ных побочных эффектов. Для того чтобы это исправить, необходимо провести дополнительный диагностический поиск и выяснить настоящую причину резистентности. В сложных случаях возможно привлечение специалистов разных профилей для более эффективного выявления причин неэффективности терапии. Особое внимание стоит уделять пациентам с изначально высоким риском развития резистентности (например, пациенты с сахарным диабетом и ожирением) и не



го веса у населения. Это бич нашего времени. Сегодня 30% населения мира страдают ожирением, а Россия вошла в пятерку стран по распространённости ожирения. Член-корреспондент РАН Сергей Бойцов на одном из совещаний в Совете Федерации приводил цифры, что за 10 лет ожирение среди молодых мужчин выросло в 3 раза, с 9 до 27%. Абдоминальный жир вырабатывает массу цитокинов, гормонов, вызывающих развитие диабета, гипертонии, образование камней, жировой гепатоз... список можно продолжать долго. Не случайно в этом году ежегодное международное общественно-политическое мероприятие «Всемирный день почки» было посвящено проблемам ожирения. Таким образом, необходимо в первую очередь бороться с диабетом и ожирением, а потом уже искать маркёры хронической болезни почек.

— Каковы возможности лечения для снижения чувствительности к терапии ренальной анемии?

— Ухудшается ситуация с анемией — начинается наращивание дозы препаратов, что как минимум экономически невыгодно, а самое главное — не эффективно с клинической точки зрения и физического состояния пациента.

Конечно, можно наращивать дозы эритропоэтина и железа и в какой-то момент достигнуть периода контроля, однако взамен мы теряем время и всё равно не достигнем целевого уровня гемоглобина.

Как итог — повышение доз приводит к ненужному расходу лекарственных препаратов, нерациональному расходу средств бюджета, увеличивает риск возникновения серьёз-

допускать у них повышение доз эритропоэтина выше допустимой терапевтической. Зачастую осложнения от повышения дозы препарата намного серьёзнее, чем ожидаемая польза в коррекции уровня гемоглобина.

— Что вы считаете главным итогом мероприятия?

— Итогом заседания стало принятие решения о подготовке документа, где будут намечены новые мысли, которые мы должны включить в наши Национальные медицинские рекомендации. Как вы знаете, по поручению Минздрава все профессиональные сообщества ещё 2 года назад подготовили комплекты клинических рекомендаций. Однако время идёт, и стало понятно, что некоторые моменты были проработаны недостаточно глубоко. Целью этой встречи как раз и являлось исправление данных недостатков и обсуждение тех вопросов, которым ранее не было уделено должного внимания.

Важным стало решение о разработке нового клинического алгоритма борьбы с резистентностью, основные положения которого планируется опубликовать. Кроме того, была также сформулирована стратегия, связанная с организацией работы нефрологической службы. Она касалась в основном закупок лекарственных препаратов в отделения ЛПУ. Речь шла об индивидуальном подборе лекарственной терапии, которая имеет место в каждом случае резистентности.

После публикации резолюции следующим шагом будет внесение изменений в текущие клинические рекомендации по ренальной анемии, а также создание новой редакционной группы для дальнейшей работы по этому вопросу и утверждения обновлённого клинического протокола в Минздраве в качестве официального действующего на территории РФ протокола лечения.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА.

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 70 (2100)

Близорукость – наиболее частый дефект зрения, который встречается у каждого 3-4-го взрослого жителя России. Частота близорукости в развитых странах мира составляет 19-42%, достигая в некоторых странах Востока 70%. У школьников младших классов частота близорукости составляет 6-8%, у старших школьников увеличивается до 25-30%. В гимназиях и лицеях этот показатель достигает 50%. Наряду с частотой миопии увеличивается и её степень, достигая 6,0 дптр и более у 10-12% близоруких.

По итогам Всероссийской диспансеризации заболеваемость детей и подростков миопией за последние 10 лет выросла в 1,5 раза. В США и Европе за последние 2-3 десятилетия частота близорукости увеличилась в 1,5 раза, в Китае, Гонконге, Тайване – в 2 раза и более.

Несмотря на несомненные успехи, достигнутые в последние годы в профилактике и лечении этого заболевания, оно нередко приводит к развитию необратимых изменений глазного дна и к существенному снижению зрения в молодом трудоспособном возрасте.

Условия для возникновения осложнённой близорукости закладываются в период активного прогрессирования близорукости, совпадающий с обучением в школе. Выявление, профилактика развития и прогрессирования миопии и её осложнений должна проводиться именно в этот период.

Модель рефрактогенеза, свойственного близорукости, разработана Э.Аветисовым – трёхфакторная теория происхождения близорукости. Эта теория предполагает, что основными факторами происхождения и прогрессирования близорукости служат ослабленная аккомодация, наследственная предрасположенность и ослабление прочностных свойств склеры.

Общие заболевания организма, слабость опорной соединительной ткани и другие факторы, которым нередко отводится ведущая роль в происхождении миопии, благоприятствуют тому, чтобы причина (работа на близком расстоянии в условиях слабой аккомодационной способности) перешла в следствие (миопическую рефракцию).

Национальный протокол диагностики и лечения миопии у детей разработан с учётом «Порядка оказания медицинской помощи детям при заболеваниях глаза, его придаточного аппарата и орбиты», утверждённого приказом Минздрава России № 442н от 25.10.2012 (зарегистрирован в Минюсте России № 26208 20.12.2012), в котором представлены базовые положения по организации офтальмологической помощи детям. В отличие от «Порядка», где изложены основные этапы оказания офтальмологической помощи детям, «Федеральные клинические рекомендации» – методические рекомендации для врачей, где детально прописаны все этапы оказания офтальмологической помощи и дифференцированные подходы в различных ситуациях с учётом принципов доказательной медицины.

Близорукость (миопия, от греч. муо – шурю и орс – глаз) – несоразмерный вид рефракции глаза, при котором параллельные лучи света фокусируются перед сетчаткой, а на сетчатке формируются круг светорассеяния. Миопия – наиболее частая причина ухудшения остроты зрения вдаль. При неблагоприятном течении миопия становится причиной развития ретинальных осложнений, косоглазия, снижения коррезированной остроты зрения, в тяжёлых случаях ведёт к инвалидности в трудоспособном возрасте.

Состояние здоровья детей определяет здоровье общества и будущее нации, поскольку от него зависит готовность к школьному обучению, возможность профессиональной реализации, пригодность к службе в вооружённых силах, репродуктивный потенциал. На развитие и прогрессирование близорукости оказывает влияние общее состояние здоровья и физического развития. У детей с миопией чаще, чем у здоровых детей, в анамнезе выявляют корь, скарлатину, дифтерию, тонзиллит, ревматизм, туберкулёз, инфекционный гепатит и др. Среди детей с низким физическим развитием близоруких заметно больше, чем среди их сверстников с физическим развитием выше среднего. У 96% детей с близорукостью выявляются общесоматические заболевания. Близору-

кости часто сопутствуют заболевания ЦНС, ЖКТ, ССС, лор-органов, нарушения осанки. При миопии снижено содержание кальция в крови и волосах, отмечается дисбаланс содержания других микроэлементов, часто снижены основной обмен и пульсовое давление и повышено минимальное артериальное давление, что ухудшает физиологическое состояние склеры и способствуют её растяжению.

Клиническая классификация близорукости (по Э.Аветисову)

По степени

- 1. Слабой степени (до 3,0 дптр).
- 2. Средней степени (3,25-6,0 дптр).

- витреальная;
- геморрагическая;
- смешанная;
- осложнённая глаукомой;
- осложнённая катарактой.

По стадии функциональных изменений при осложнённом течении

- I. Острота зрения 0,8-0,5.
- II. Острота зрения 0,4-0,2.
- III. Острота зрения 0,1-0,05.
- IV. Острота зрения 0,04 и ниже.

Клинические формы близорукости

У детей по возрастному периоду возникновения целесообразно различать врождённую, приобретённую в раннем и школьном возрасте миопию.

Врождённая близорукость

Врождённая миопия – особая форма, которая формируется в период внутриутробного развития плода. Принято считать врождённой миопию средней и высокой степени, выявленную в возрасте до 3 лет. Постановке диагноза помогают также кос-

Диагностика и лечение близорукости у детей

Федеральные клинические рекомендации

Факторы риска возникновения и прогрессирования близорукости

Факторы	Описание
Основные	1. Генетическая предрасположенность
	2. Ослабление аккомодации
	Слабость склеры
Сопутствующие	1. Ранние и интенсивные зрительные нагрузки на близком расстоянии, использование компьютеров и гаджетов 2. Недостаточное физическое развитие 3. Эндокринные изменения в организме в период полового созревания 4. Недостаток кальция, гиповитаминоз 5. Снижение иммунитета 6. Коэффициент Ра/рост < 0,45, где Ра – среднее динамическое давление 7. Неблагоприятная экология, неправильное питание 8. Усиление катаболических процессов соединительной ткани (возрастание активности гиалуронидазы сыворотки крови, увеличение экскреции гликозаминогликанов и коллагена, повышение уровня свободного оксипролина крови)

Группы риска возникновения и прогрессирования близорукости у детей

Близоруких родителей
С близорукостью, впервые выявленной в дошкольном возрасте
С гиперметропией менее +0,5 дптр при поступлении в школу
Со сниженной аккомодацией (объёмом и запасами аккомодации, аккомодационным ответом)
С ПИНА и/или эзофорией
Рано начавшие читать
Посещающие гимназии, лицеи и пр.
Ослабленные, длительно и часто болеющие и/или имеющие хронические заболевания
Проживающие в неблагоприятных климатических и экологических зонах

- 3. Высокой степени (более 6,25 дптр).

По времени появления (клинические формы близорукости)

- 1. Врождённая.
- 2. Рано приобретённая (в дошкольном возрасте).
- 3. Приобретённая в школьном возрасте.
- 4. Поздно приобретённая (во взрослом состоянии).

По разнице рефракции двух глаз

- 1. Изометропическая.
- 2. Анизометропическая.

По наличию или отсутствию астигматизма

- 1. Без астигматизма.
- 2. С астигматизмом.

По течению

- 1. Стационарная.
- 2. Медленно прогрессирующая (менее 1,0 дптр в течение года).
- 3. Быстро прогрессирующая (1,0 дптр и более в течение года).

По наличию или отсутствию осложнений

- 1. Неосложнённая.
- 2. Осложнённая
 - хориоретинальная (околордисковая, макулярная, периферическая, распространённая);

венные признаки: снижение коррезированной остроты зрения, наличие астигматизма более 1,0 дптр, характерные изменения диска зрительного нерва и макулы. Особенности врождённой миопии – как правило, низкая коррегированная острота зрения. Причинами этого являются органические изменения в зрительной системе и относительная амблиопия, связанная с длительным проецированием на сетчатку неясных изображений предметов внешнего мира. Такая амблиопия обычно требует плеоптического лечения.

Рано приобретённая близорукость

Рано приобретённая близорукость возникает в дошкольный период и часто имеет склонность к быстрому прогрессированию, что указывает на роль склерального фактора в её происхождении. Последний может оказывать отрицательное влияние и на течение миопии, связанной с ранним приобщением детей к зрительной работе на близком расстоянии.

Близорукость, приобретённая в школьном возрасте

Встречается наиболее часто. Решающее значение в развитии «школьной» миопии

придаётся зрительной работе на близком расстоянии, особенно при неблагоприятных гигиенических условиях, отягощённой наследственности и слабости аккомодации. Напряжённая зрительная работа на близком расстоянии становится для глаз непосильной нагрузкой. Сигнал, свидетельствующий о чрезмерном напряжении аппарата аккомодации, длительно поступающий в центр управления ростом глаза, побуждает его так изменять оптическую систему, чтобы приспособить к работе на близком расстоянии без напряжения аккомодации. Это достигается, главным образом, посредством умеренного удлинения переднезадней оси глаза.

Диагностика близорукости (основные и дополнительные* методы исследования)

Целевая группа: дети с миопией

Диагноз миопии у детей является клиническим. Он основан на наблюдении за больным и оценке симптомов.

Исследование остроты зрения

Остроту зрения у детей до 3 лет исследуют ориентировочно:

- определяют, есть ли у ребёнка предметное зрение;

- более точное измерение возможно по тесту предпочтительного взора или методом регистрации оптокинетического нистагма.

Остроту зрения у детей 3 лет и старше исследуют по таблицам:

- с 3 лет по таблице детских силуэтных картинок;

- в России долгие годы для этой цели используют печатную таблицу детских силуэтных картинок Е.Орловой;

- исследование остроты зрения по картинкам с использованием проекторов знаков не всегда возможно: предлагаемые знаки грубо не соответствуют принципу Снеллена, грешат излишней детализацией и плохо узнаются детьми;

- с 5 лет исследуют остроту зрения по кольцам Ландольта или тестам «Е». Такие результаты наиболее точны;

- тесты демонстрируют с помощью печатных таблиц, либо проекторов знаков;

- результаты исследования остроты зрения по буквам и цифрам менее точны: знаки, демонстрируемые с помощью проекторов, часто не соответствуют принципу Снеллена; буквы и цифры легко запоминаются детьми, либо могут быть неверно названы;

- независимо от вида рефракции исследуют остроту зрения без коррекции, в имеющихся очках и с оптимальной коррекцией;

- за величину остроты зрения принимают тот ряд таблицы, в котором правильно распознаны все знаки.

Исследование рефракции (центральной и периферической)

Центральная рефракция

Исследование проводят с помощью авторефрактометров (у детей до 3 лет – «Plus-Optix» или «Retinomat») и/или скиаскопически, и субъективно в естественных условиях и после циклоплегии.

В качестве циклоплегического средства используют 1%-ный циклопентолат. 0,5-1%-ный тропикамид вызывает менее глубокую циклоплегию.

Для экспертных и особых случаев используют атропин в возрастной дозировке.

Периферическая рефракция

Периферическую рефракцию исследуют при проведении научных исследований для прогнозирования течения прогрессирующей миопии.

Относительная периферическая гиперметропия, или гиперметропический периферический дефокус, вызывает ускорение роста глаза и формирование миопии. Относительная периферическая миопия, или миопический периферический дефокус, тормозит рост глаза и прогрессирование близорукости.

Для рутинной офтальмологической практики метод не используют из-за трудоёмкости. Для прогнозирования течения близорукости используют другие критерии.

(Продолжение на стр. 8-10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7)

Периферическую рефракцию исследуют на авторефрактометре открытого поля Grand Seiko WR.

Для определения периферической рефракции измеряют рефракцию, соответствующую периферии носовой и височной зоны сетчатки при дозированном отклонении взгляда на 15 или 30 градусов в соответствующую сторону и вычитают из неё осевую (центральную) рефракцию. Алгебраическая разница указывает величину и знак периферического дефокуса.

Например: $R_{\text{центр}} = -5,0$ дптр, $R_{\text{периф}} = -4,0$ дптр. $(-4,0) - (-5,0) = 1,0$. Относительная периферическая гиперметропия в 1,0 дптр.

Исследование аккомодации (субъективные и объективные методы)

Субъективные методы исследования аккомодации

Объём абсолютной аккомодации (ОАА) – разница в рефракции одного глаза при установке его на ближайшую (punctum proximum, p.p., PP) и дальнейшую (punctum remotum, p.r., PR) точки ясного зрения, выраженная в диоптриях.

Положение дальнейшей точки ясного зрения соответствует рефракции глаза.

Положение ближайшей точки соответствует максимальному напряжению аккомодации.

Объём абсолютной аккомодации (ОАА) измеряют монокулярно с помощью: измерительной линейки и опто типов для близи; аккомодометра Шаповалова; приборов АКА-01, АКТР-2 или других, предназначенных для этой цели.

Измерение объёма абсолютной аккомодации с помощью линейки и опто типов для близи

Исследование целесообразно проводить в условиях полной коррекции для дали. Значение дальнейшей точки ясного зрения в этом случае равно нулю (индуцированная коррекцией эмметропия). Определяют положение ближайшей точки ясного зрения в сантиметрах, отодвигая тест от глаза до момента его различения. Делят 100 на полученный результат, получают значение, выраженное в диоптриях.

При исследовании в условиях полной коррекции для дали значение ближайшей точки ясного зрения, выраженное в диоптриях, соответствует объёму абсолютной аккомодации (ОАА).

При миопии возможно измерение объёма абсолютной аккомодации без коррекции. В этом случае измеряют ближайшую и дальнейшую точки ясного зрения. При миопии до 3,0 дптр для контроля положения дальнейшей точки ясного зрения используют редуцирующую положительную линзу в 3,0 дптр. При миопии более 3,0 дптр дальнейшую точку измеряют без коррекции. Определяют положение дальнейшей точки, приближая тест от конца линейки к глазу до момента его различения. Делят 100 на полученный результат. При использовании редуцирующей линзы к полученному значению, выраженному в диоптриях, прибавляют значение редуцирующей линзы – +3,0 дптр.

Измерение объёма абсолютной аккомодации с помощью аккомодометра С.Шаповалова

Метод отличается точностью и даёт наиболее стабильные результаты в случае повторных измерений в равных условиях. Для проведения исследований требуется аккомодометр (проксиметр) – простой прибор, состоящий из линейки, подвижной каретки и осветителя с опто типом (вращающимся кольцом Ландольта). Прибор может быть изготовлен самостоятельно. Определяют положение ближайшей и дальнейшей точек ясного зрения, повторяют измерения в каждой точке три раза.

Измерение объёма абсолютной аккомодации с помощью прибора АКТР-2 проводят аналогичным образом в соответствии с инструкцией к прибору.

Измерение объёма абсолютной аккомодации с помощью аккомодометра с асто метром АКА-01

Прибор представляет тубу, в которой с помощью рукоятки можно перемещать тест-объект. Для измерения дальнейшей точки в приборе имеется откидная редуцирующая линза +10,0 дптр. На левой поверхности прибора размещены две диоптрийные шкалы, по которым оценивают положение ближайшей и дальнейшей точек ясного зрения: верхняя шкала для измерения без редуцирующей линзы отградуирована от –3,25 до –9,0 дптр; нижняя шкала для измерения с редуцирующей линзой +10,0 дптр, отградуирована от +10,0 до –9,0 дптр. При использовании прибора АКА-01 не требуется перерасчёта значений дальнейшей точки с учётом редуцирующей линзы, это уже учтено в нижней шкале прибора.

Отечественные приборы АКА-01 и АКТР-2 в настоящее время не выпускаются, но ими

Жалобы и анамнез

Жалобы	При близорукости пациенты предъявляют жалобы на снижение остроты зрения вдаль
	В случаях близорукости высокой степени и врождённой предъявляют жалобы на снижение остроты зрения вдаль и вблизи
Анамнез заболевания	Время обнаружения близорукости
	Когда назначены первые очки
	Когда назначены последние очки, какие
	Динамика рефракции: – по данным предыдущих исследований – по ранее выписанным очкам – со слов пациента
	Какое лечение получал ранее
Анамнез жизни	Семейный анамнез по миопии
	Особенности беременности и родов у матери
	Ранее перенесённые заболевания
	Наличие других заболеваний и аллергии
	Особенности зрительной нагрузки, занятий физкультурой, спортом и иной деятельности

по-прежнему оснащены некоторые кабинеты детских офтальмологов и/или кабинеты охраны зрения.

Объём относительной аккомодации (ООА) – разница в рефракции в условиях максимального напряжения и расслабления аккомодации при бинокулярной фиксации неподвижного объекта, находящегося на конечном расстоянии от глаза, выраженная в диоптриях.

Объём относительной аккомодации измеряют бинокулярно, при расположении текста на расстоянии 33 см в условиях полной коррекции для дали и при наличии бинокулярного зрения.

Измерение проводят с помощью пробной оправы (фороптера) и таблицы Д.Сивцева или прибора ПОЗБ.

Определяют положительную и отрицательную части относительной аккомодации: максимально переносимую силу отрицательных и положительных линз при чтении двумя глазами текста, соответствующего остроте зрения 0,7 (текст № 4 таблицы Д.Сивцева), на расстоянии 33 см.

Сумма абсолютных значений положительной и отрицательной части составит ООА.

Особое значение придают положительной части относительной аккомодации – силе максимальных отрицательных линз. Её называют запасом относительной аккомодации (positive relative accommodation) и обозначают как ЗОА. Это резервная (неизрасходованная) часть аккомодации, которая может быть потенциально использована.

Снижение ЗОА свидетельствует о высоком риске возникновения и прогрессирования миопии.

Повышение ЗОА – благоприятный критерий при оценке эффективности лечения и прогноза прогрессирования миопии.

Отрицательная (израсходованная) часть относительной аккомодации, определяемая с помощью положительных линз возрастающей силы, также имеет диагностическое значение.

При чтении текста на расстоянии 33 см в условиях полной коррекции аметропии отрицательная часть относительной аккомодации должна быть равна 3,0 дптр. Более низкие значения свидетельствуют о гипокоррекции (то есть неадекватной коррекции) имеющейся миопии или спазме аккомодации, более высокие значения – о гиперкоррекции миопии. В обоих случаях требуется уточнение объективной циклоплегической рефракции.

Значения величины запаса относительной аккомодации более 5,0 дптр всегда оказываются завышенными. Получение завышенных значений ЗОА свидетельствует о диссоциации между аккомодацией и конвергенцией, исклнении одного глаза

Минимальные возрастные значения показателей аккомодации в норме

Возраст, годы	ЗОА, дптр	ОАА, дптр
7-9	3	7
10-14	4	9
15-19	4	10
20-24	3	9
25-30	3	8
30-39	2	5
40-49	0,5	2
50 и старше	0	0

из акта чтения и дальнейшей регистрации скорее абсолютной, нежели относительной аккомодации.

Объективные методы исследования аккомодации основаны на регистрации изменений динамической рефракции в ответ на изменение аккомодационной задачи.

Используют методы объективной аккомодометрии и компьютерной аккомодографии. Объективную аккомодометрию проводят с помощью автоматических бинокулярных авторефрактометров «открытого поля». Для компьютерной аккомодографии используют компьютерный аккомодограф.

Объективная аккомодометрия позволяет исследовать объективный аккомодационный ответ (ОАО).

ОАО измеряют в условиях эмметропии на различных расстояниях как при бинокулярной (бинокулярный аккомодационный ответ – БАО), так и монокулярной (монокулярный аккомодационный ответ – МАО) фиксации.

У пациентов с приобретённой миопией ОАО обычно снижен.

Повышение ОАО является благоприятным критерием при оценке эффективности лечения и прогноза прогрессирования миопии.

Компьютерная аккомодография

Метод позволяет графически зарегистрировать изменение рефракции глаза при предъявлении зрительного стимула на разных расстояниях в виде столбиковой диаграммы. Кроме величины аккомодационного ответа на предъявленный стандартный стимул, выраженного в диоптриях, аккомодограф осуществляет частотный анализ аккомодативных микрофлуктуаций методом трансформации Фурье.

Исследование проводят монокулярно. Глазу предъявляют зрительные стимулы в режиме, имитирующем приставление отрицательных стёкол силой от 0,5 до 5,0 дптр. Изменение рефракции глаза регистрируют на экране компьютера в виде цветной столбиковой диаграммы. Высота элементов диаграммы позволяет судить о величине аккомодационного ответа на предъявляемый стимул, об устойчивости и равномерности напряжения аккомодации.

Цветовая палитра (зелёный, жёлтый, оранжевый и красный цвета) отражает частоту аккомодативных микрофлуктуаций (колебаний тонуса волокон цилиарной мышцы в процессе её сокращения). Физиологичной считают частоту микрофлуктуаций от 50 до 62 в минуту (зелёный и жёлтый цвета аккомодограммы). Частота микрофлуктуаций от 64 в минуту и выше (оранжевый и красный цвета) свидетельствуют о спастическом сокращении мышечных волокон. Метод компьютерной аккомодографии позволяет не только количественно, но и качественно оценить функцию цилиарной мышцы и контролировать её состояние в процессе лечения.

УЗ-исследование (ПЗО, ПД, АПС)

Метод диагностики и контроля за течением (скоростью прогрессирования) близорукости:

- с помощью ультразвукового аппарата проводят оценку аксиального и поперечного размеров глазного яблока, определяют акустическую плотность склеры;
- ультразвуковое исследование имеет диагностическое значение в дифференциальной диагностике миопии со спазмом аккомодации;
- показатели УЗ-исследования служат для определения показаний к склеропластике.

Офтальмоскопия центральных и периферических отделов глазного дна

Осмотр проводят под мидриазом с целью раннего выявления патологических изменений сетчатки и определения тактики ведения пациентов: назначения консервативного лечения и/или необходимости лазерной коагуляции «слабых» зон сетчатки для предотвращения осложнений (отслойка сетчатки). Для достижения мидриаза в детской практике используют циклоплегические средства: тропикамид 0,5-1%-ный (мидриаз и циклоплегия на 30 минут), циклопентолат 1%-ный (мидриаз и циклоплегия 1-3 дня), атропин 1%-ный с 7 лет или в разведении в зависимости от возраста (мидриаз и циклоплегия до 7 дней). Осмотр глазного дна под мидриазом проводят один раз в полгода.

Методы обследования глазного дна

Обратная офтальмоскопия

- исследование проводят, используя вогнутое зеркало офтальмоскопа и лупы +13,0 дптр, +16,0 дптр и/или +20,0 дптр;
- асферическую линзу 29 дптр используют для локализации границ обнаруженных дистрофических изменений сетчатки или её отслойки;
- для получения стереоскопической картины глазного дна используют налобный бинокулярный непрямой офтальмоскоп и асферическую линзу +14,0 дптр, позволяющие оценить как центральные, так и периферические отделы глазного дна;
- для детального исследования центральных отделов сетчатки проводят биомикроофтальмоскопию с помощью щелевой лампы и высокодиоптрийных линз в 60 или 90 дптр. Исследование бесконтактное.

Прямая офтальмоскопия

Исследование проводят электрическим офтальмоскопом. Расстояние между исследуемым глазом и офтальмоскопом не более 4 см.

Проводят исследование центральных участков глазного дна при 15-16-кратном увеличении.

Применение светофильтров позволяет выполнить офтальмохромокопию. *Исследование с линзой Гольдмана*

Проводят для стереоскопического детального исследования центральных и периферических отделов глазного дна с большим увеличением, используя щелевую лампу.

Линзу Гольдмана после эпibuльбарной анестезии вводят в контакт с роговицей через контактную среду – желе солкосерил или актовегина, офтагель или вискоэластики.

Линза Гольдмана содержит 3 зеркала, расположенных под различными углами наклона. Осмотр центральных участков проводят через центральную часть линзы. Области экватора, зубчатой линии и угла передней камеры глаза – через боковые линзы.

Дополнительные методы обследования глазного дна

Фундус-камеры и ретинальные камеры используют для широкоугольного осмотра глазного дна (угол обзора 130 градусов). Приборы позволяют сохранять полученное изображение в базе данных.

ОКТ (оптическая когерентная томография) предназначена для исследования оптических срезов центральных отделов сетчатки. НРТ (лазерная сканирующая томография) предназначена для исследования диска зрительного нерва и окружающей его сетчатки.

Периферические дистрофии сетчатки при миопии

Дистрофические изменения периферических и центральных отделов сетчатки служат непосредственной причиной снижения и утраты зрительных функций при осложнённой миопии, нередко приводят к развитию отслойки сетчатки.

Дистрофические изменения в центральных отделах глазного дна встречаются:

- в детском возрасте только при врождённой миопии (лаковые трещины, монетовидные кровоизлияния и неоваскулярные мембраны);
- в подростковом возрасте (после 14 лет) при врождённой и рано приобретённой миопии;
- при так называемой школьной миопии ЦХРД встречаются только у взрослых, обычно после 30 лет.

ПВХРД при всех формах миопии развиваются уже в детском возрасте, и частота их достоверно нарастает с увеличением возраста, степени и скорости прогрессирования миопии, размеров глазного яблока, длительности течения заболевания. «Пик накопления» ПВХРД у детей и подростков – возраст 11-15 лет, когда их частота увеличивается в 3-4 раза. Наиболее частая локализация решетчатой дистрофии и разрывов сетчатки – верхние отделы височной

половины глазного дна, а также зоны 11-13 и 5-7 часов. Именно эти отделы глазного дна требуют особенно тщательного осмотра при офтальмоскопии.

Одну из наиболее полных классификаций периферических дистрофий предложил известный ретинолог Норман Байер (1999).

Классификация периферических дистрофий по N.Bayer

- I. Клинически неважные находки**

A. Вариации нормы

1. Меридиональные складки и комплексы.

2. Закрытые лакуны зубчатой линии.

B. Аномалии развития

1. Некистовидные ретинальные пучки.

2. Пучки зонулярной тракции.

C. Различные периферические дегенерации и другие находки

1. Периферическая кистовидная дегенерация.

2. Дегенерация типа «булыжной мостовой».

3. Жемчужины зубчатой линии.

4. Кисты pars plana.

5. Белое-с-давлением (признак).
- II. Клинически важные регматогенные поражения**

A. Решетчатая дегенерация

B. Кистовидные ретинальные пучки

C. Дегенеративный (сенильный) ретиношизис

D. Асимптоматические ретинальные разрывы

E. Множественные риск-факторы отслойки сетчатки.
- Более удобна для клинических и научных целей распространённая в нашей стране классификация Е.Саксоновой с соавт.

- Лечение ретинальных дефектов
- Стандартными методами лечения ретинальных дефектов служит лазерная барьерная фотокоагуляция. Главная цель лечения – образование сращения сетчатки с пигментным эпителием в области дефекта. В результате лазерного воздействия при коагуляции сетчатки образуются нежные пигментированные хориоретинальные рубцы.
- Детям до 5-6 лет вмешательство производят под наркозом, в более старшем возрасте – под местной эпibuльбарной анестезией.
- Тонометрия
- Для оценки офтальмотонуса у детей проводят:
- тонометрию по Маклакову (под местной анестезией);

– пневмотонометрию (используют для скрининга);

– тонометрию по Гольдману (под местной анестезией);

– пальпаторное ориентировочное измерение.

При измерении по Маклакову величина ВГД возрастает приблизительно на 0,5 мм рт.ст. в год в период от рождения до 12-летнего возраста, увеличиваясь от 12±2 мм рт.ст. при рождении до 18±3 мм рт.ст. к 12 годам. Прогрессирование миопии может протекать на фоне высоких значений ВГД (18-22 мм рт.ст. – 31% случаев), средней нормы (17-14 мм рт.ст. – 49% случаев) и низкой нормы ВГД (13-8 мм рт.ст. – 20%).

При высоких значениях ВГД у детей с прогрессирующей близорукостью (24-28 мм рт.ст. по Маклакову) необходимо проведение кератопахиметрии. В 98% случаев у этих детей определяется увеличение центральной толщины роговицы до 550 мкм и более. В таких случаях коррекция показателей офтальмотонуса не требуется. В 0,5-1% случаев у подростков с миопией и центральной толщиной роговицы 550 мкм и менее повышение офтальмотонуса может свидетельствовать о юношеской глаукоме.

Периметрия

Минимальный возраст детей, в котором возможна надёжная периметрия без предварительной тренировки, – примерно 8 лет. Для детей в возрасте 6-8 лет предварительно проводят укороченное тренировочное исследование.

При миопии менее 5,0 дптр (с астигматизмом не выше 3,0 дптр) периметрию проводят без коррекции, более 5,0 дптр – с меньшей коррекцией, чем для дали (при этом учитывают влияние на поле зрения очковой оправы).

Аберрометрия

При миопии аберрометрию проводят при подозрении на кератоконус, а также накануне рефракционных операций.

Известно несколько методов определения аберраций глаза, основанных на разных принципах.

Первый принцип – анализ ретинального изображения мишени (retinal imaging aberrometry).

Второй принцип – анализ вышедшего из глаза отражённого луча (outgoing refraction aberrometry).

Классификация ПВХРД Е.Саксоновой с соавт.	
Виды ПВХРД	Клинические формы
Экваториальные	– решётчатая – изолированные разрывы сетчатки – патологическая экваториальная гиперпигментация
Параоральные	– кистозная – периферический дегенеративный ретиношизис – хориоретинальная атрофия
Смешанные формы	

Показания к лазерной коагуляции сетчатки при миопии у детей
Решётчатая дистрофия (в том числе «след улитки») с истончениями, локализующаяся в верхней половине глазного дна
Любые разрывы сетчатки: изолированные или связанные с решётчатой дистрофией

Третий принцип основан на компенсаторной юстировке падающего на фовеолу светового пучка.

Принцип классической скиаскопии реализован в виде сканирующего щелевого рефрактометра.

Разнообразие офтальмологических приборов, созданных с учётом новейших технологий и основанных на различных принципах действия, делает реальным не только качественную, но и количественную оценку аберрации низших и высших порядков, а также влияющих на них факторов.

Видеокератография (кератотопография, корнеотопография) неинвазивная методика картирования кривизны поверхности роговицы, дающая подробную топографическую карту всей поверхности роговицы (от 8 до 22 тыс. информационных точек).

Используют для дифференциальной диагностики миопии, астигматизма и кератоконуса, а также накануне рафракционных операций.

УЗ-доплерография

Метод оценки кровотока в сосудах глазного яблока и ретробульбарного пространства. Исследуют состояние кровотока в глазной артерии, центральной артерии сетчатки, центральной вене сетчатки, медиальных и латеральных задних цилиарных артериях, вортикозной вене, верхней глазничной вене. Метод может иметь прогностическое значение в выявлении периферических витрео- и хориоретинальных дистрофий, оценке эффективности лечения.

Факторы прогноза течения близорукости

Определение ЗОА

Снижение ЗОА ниже минимальных возрастных значений служит прогностическим фактором прогрессирования миопии.

Увеличение значений ЗОА после лечения – благоприятный критерий эффективности лечения и прогноза дальнейшего течения миопии.

Определение привычного тонуса аккомодации

Привычный тонус аккомодации (ПТА), или тоническая аккомдация, — разница между манифестной и циклоплегической рефракцией.

Положительный тонус аккомодации свойственен гиперметропическим глазам и способствует полной или частичной компенсации гиперметропии за счёт напряжения аккомодации с целью чёткого видения. Отрицательный тонус аккомодации (манифестная рефракция слабее циклоплегической) изредка – в 5% – встречается в миопических глазах.

Для измерения привычного тонуса аккомодации проводят авторефрактометрию либо сравнивают значения субъектной коррекции в естественных условиях и при циклоплегии.

Выявление положительного тонуса аккомодации более 0,5 дптр при миопии ассоциируется с более высоким темпом прогрессирования миопии.

Снижение тонуса аккомодации после лечения – благоприятный критерий эффективности лечения и прогноза дальнейшего течения миопии.

Прогнозирование осложнённого течения миопии по АПС в области экватора и заднего полюса

Ультразвуковой критерий АПС (акустическая плотность склеры) – информативный показатель для прогноза характера дальнейшего течения миопии, своевременного проведения профилактических мероприятий, выбора тактики лечения и показаний для склеропластики.

АПС оценивают по амплитуде затухания эхосигнала от склеральной капсулы глаза в верхне-наружном и ниже-носовом квадрантах экваториальной зоны и в области заднего полюса глазного яблока.

Норма АПС для экваториальной зоны 46,0 ± 0,24 дБ.

Норма АПС в области заднего полюса глазного яблока 47,6 ± 0,2 дБ.

Используют ультразвуковой сканирующий прибор A/B Scan System Model 837, Allergan, Humphrey (США) или аналог.

Снижение АПС при миопии коррелирует с её степенью, скоростью прогрессирования, состоянием глазного дна.

В глазах с неосложнённой миопией акустическая плотность склеры в экваториальной зоне 40-48 дБ.

В глазах с миопией АПС экватора ≤ 39 дБ – фактор неблагоприятного прогноза с высокой вероятностью развития ПВХРД.

Измерение АПС используют как дополнительное дифференциально-диагностическое исследование с целью выбора метода укрепления склеры: «большой», «малой» склеропластики (БСП, МСП).

После проведённых БСП и МСП плотность склеры повышается – при БСП на 3,7 дБ в заднем полюсе и на 5,3 дБ в экваториальной области, при МСП на 1,2 дБ в заднем полюсе и на 2,2 дБ в экваториальной области. Достоверно по сравнению с парным глазом и с исходным уровнем.

В отдалённые сроки после склеропластики в глазах с продолжающимся (или начавшимся вновь) прогрессированием близорукости средние значения АПС после обоих вмешательств, не превышающие 41 дБ в заднем полюсе и 40 дБ в области экватора, – критерий риска дальнейшего прогрессирования близорукости и определения показаний к повторному укреплению склеры.

Вегетативный индекс Кердо

Индекс Кердо (KI) как интегральный показатель вегетативного баланса определяют для оценки общего состояния здоровья ребёнка с миопией, а также (в комплексе с другими системными показателями) для оценки состояния опорной функции склеры, динамики миопического процесса и прогноза её осложнённого течения. Определение индекса Кердо не требует никаких специальных условий или устройств, кроме прибора для определения артериального давления и частоты пульса.

Индекс Кердо вычисляют, исходя из результатов определения диастолического давления и частоты сердечных сокращений, используя формулу: KI = (1-d/p) x 100, где d – диастолическое давление, p – частота пульса.

При полном вегетативном равновесии (эйтония) индекс близок к нулю.

При преобладании симпатических влияний (симпатикотония) значение KI имеет положительный знак.

При преобладании парасимпатических влияний (ваготония) значение KI имеет отрицательный знак.

Значение – 10 ≥ KI ≥ +10 – косвенный признак ослабления опорной функции склеры при близорукости.

Значительный сдвиг KI в сторону ваготонии, (KI ≤ – 10) – неблагоприятный признак, свидетельствующий о высоком риске развития ПВХРД.

Тонус покоя аккомодации

Состояние оптической установки глаза в отсутствие зрительного стимула.

Высокие значения тонуса покоя аккомодации ассоциируются с более высоким темпом прогрессирования миопии.

Снижение тонуса покоя аккомодации после лечения – благоприятный критерий для прогноза дальнейшего течения миопии.

Корнеальный гистерезис (КГ)

Для объективного клинического контроля состояния склеры при миопии и оценки тяжести миопического процесса целесообразно определять величину корнеального гистерезиса (КГ) с помощью анализатора глазного ответа – Ocular Response Analyzer (ORA, Reichert).

В норме – у детей и подростков с эметропией или слабой гиперметропией – значения КГ составляют 13,5 ± 0,8 мм рт.ст. При прогрессирующей миопии значения КГ снижены.

Снижение значений КГ ниже 11,5 мм рт.ст. свидетельствуют о нарушенной опорной функции склеры и прогрессирующем течении миопии.

Исследование слезы (АОА, ХЛ)

Исследование антиокислительной активности слёзной жидкости включает определение уровня:

- антиокислительной активности слёзной жидкости (АОА);
- перекисного окисления липидов – интенсивности хемилюминесценции (ХЛ);
- АОА/ХЛ ≥ 30 свидетельствует о неосложнённом течении прогрессирующей близорукости;
- АОА/ХЛ ≤ 30 прогнозируют возникновение или развитие дистрофических хориоретинальных поражений.

При миопии информативны также результаты определения уровня общего белка (TPC) и относительной доли лактоферрина (Ltf) в слёзной жидкости.

Уровень кортизола в сыворотке крови

Глюкокортикоидный гормон кортизол напрямую связан с регуляцией обмена соединительной ткани. Нарушение его активности может быть показателем патологии соединительно-тканной системы организма и, в частности, патологии склеры.

Нормальные значения уровня кортизола без учёта рефракции для детей и подростков до 16 лет – 138-690 нмоль/л.

Значения кортизола при гиперметропии и эмметропии – 335,8 ± 40,9 нмоль/л.

При прогрессирующей миопии отмечается снижение уровня кортизола в сыворотке крови. Его значение, равное 250 нмоль/л и ниже, соответствует прогрессирующему характеру течения миопии.

Определение гипермобильности суставов

Признак гипермобильности информативен для оценки состояния опорно-двигательного аппарата и состояния соединительной ткани, в том числе при прогрессирующей миопии.

Гипермобильность суставов оценивают по пяти признакам:

- 1) возможность пассивного приведения большого пальца кисти к сгибательной поверхности предплечья;
- 2) пассивное переразгибание пястно-фаланговых суставов более 60°;
- 3) переразгибание обоих локтевых суставов более 10°;
- 4) переразгибание обоих коленных суставов более 10°;
- 5) возможность касания пола ладонями при наклоне вперёд с выпрямленными в коленных суставах ногами.

При выявлении трёх и более признаков гипермобильности суставов, а также других признаков патологии в системе соединительной ткани у пациента диагностируют повышенный риск нарушений опорной функции склеры и прогрессирующего течения миопии.

Коррекция близорукости

Показания для коррекции миопии у детей:

- снижение некорригированной бинокулярной остроты зрения до 0,7 и ниже;
- астиопия;
- расходящееся косоглазие, выраженная эзофория;
- врождённая близорукость.

При назначении очков учитывают: степень миопии, состояние аккомодации, конвергенции и бинокулярного зрения.

Принципы коррекции миопии у детей

Миопия слабой степени

При близорукости до 1,0 дптр – коррекция только для дали.

При близорукости более 1,0 дптр – коррекция для постоянного ношения.

Коррекция до бинокулярной остроты зрения 0,8-1,0, что обычно на 0,5 дптр слабее манифестной рефракции.

При ослабленной аккомодации – более слабая коррекция для близи, на 0,75-2,0 дптр слабее коррекции вдаль: прогрессивные и бифокальные очки, две пары очков, альтернирующая анизокоррекция, мультифокальные контактные линзы.

Миопия средней и высокой степени

Коррекция для постоянного ношения.

Коррекция вдаль до бинокулярной остроты зрения 0,8-1,0, что обычно на 0,5 дптр слабее манифестной рефракции.

При ослабленной аккомодации для близи – более слабая коррекция, на 0,75-2,0 дптр

(Продолжение на стр. 10.)

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

слабее коррекции вдаль: прогрессивные и бифокальные очки, две пары очков, мультифокальные контактные линзы.

В случаях дезадаптации, коррекцию назначают по переносимости.

Врождённая близорукость

Коррекция ранняя, в возрасте 1 года.

Коррекция для постоянного ношения.

Коррекция сферического компонента на 2,0-3,0 дптр слабее выявленной объективно рефракции.

Близкая к полной коррекция астигматизма.

Максимально полная коррекция разницы в рефракции двух глаз, (до 6,0 дптр).

По возможности контактная коррекция.

Очковая коррекция

Очковая коррекция миопии в детском возрасте может быть реализована в виде монофокальных очков, бифокальных и прогрессивных очков, альтернирующей анизокоррекции.

Монофокальные очки назначают: если коррекция требуется только для дали; в случаях, когда состояние аккомодации позволяет использовать одну пару монофокальных очков для дали и для близи; если требуются две пары очков (для дали и для близи) при сниженных значениях аккомодации.

Бифокальные очки назначают для постоянного ношения. Очки рекомендуют при прогрессирующей близорукости, сопровождающейся снижением значений аккомодации, симптомах слабости аккомодации и/или ПИНА (привычно избыточном напряжении аккомодации). В рецепте указывают коррекцию для дали и величину аддидации – разницу в коррекции для дали и близи. Межцентровое расстояние указывают для дали.

Альтернирующая анизокоррекция (альтернирующая монолатеральная слабомиопическая дефокусировка) создаёт разной степени миопический дефокус на двух глазах при сохранении высокой корригированной бинокулярной остроты зрения. Один глаз корригируют до остроты зрения 0,9, оставляя миопический дефокус в 0,5 дптр, другой глаз корригируют до получения остаточной или индуцированной миопии около 1,5 дптр (при миопии в 1,5 дптр перед этим глазом устанавливают линзу planum). Выписывают две пары очков для ношения через день. Очки рекомендуют детям 7-11 лет с миопией слабой степени.

Прогрессивные очки назначают для постоянного ношения. Рекомендуют при прогрессирующей миопии, сопровождающейся признаками слабости аккомодации и/или ПИНА. В рецепте указывают коррекцию для дали, величину аддидации – разницу в коррекции для дали и близи и монокулярное межцентровое расстояние для дали.

Контактные линзы

Контактные линзы при близорукости у детей и подростков рекомендуют, если целесообразна постоянная коррекция.

Преимущество контактных линз перед очками – создание более чёткого изображения на сетчатке, уменьшение аберраций, отсутствие призматического эффекта и отсутствие ограничения поля зрения очковой оправой.

Миопия у детей может быть корригирована монофокальными стандартными мягкими контактными линзами либо бифокальными или мультифокальными контактными линзами.

Монофокальные контактные линзы рекомендуют для коррекции врождённой миопии с амблиопией и без амблиопии, миопии средней и высокой степени, анизометропии. При астигматизме назначают торические контактные линзы. При коррекции приобретённой миопии у детей монофокальными контактными линзами силу линз выбирают так, чтобы бинокулярная острота зрения в линзах сохранялась на уровне 0,8-1,0.

Бифокальные или мультифокальные контактные линзы рекомендуют детям с миопией и выраженными аккомодационными нарушениями. Есть сведения, что они способствуют снижению темпа прогрессирования близорукости. При выборе аддидации учитывают значения аккомодации.

Для контактной коррекции в детском возрасте предпочтение следует отдавать линзам с высокой газопроницаемостью и коротким сроком ношения.

Противопоказания для назначения контактных линз:

- воспалительные заболевания переднего отрезка глаза;
- воспалительные заболевания в области головы и шеи в острой форме;
- тяжёлые формы синдрома сухого глаза;

– возможные трудности в манипуляциях с линзами, эмоциональная нестабильность.

Ортокератологические линзы

Ортокератология (или Орто-К) – способ временного снижения или устранения аномалий рефракции: миопии и астигматизма, осуществляемый путём запрограммированного изменения формы и оптической силы роговицы с помощью жёстких газопроницаемых контактных линз в ночном режиме ношения. Современная ортокератология использует линзы обратной геометрии сложной конструкции, их задняя поверхность состоит из 4-5 зон с различными соотношениями ширины и кривизны. Изготавливают такие линзы из высокогазопроницаемых материалов (обычно не ниже 100 ед. по ISO/Fatt). Рефракционный эффект связан с уменьшением толщины эпителия в центре и с увеличением его толщины в среднепериферической зоне. Это приводит к уплощению центра роговицы и к увеличению её кривизны в среднепериферической зоне. Некорригированная острота зрения повышается уже после первой ночи ношения линз и достигает максимума в сроки от недели до месяца.

Показания к назначению ОК-линз:

- миопия от – 1,0 до – 6,0 дптр, астигматизм до – 1,75 дптр;
- медленно прогрессирующая близорукость у детей и подростков;
- дети и подростки, занимающиеся спортом и другими видами активности, несовместимыми с очковой и контактной коррекцией.

Противопоказания к назначению ОК-линз:

- воспалительные заболевания переднего отрезка глаза, рецидивирующие кератиты, склериты, увеиты;
- острые конъюнктивиты, кератиты;
- необходимость слёзных путей, дакриоциститы;
- хронические воспалительные заболевания век (блефариты, мейбомеиты, халазион);
- синдром сухого глаза;
- лагофтальм;
- выраженная ригидность верхнего века;
- птеригиум, пингвекула;
- дистрофические заболевания роговицы;
- кератоконус, кератоглобус, крайние отклонения в центральной кривизне роговицы (менее 40,00 и более 47,00 диоптрий);
- астигматизм более – 1,75 дптр;
- невозможность выполнять рекомендации врача.

Осложнения ОК-коррекции

- индуцированный астигматизм;
- осложнения, свойственные традиционной контактной коррекции.

Кроме того, данная методика обладает целым рядом возможных недостатков, которые сравнимы с возможными недостатками хирургической коррекции.

Методика должна осуществляться в исключительном числе учреждений, имеющих большой опыт такой коррекции при постоянном диспансерном мониторинговании данных пациентов. Данный вид коррекции носит временный характер.

Коррекция ОК-линзами оказывает тормозящий эффект на прогрессирование близорукости у детей, обеспечивает высокую остроту зрения, устраняет необходимость носить очки и контактные линзы в течение дня.

Лазерная рефракционная хирургия у детей

Основными факторами, ограничивающими применение лазерной рефракционной хирургии в детском возрасте, служат незавершившийся рефрактогенез, необратимость рефракционного эффекта, его нестойкость, необходимость выполнения вмешательства под наркозом, что затрудняет центрацию зоны воздействия по зрительной линии и целый ряд других вопросов.

Расширение показаний для рефракционной хирургии у детей – преждевременно и не оправдано. Для применения лазерной коррекции в широкой педиатрической практике предстоит решить ещё много вопросов стабильности эффекта, безопасности, результативности и влияния на рефрактогенез. Необходимо тщательное исследование в крупных научных центрах в отдалённые сроки – 10 лет и более.

На сегодняшний день лазерная рефракционная хирургия у детей не может быть рекомендована в клиническую практику.

Лечение близорукости

Аппаратное (функциональное) лечение близорукости

Систематическое воздействие на аппарат аккомодации с целью профилактики возникновения и прогрессирования миопии по-

зволяет нормализовать тонус аккомодации, повысить работоспособность цилиарной мышцы, усилить метаболическую активность клеток цилиарного тела, улучшить гемодинамику глаза.

Показаниями для проведения функционального лечения при близорукости служат: прогрессирующая миопия, относительная амблиопия при врождённой миопии, низкие значения ЗОА и ОАА, ПИНА, астенопические жалобы.

Противопоказаниями служат: воспалительные заболевания глаза и его придаточного аппарата, малый возраст ребёнка, плохая переносимость процедур, судорожная готовность.

Домашние тренировки

Показаниями тренировки аккомодации назначают 4 раза в год и часто сочетают с другими методами лечения.

1. Упражнение «Метка на стекле» проводят в очках, ежедневно, однократно, в течение 1 месяца. Первые три дня продолжительность каждого упражнения – 3 минуты, последующие три дня – 5 минут, в остальные дни – 7 минут.

2. Упражнение с «Ракеткой» или домашним аккомодотренером проводят в течение 7-10 минут для каждого глаза с интервалом в 10 минут. На фоне упражнений в течение месяца пациентам рекомендуют форсированные инстилляциии раствора тауфона 4%-ного: по 1 капле 4 раза с интервалом 10 минут и инстилляцию раствора ирифрина 2,5%-ного по 1 капле через день на ночь.

3. Домашние оптико-рефлекторные упражнения с применением тренажёров оптических дезаккомодационных (ТДО – «Зеница») проводят по 5-10 минут 4-5 раз в неделю в течение периода риска развития близорукости.

4. Физическая активность – преимущественно активная на свежем воздухе (плавание, бадминтон, теннис, гимнастика, танцы, медленный бег на средние дистанции и т.п.) рекомендуется при неосложнённой миопии.

При миопии, осложнённой ПВХРД, не рекомендуют физические упражнения, связанные с прыжками и поднятием тяжести, бег на время, кувырки, подтягивание.

Оптико-рефлекторные тренировки аккомодации

1. Тренировки аккомодации по Э.Аветисову – К.Мац проводят бинокулярно в условиях полной коррекции, в первые 3 дня – один раз, в остальные дни – два раза. При очень низких стартовых значениях относительной аккомодации упражнения проводят в щадящем режиме: используют для чтения более крупный текст, сокращают упражнения по времени, меняют минусовые линзы с шагом в 0,25 дптр. Для уточнения субмаксимальных нагрузок объём относительной аккомодации определяют каждые 3 дня. Оптимальным критерием эффективности таких тренировок служит повышение ЗОА. Курс состоит из 15-20 тренировок. Для закрепления эффекта рекомендуют проводить описанные ранее домашние упражнения.

2. Метод оптического микростатуманивания по А.Дашевскому проводят для каждого глаза в отдельности. Длительность одной тренировки не более 15 минут для каждого глаза. Курс лечения 10 тренировок.

3. Метод дивергентной дезаккомодации по А.Дашевскому. Необходимое условие – стойкое бинокулярное зрение, противопоказание — экзофория для дали более 6,0 дптр.

4. Метод «раскачки» по В.Волкову – Л.Колесниковой используют, если не удаётся достичь повышения некорригированной остроты зрения вышеописанными методами. Лечение проводят монокулярно в условиях полной коррекции для дали.

5. Офтальмомиотренажёр — релаксатор «Визотроник». Механизм действия: расслабляющее влияние «стеклянного атропина» или микростатуманивания на цилиарную мышцу за счёт положительных сферических и цилиндрических линз, а также эффекта дивергентной дезаккомодации, вызываемого призмами.

6. Аппарат медицинской для тренировок аккомодации глаза «Окис» предназначен для тренировок аккомодации, уменьшения ПИНА, профилактики прогрессирования близорукости в домашних и амбулаторных условиях. Курс лечения включает 10 процедур, продолжительность каждой процедуры 10 минут.

7. Аппарат для тренировки аккомодации «Ручеёк» может применяться с 3-4-летнего возраста.

Для профилактики прогрессирования миопии оптико-рефлекторные тренировки назначают 2 раза в год. Чередуют их с домашними тренировками и медикаментозным лечением.

Другие виды аппаратного лечения

1. Низкоинтенсивная лазерстимуляция цилиарной мышцы с помощью аппарата «МАКДЭЛ 09» – трансклеральное бесконтактное воздействие на цилиарную мышцу с помощью инфракрасного лазерного излучения. Проводят 10 процедур один или два раза в день (в последнем случае с 30-40-минутным перерывом) 2-4 раза в год.

2. Лазерный спектр, являясь функциональным стимулятором, заставляет работать сенсорный аппарат глаза, а также снимает напряжение аккомодационного аппарата. Лечение проводят в амбулаторных условиях 2 раза в год.

4. Электростимуляция. Для лечения близорукости применяют в основном трансконъюнктивальную электроофтальмостимуляцию по В.Оковитову. Стимуляции проводят ежедневно по 5 минут. Курс включает 10 процедур. Для осуществления указанной методики используется прибор «Электро-стимулятор офтальмологический». Лечение проводят под контролем состояния аккомодации – возможно развитие транзиторного многодневного спазма аккомодации, иногда сопровождаемое истинным усилением рефракции в течение ближайших месяцев.

Электростимуляцию фасциальных и орбитальных точек для профилактики и лечения близорукости можно проводить с использованием магнитно-акупунктурного массажёра для глаз «Жезотон» производства фирмы Saint Avestin (Франция).

5. Видеокомпьютерная биоэлектрическая коррекция активности коркового отдела зрительного анализатора с использованием комплекса «Амблиокор-01». Целесообразно использовать данный метод по прямому назначению — для лечения амблиопии. При прогрессирующей близорукости возможно повышение тонуса аккомодации и даже развитие частичного спазма аккомодации после курса тренировок.

6. Компьютерные программы «Тир», «Паушок», «Крестики», «Погоня», «Релакс» и др. сенсорные тренировки нецелесообразно использовать при миопии. Они усиливают динамическую рефракцию глаза, повышают привычный тонус и тонус покоя аккомодации, индуцируя более быстрое прогрессирование близорукости.

Физиотерапия, рефлексотерапия и массаж

1. Магнитотерапия и магнитофорез лекарственных веществ с помощью аппаратов «Полус-3» и «АМО-АТОС». Курс лечения состоит из 10 десятиминутных процедур. Проводят магнитофорез с 2%-ным раствором хлористого кальция (для усиления тонуса симпатической нервной системы), 1%-ным раствором мезатона или 2,5%-ным ирифрина и рибофлавина мононуклеотида, эмоксипина (для коррекции трофических нарушений).

2. Электрофорез в офтальмологической практике проводят по трём методикам: на закрытые веки (по Бургиньону), через электрод-ванночку на открытый глаз и эндоназально. Проводят электрофорез с 2%-ным раствором хлористого кальция (для усиления тонуса симпатической нервной системы и укрепления склеры), 1%-ным раствором мезатона и рибофлавина мононуклеотида с использованием электрода-ванночки или по Бургиньону, 0,5%-ным раствором димедрола (в целях снятия спазма гладкой мускулатуры и оказания холинолитического действия, но без расширения зрачка) и экстрактом алоэ в сочетании с аскорбиновой кислотой.

3. Электрорефлексотерапию (электропунктуру) проводят постоянным током, силу тока доводят до появления лёгкого покалывания или жжения в месте воздействия. Продолжительность воздействия на каждую точку – 1-2 минуты. При воздействии на общие точки используется ток отрицательной полярности, на точки в области глаз — ток положительной полярности. Курс электропунктуры (ЭП) включает 5-6 процедур, проводится 2-3 раз в год. В редких случаях возможно транзиторное усиление динамической рефракции.

4. Иглорефлексотерапия. Для лечения близорукости используют акупунктурные точки общего действия, местные, параорбитальные, воротниковой зоны, аурикулярные. Курс лечения состоит из 10 процедур по 20 минут, проводимых ежедневно или через день.

5. Массаж шейно-воротниковой зоны. Рекомендуют проводить 10 процедур 2 раза в год.

(Окончание следует.)

Под редакцией главного офтальмолога
Минздрава России,
члена-корреспондента РАН
Владимира НЕРОЕВА.

Продолжая разговор о различных зависимостях от психоактивных веществ и состояний (см. «МГ» № 68 от 13.09.2017), анализируем некоторые аспекты возникновения и лечения этих заболеваний. Каковы механизмы и этапы развития зависимого поведения? Что делает личность зависимой и, главное, независимой? Каковы условия успешной реабилитации и ресоциализации пациентов? Эти и другие насущные вопросы мы обсуждаем со студентами Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова на занятиях по здоровому образу жизни.

«По лезвию ножа»

Механизмы формирования зависимостей, по сути, одинаковы. Всех пристрастившихся к чему-либо людей объединяет стремление быстро и без особых усилий избавиться от духовной пустоты, душевной боли и психического перенапряжения. А пристрастие к чему-либо как раз и позволяет заглушить укоры совести, отвергнуть доводы разума, изменить собственные ощущения, забыться и отключиться от неприятной реальности.

Каждый предпочитает уходить в мир иллюзий по-своему: с помощью наркотиков, алкоголя, игровых автоматов, компьютерных игр... Кто-то с головой погружается в работу, кто-то не в силах оторваться от музыки или занимается экстремальными видами спорта (боями без правил, автогонками, альпинизмом, сёрфингом и т.п.). А кто-то просто любит «выкинуть» что-нибудь предосудительное, непристойное.

Желание «быть на краю», «щекотать нервы» – устойчивая особенность личности, её выбор. Такие люди, что называется, ищут «острых ощущений». Они склонны к опасному, рискованному, возбуждающему их чувства опыту. Нередко они ходят «по лезвию ножа», чем подавляют невыносимые внутренние терзания. Мания – это безудержное, неистовое влечение к чему-либо. Зачастую мании возникают на почве деятельности, связанной с риском и яркими, захватывающими переживаниями.

Американские учёные обнаружили клетки головного мозга, отвечающие за принятие решений и выбор между положительными стимулами. По версии специалистов, нарушение функций этих клеток – одна из причин игромании, наркозависимости и других расстройств поведения. Учёным давно известны отдельные зоны головного мозга, контролирующие восприятие и оценку цвета, количества и вкуса. Однако долгое время оставалось непонятным, как именно обрабатывается эта информация при общей оценке ситуации и принятии окончательного решения.

Эксперимент проводили на макаках. Им предлагалось выбирать между разными порциями грейпфрутового и апельсинового соков. Если напитки давали в одинаковых количествах, животные брали грейпфрутовый сок. Но они меняли предпочтение, когда апельсинового сока было втрое больше грейпфрутового. В момент выбора активизировалась группа нейронов орбитофронтальной (глазолобной) зоны коры головного мозга. Одновременно происходила стимуляция центров, отвечающих за восприятие цвета, запаха и вкуса.

По словам координатора исследования Камилло Падоя-Шиппа, незначительные отклонения в деятельности обнаруженной группы нервных клеток могут вести к нарушениям поведения и психики. Так, аномальную активность данной зоны головного мозга фиксировали у людей, страдающих игроманией и наркоманией. Отчёт об исследовании опубликован в престижном научном журнале Nature.

Путь в зловещую западню

Вкратце рассмотрим два примера – курение и наркоманию. Никотин

содержится в табаке и очень скоро вызывает привыкание. Чтобы пристраститься, требуется порой одна сигарета. С каждой затяжкой в мозг через лёгкие проникает, в общем-то, небольшая порция никотина. Допустим, делается 15 затяжек. Значит, организм получает 15 доз наркотика посредством всего одной сигареты.

После этого он быстро выводится, и курильщик начинает испытывать муки отвыкания. Он чувствует, что лишился удовольствия или даже некой опоры в жизни. Жажда этого яда похожа на острый голод. Но через мгновение после очередной затяжки в кровь поступает свежий никотин, и страстная тяга к нему на какое-то время пропадает.

«Начиная курить регулярно, мы

компьютерные игры в перерывах между работой и на ночь). Так постепенно формируется зависимость как составляющая часть личности, хотя контроль над пристрастием ещё возможен (например, чтобы избежать конфликтов в семье, человек на время прекращает курить).

И наконец происходит полное порабощение. Зависимость доминирует, целиком определяя образ жизни, мироощущение, отношения с окружающими, настроение... Мы отчётливо видим это на примере больных хроническим алкоголизмом: подтачивается здоровье, рушатся семьи, обрывается карьера...

Автор этих строк консультировал семью, которую постигла тяжёлая утрата. Отец попал под колёса грузового автомобиля и скоропо-

настроения... Поэтому врачи проводят дезинтоксикационную терапию, используют антидепрессанты, антиконвульсанты, транквилизаторы, нейролептики и другие препараты, повышающие адаптационные возможности и облегчающие перенесение стрессов. Квалифицированная медицинская помощь подавляет очаг патологического возбуждения в коре головного мозга и на время приглушает страсть.

Интересным опытом делятся китайские специалисты. Интернетомания – настоящий бич китайского общества. Молодёжь бросает учёбу и сутками напролёт играет в чатах. Осознав масштабы проблемы, китайские власти ещё в 2005 г. открыли на территории во-

ссурrogатах. Мы много беспокоимся и суетимся, желая заполнить жизнь иллюзией счастья. Например, от пустоты в себе люди поддаются мании покупать, погружаются в социальные сети, склонны к обжорству, экстремальному спорту или виртуальному сексу.

А здоровое чувство внутренней наполненности, уравновешенности и удовлетворённости побуждает беречься всего лишнего, хранить мир сердца и чистоту совести. Чтобы потратить время или утолить интерес, уже не нужно курить, пить, бродить по улицам или интернету...

Об исправлении жизни как первоочередной задаче в деле обретения внутренней свободы пишут не только мыслители и учёные, принадлежащие к разным религиям и конфессиям.

Так, в статье «Для чего люди одурманиваются?» гениальный художник русского слова Л.Толстой указывает: «Не во вкусе, не в удовольствии, не в развлечении, не в веселье лежит причина всемирного распространения гашиша, опиума, вина, табака, а только в потребности скрыть от себя указания совести... Трезвому совестно то, что не совестно пьяному. Этими словами высказана основная причина, по которой люди прибегают к одурманивающим веществам. Чтобы не было совестно после того, как сделан поступок, противный совести, или для того, чтобы вперёд привести себя в состояние, в котором можно сделать поступок, противный совести, но к которому влечёт человека его животная природа... Всем известны люди, спившиеся вследствие преступлений, мучивших совесть. Безразвратно живущие люди более других склонны к одурманивающим веществам. Разбойничьи, воровские шайки, проститутки не живут без вина».

По моему мнению, зависимость (мания) – это недуг личности, переросший в психическую и соматическую болезнь. Поэтому страдающему человеку требуется как поддержка близких людей, так и помощь специалистов. Очень желательно, чтобы психиатрическая, наркологическая, психотерапевтическая и психологическая службы тесно сотрудничали с обществами трезвости и душепопечительскими центрами Русской православной церкви и широко использовали методы христиански ориентированной психотерапии. По наблюдениям врачей, пациентов и их родственников, это значительно повышает эффективность лечения и способствует скорейшему возвращению человека к нормальной жизни в обществе.

Действительно, больному невозможно помочь, не излечив внутреннее состояние. А вот здесь-то таблетки, инъекции, гимнастика, массаж и прочие медицинские манипуляции бессильны. Требуется созидательный труд и добрая воля. Когда улучшается духовное состояние и создаётся новая система ценностей, то появляются светлые и здоровые жизненные цели, меняется стиль мышления и поведения. Вот что на деле отрезвляет. В итоге человек осознаёт, что дурную привычку нельзя заменить чем-то аналогичным, но безвредным. Единственный выход – полный отказ от пагубного пристрастия.

На мой взгляд, это главный принцип реабилитации людей, зависимых от психоактивных веществ и состояний. Глубоко убеждён, что, по сути, любая зависимость – форма бегства от себя. Значит, для исцеления нужно вернуться к себе, найти себя. Но, разумеется, не на дне бутылки или во Всемирной паутине!

«Как же это сделать? Почему далеко не всегда удаётся? Из-за чего случаются срывы?» – вопросы, которые я часто слышу от неравнодушных студентов-медиков на наших лекциях и семинарах. Давайте вместе подумаем над ответами...

Константин ЗОРИН,
доцент кафедры ЮНЕСКО
«Здоровый образ жизни – залог успешного развития»
МГМСУ им. А.И.Евдокимова,
кандидат медицинских наук.

Продолжаем разговор

Прочистить кровь, мозги и совесть

Об этиологии, патогенезе и терапии зависимого поведения



Неравнодушные студенты активно дискутируют на занятиях

объясняем это наслаждением или тем, что курение превратилось в привычку, – рассказывает Аллен Карр, автор популярной книги «Лёгкий способ бросить курить». – Правда же заключается в том, что мы пристрастились к никотину. Мы ещё не осознаём этого, но маленькое никотиновое чудовище уже поселилось в нашем чреве, и мы вынуждены его кормить... Единственная причина, по которой люди продолжают курить (неважно, задымленные они курильщики или от случая к случаю), – желание накормить это маленькое чудовище».

А вот признание отечественного рок-музыканта Константина Кинчева. Он употреблял наркотики 3 года: «Как говорится, «завтрак, обед, ужин». Когда спутаны все ценности, когда чувствуешь безмерную усталость, нужно чем-то себя поддерживать. Чем? И вот пробуешь наркотики раз, второй, третий. Вроде бы помогает. Потом раз – и зависимость. И доза становится уже не в радость. Она теперь нужна тебе просто для того, чтобы жить дальше, чтобы функционировал организм. Без дозы ты уже не можешь. И это страшно».

Учёные описывают этапы развития зависимого поведения. Сначала появляется «точка кристаллизации». Она связана с переживанием интенсивной положительной эмоции или устранением отрицательной. Человек понимает, что существует вещество или способ, с помощью которого можно сравнительно легко улучшить своё психическое состояние (в частности, наркотик или крупный выигрыш в казино).

Затем устанавливается зависимый ритм – определённая последовательность обращений к средствам зависимости (к примеру, ежедневное обильное застолье,

стижно скончался. Родственники находились в шоке. Они не знали, сообщать ли об этом его сыновьям 9 и 12 лет, брать ли их на похороны. Сомнения взрослых вполне понятны: боялись травмировать детей, хотели избежать истерик. На семейном совете решили всё-таки дать мальчикам возможность попрощаться с отцом.

Дети вели себя на удивление спокойно, точнее равнодушно. Насколько могли, они осознали, что навсегда расстанутся с папой. Однако ребята восприняли это довольно холодно, как обыденный сюжет их любимых компьютерных «стрелялок»: «Подумаешь, папа умер?! Ничего страшного! Продолжение следует». Привыкшие ежедневно видеть смерть на экране монитора, они отнеслись к гибели отца с изрядной долей цинизма и чёрствости.

Что означает такая реакция? Она не имеет ничего общего с мужественным перенесением горя. Это признак эмоционального выгорания и духовного опустошения. Излишне говорить, что такие дети вряд ли будут чтить память своих покойных близких и помнить о смерти, как того требует добродетель memento mori. Кто же вырастет из них, если ничего не исправить в воспитании и не освободить от зависимости?

Оттолкнуться от дна

В организме человека, охваченного зависимостью, с течением времени нарушаются функции «центра наслаждения» (системы «награды мозга») и «гормонов счастья». Глобальные биохимические сдвиги происходят особенно на фоне отягощённой наследственности. Отсюда «ломка»: болевой синдром, нарушения сна, аппетита,

енного госпиталя в Дасине, пригороде Пекина, первую клинику для интернет-зависимых. Учреждение имеет государственную лицензию и работает на базе центра лечения алко- и наркозависимых. В двухнедельный курс лечения входят медицинские средства, психотерапевтические сеансы, психологические тренинги, иглоукалывание, ежедневные занятия спортом. В большинстве случаев лечение в клинике даёт долговременный эффект. Однако стопроцентной гарантии всё же нет. Аналогичные центры китайские власти создают и в других крупных городах страны.

«Биологические факторы имеют большое, но не основное значение, – подтверждает директор Института реабилитации Национального научного центра наркологии Росздрава, доктор медицинских наук, профессор Тарас Дудко. – Для устойчивой ремиссии (воздержания от игр или наркотиков) человеку необходимо сформировать в себе духовный стержень. И те мои пациенты, кто обращается к религии, более устойчивы к своей болезни. Причём иногда благодаря церковным таинствам людям гнездятся без медикаментов».

Интересное признание авторитетного российского врача! Его позицию разделяют многие люди, особенно «со стажем болезни».

Так, К.Кинчев уверен: «Нельзя вылечиться от наркомании, очистив кровь физраствором, потому что дальше ты опять будешь делать то же самое. Вопрос не в том, чтобы просто вылечиться, а в том, чтобы исцелиться, то есть стать цельным человеком. Ведь наркотики овладевают человеком, гнездятся в нём, живут припеваючи и требуют дозы ещё, ещё и ещё... Меня сильно жгла совесть. Я всё время думал о том, какой же я мерзавец, как я беззастенчиво вру самому Богу: прошу помощи, чтобы «завязать», а через какое-то время после борьбы всё равно побеждает наркотик. Я бегу и ставлю себе дозу. Совесть не давала мне покоя. Тем не менее я постепенно преодолевал эту страсть».

Свято место пусто не бывает

Эгоистичное стремление обладать деньгами, вещами, удовольствиями, почётом, славой и прочими сугубо земными, материальными и преходящими ценностями ещё сильнее объединяет наш внутренний мир, подчиняет сознание и самосознание, отнимает свободу воли. Чтобы насытить неутолимый внутренний голод и устранить образовавшийся вакуум, возникает нужда в заместителях,

Взять за правило начинать каждую научно-образовательную сессию «Амбулаторный приём», ориентированную, главным образом, на врачей первичного звена, с клинко-анатомического разбора, предложил, открывая мероприятие, неизменный его председатель – один из ведущих экспертов нашей страны в области внутренней медицины, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член президиума Российского научного медицинского общества терапевтов, руководитель общества «Амбулаторный врач», профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЁРТКИН.

Там, где мёртвые учат живых

– Клинико-анатомическая конференция – это высшая и единственно объективная форма контроля качества лечебно-диагностической работы не только на госпитальном, но и на всех этапах догоспитального периода, – акцентировал внимание многочисленной аудитории Аркадий Львович.

По мнению эксперта, клинко-анатомический разбор чрезвычайно важен в процессе образования и врачебной деятельности, так как позволяет уточнить все параметры патологического процесса. Ведь клинко-анатомический разбор – своего рода демократический форум молодых врачей и опытных, авторитетных специалистов, где возможен объективный анализ всех ошибок и осложнений. Он проводится не для того чтобы кого-то винить, но для того, чтобы учиться и улучшать результаты лечения.

– В ряде мединститутов такие конференции проходят номинально, для разбора интересных случаев или случаев неуспешного лечения, и это неправильно. Я стою на иной позиции: разбирать надо не только редкие болезни и казуистические случаи, а те, что происходят постоянно, каждый день. И в разборе таких «рутинных» ситуаций следует искать ответы на все вопросы, – считает профессор А.Вёрткин.

Анализ одной из таких, на первый взгляд, заурядных историй болезни пациента с сочетанной патологией и был представлен в дальнейшем.

Коморбидность – на потоке

Доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ, Наталья Ховасова представила на клинко-анатомический разбор историю своего бывшего пациента 78 лет, который поступил с подозрением на пневмонию и жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, лихорадку до 38°C и нарастание одышки. Из анамнеза известно, что пациент был заядлым курильщиком (более 50 лет по пачке сигарет в день), много лет страдал ХОБЛ и часто госпитализировался по поводу обострений данного заболевания. Отмечал постоянный утренний кашель, одышку и слабость.

Периодически получал ингаляции бронхолитиками. Несколько лет назад перенёс инфаркт миокарда, страдал пароксизмальной формой фибрилляции предсердий. Пациент почувствовал себя плохо за 10 дней до госпитализации, когда появились гнойная мокрота зелёного цвета на фоне субфебрилитета. После обращения в поликлинику амбулаторно принимал антибиотик широкого спектра действия и бронхолитик – без положительного эффекта. Кроме того, впоследствии начал отмечать выраженное нарастание одышки и повышение температуры до 38,5°C, в связи с чем была вызвана бригада скорой помощи.

Пациент был доставлен в клинику и госпитализирован в отделение реанимации в состоянии средней тяжести, обусловленном интоксикацией и дыхательной недостаточностью. Физикальное обследование выявило пониженное питание больного, бледность

Экспертный уровень

И один в поле воин

Квалифицированный поликлинический терапевт – основа процветания отрасли



Многочисленная аудитория форума

кожных покровов и цианоз губ, бочкообразную форму грудной клетки, одышку с ЧДД до 23 в минуту. Аускультативно в лёгких жёсткое дыхание, ослабленное справа, множество сухих рассеянных хрипов. АД 140/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений – 90/мин, тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Печень выступает из-под края рёберной дуги на 4 см. Лабораторно выявлены лейкоцитоз, незначительное повышение холестерина, мочевины и креатинина.

По данным рентгенографии: деформация лёгочного рисунка, пневмония в нижней доле правого лёгкого, расширение границ сердца. На ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца, синдром S1Q3 и отклонение ЭОС вправо.

Имеющиеся данные позволили диагностировать у пациента два основных заболевания: ИБС, постинфарктный кардиосклероз на фоне гипертонической болезни и ХОБЛ, хронический гнойно-обструктивный бронхит, обострение. Осложнения: недостаточность кровообращения; дыхательная недостаточность; хроническое лёгочное сердце; пароксизмальная форма фибрилляции предсердий; пароксизм неизвестной давности; ТЭЛА; пневмония в нижней доле правого лёгкого. Сопутствующие заболевания: хроническая ишемия головного мозга, хронический панкреатит вне обострения.

В течение суток в отделении реанимации больной получал ингаляционную терапию и системные глюкокортикостероиды, после чего его состояние стабилизировалось, и пациент был переведён в терапевтическое отделение, где спустя сутки его состояние резко ухудшилось, стала нарастать одышка, вплоть до удушья. Последовал экстренный перевод в реанимацию, но, к сожалению, проведённые мероприятия и интенсивная терапия оказались безрезультатными, дежурная бригада ОРИТ констатировала смерть больного.

В заключительном клиническом диагнозе в качестве основного заболевания был вынесен постинфарктный кардиосклероз

передней стенки левого желудочка. Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь III стадии. Сочетанное заболевание: ХОБЛ: хронический гнойный обструктивный бронхит, стадия обострения. Эмфизема лёгких. Осложнения: НК II, ДН III. Хроническое лёгочное сердце. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, пароксизм неизвестной давности. ТЭЛА. Пневмония в нижней доле право-

зизии слизистой желудка, двенадцатиперстной кишки. Хроническое общее венозное полнокровие: мускатный фиброз печени, цианотическая индурация селезёнки, почек. Красные обтурирующие тромбы глубоких вен обеих голеней. Отёк головного мозга. Хроническая ишемия головного мозга. Стенозирующий атеросклероз артерий головного мозга (преимущественно правой средней

От простого к сложному

О том, как врачу первичного звена выбрать больного для проведения коронароангиографии (КАГ), рассказал главный кардиолог Северного административного округа столицы, заведующий отделением кардиологии с блоком кардиореанимации городской клинической больницы им. В.В.Вересаева Департамента здравоохранения

мозговой артерии). Хронический индуративный панкреатит в стадии ремиссии.

– Какое же из сочетанных заболеваний превалировало? Что привело к летальному исходу? – продолжил О.Зайратьянц. – Длительная обструктивная болезнь лёгких с обострением и тяжёлым осложнением в виде хронической лёгочной гипертензии и лёгочного сердца или постинфарктный кардиосклероз? Да, у пациента в анамнезе был инфаркт миокарда, но был ли это инфаркт из группы ИБС или это гипоксический некроз у больного в период обострения ХОБЛ, который даёт такой же рубец? Этого мы уже никогда не узнаем. А ведь таких случаев много, и от них зависит то, что мы поставим в причину смерти. Это одна из основ экономики здравоохранения, а не только нашей отчётности.

Чем раньше, тем лучше

Считается, что пациент с ХОБЛ может привыкнуть к одышке, приспособиться к ограничению своих физических возможностей, но постепенная и неумолимая прогрессия заболевания рано или поздно приведёт к печальному финалу.

– ХОБЛ – это персистирующее ограничение воздушного потока, которое обычно прогрессирует и является следствием хронического воспалительного ответа дыхательных путей и лёгочной ткани в ответ на воздействие ингалируемых повреждающих частиц или газов. Это и приводит к нарастанию дыхательной недостаточности. Но ХОБЛ можно выявить на ранней стадии, адекватно лечить и замедлить эту прогрессию, – отметила профессор кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И.Евдокимова Елена Прохорова.

Причём ранняя диагностика возможна при активном выявлении симптомов в группах риска. К экзогенным рискам относится, главным образом, курение, а также профессиональные вредности, загрязнение воздуха; эндогенные – это генетические дефекты (дефицит альфа1-антитрипсина) и пр. При постановке диагноза учитываются возраст, пол (как правило, мужской), длительный стаж курения, характерные клинические признаки и показатели спирометрии – исследования, которое позволяет подтвердить наличие нарушения бронхиальной проходимости. Оценивается функциональный статус и качество жизни больного.

– Раннее выявление таких больных, наблюдение и профилактика обострений – также задача врача первичного звена. Удивителен тот факт, что при всей очевидной необходимости спирометрического исследования для диагностики обструктивной болезни лёгких ни у одного больного, поступившего к нам по СМП с обострением ХОБЛ, не было проведено на амбулаторном этапе, – подчеркнул А.Вёрткин.

Москвы, доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Заур Шогенов. Первый вопрос, который врач должен задать пациенту: снижают ли качество его жизни приступы стенокардии? Если ответ «да» – пациент отправляется на КАГ, так как важно улучшить качество жизни пациента вне зависимости от его прогноза.

Важным моментом здесь является наличие болевого синдрома, так как существует вариант безболевого ишемии миокарда, например у пациентов с сахарным диабетом. В таком случае во внимание принимается любая эквивалент боли: падение АД или стойкое появление одышки при небольшой физической нагрузке. Второй вопрос, который врач задаёт себе: насколько реваскуляризация миокарда улучшит прогноз данного больного?

– Для этого необходимо провести ЭхоКГ, оценить фракцию выброса, и, если она окажется менее 40%, пациенту необходимо выполнить нагрузочную пробу. Любая нагрузочная проба, подтверждающая стресс-индуцированную или спонтанную ишемию миокарда, позволяет нам настоятельно рекомендовать больному КАГ. Если же у пациента фракция выброса более или равна 40% и нагрузочная проба положительная, то мы не имеем достаточных оснований для КАГ. В идеале это должно оцениваться поликлиническим терапевтом, – заявил доктор З.Шогенов.

– Существуют и неинвазивные методы оценки состояния сосудов, например МСКТ, – перехватил эстафету выступления своего коллеги заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения столичной ГКБ им. В.В.Вересаева профессор кафедры рентгенохирургических методов диагностики и лечения Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Сергей Семитко. – Нельзя забывать и о доступных врачу физических методах оценки состояния сосудов, например измерение АД на обеих руках, так как наличие градиента говорит о поражении брахиоцефального ствола подключичной артерии, важно оценить наличие шума на сонных артериях, важно, если пульс на подколенной артерии и на стопе асимметричен или не определяется. Фактически мы имеем 80% диагноза. Также необходимо учитывать, что если пациент уже имеет в анамнезе коронарный атеросклероз, то 20% таких больных имеют ещё какие-либо локализации атеросклеротического процесса. Если терапевт поликлиники «подкован» в этих вопросах, то эффективный лечебно-диагностический процесс гарантирован, – резюмировал он.

Юлия ШЕВЧУК,
корр. «МГ».

Открытия, находки

Искусственный интеллект предскажет деменцию?

Умение предсказывать слабоемие за несколько лет до появления первых симптомов открыло бы совершенно новые перспективы в вопросах лечения заболевания, а также помогло бы эффективно планировать оставшееся время до манифестации болезни будущим пациентам и их родственникам.

Благодаря искусственному интеллекту, применённому учёными из Университета Макгилла (Канада), такая возможность вскоре может стать доступной любым клиницистам.

Учёные из лаборатории трансляционной нейровизуализации Университета Макгилла использовали искусственный интеллект для разработки алгоритма, способного распознавать признаки деменции за 2 года до её начала. Для этого было проведено однократное ПЭТ-сканирование мозга пациентов с риском развития болезни Альцгеймера.

Доктор Педро Роза-Нето, ведущий автор исследования и доцент кафедры неврологии, нейрохирургии и психиатрии Университета Макгилла, ожидает, что эта технология изменит подход врачей к больным, а также значительно ускорит открытие новых способов лечения болезни Альцгеймера.

«Клинические испытания при помощи этого инструмента могут быть сосредоточены только на людях с более высокой вероятностью прогрессирования деменции, что значительно снизит стоимость и время, необходимые для проведения этих исследований», — добавляет доктор Серж Готьё, соавтор исследования.

Учёные давно знают, что белок, известный как амилоид, накапливается в мозгу у пациентов с лёгкой когнитивной недостаточностью, что часто приводит к деменции. Хотя накопление амилоида начинается за десятилетия до появления симптомов деменции, этот белок нельзя использовать как надёжный прогностический биомаркёр, потому что не у всех пациентов с лёгкой когнитивной недостаточностью развивается болезнь Альцгеймера.

Для проведения своего исследования учёные использовали данные, доступные в рамках Инициативы по нейровизуализации болезни Альцгеймера.

Суланта Матхотаарачи, учёный из команды Роза-Нето и Готьё, использовал сотни ПЭТ-сканирований пациентов с лёгкой

когнитивной недостаточностью из базы данных Инициативы по нейровизуализации болезни Альцгеймера для получения алгоритма, определяющего с точностью до 84% ещё до появления первых симптомов, у каких пациентов будет развиваться деменция.

В данный момент продолжается поиск других биомаркёров деменции, которые могут быть включены в алгоритм, чтобы улучшить возможности прогнозирования искусственного интеллекта.

Новое программное обеспечение уже доступно учёным и студентам, но врачи не смогут использовать данный инструмент в клинической практике до сертификации со стороны органов здравоохранения. С этой целью команда учёных в настоящее время проводит дополнительное тестирование для проверки алгоритма в разных группах пациентов, особенно с такими параллельными состояниями, как инсульт и другие заболевания.

Ранее учёные уже объявляли о том, что с помощью искусственного интеллекта можно обнаружить деменцию за десятилетия до её манифестации. Так, ещё в 2011 г. учёные из Центра технических исследований Финляндии VTT разработали новое программное обеспечение, которое может серьёзно помочь в ранней диагностике болезни Альцгеймера. Эта программа сравнивает данные обследования больного с базой данных других пациентов, после чего визуализирует его состояние. Исследователи изучили материал Инициативы по нейровизуализации болезни Альцгеймера с информацией о 288 пациентах с нарушениями памяти. Почти половине из них болезнь Альцгеймера была диагностирована спустя 21 месяц после проведения первого обследования. Используя программу, диагноз можно было бы поставить на год раньше, как заявили учёные.

В 2016 г. группа учёных из Амстердама также использовала искусственный интеллект, чтобы распознавать деменцию на самых ранних стадиях.

В новом исследовании учёные применили методы машинного обучения в сочетании с особым типом МРТ под названием артериальная маркировка спина. Она используется для создания изображения под названием перфузионная карта, которая показывает, сколько крови поступает в различные области головного мозга. Автоматизированная программа машинного обучения распознаёт закономерности в этих картах и

определяет пациентов с различной степенью когнитивных нарушений и риском развития болезни Альцгеймера до появления первых симптомов.

В исследование были включены 260 311 человек из Центра по изучению болезни Альцгеймера, которые прошли артериальную маркировку спина в период времени с октября 2010 г. по ноябрь 2012 г. У 100 пациентов была диагностирована болезнь Альцгеймера, 60 пациентов имели умеренные когнитивные нарушения, у 100 пациентов наблюдалось субъективное когнитивное снижение, и 26 человек были здоровыми.

Автоматизированная система эффективно определила всех участников с болезнью Альцгеймера, умеренными когнитивными нарушениями и субъективным когнитивным снижением. Использование классификаторов на основе автоматизированного машинного обучения помогло исследователям предсказать у отдельных пациентов прогрессирование болезни Альцгеймера с высокой степенью точности в пределах от 82 до 90%.

Попытки создать методику раннего обнаружения болезни Альцгеймера делались и в других странах. Так, учёные из Лос-Анджелеса не так давно сделали заявление о разработке глазного теста для определения болезни Альцгеймера за 20 лет до её начала. Обычно деменцию диагностируют слишком поздно, чтобы что-то изменить, однако известно, что существует несколько ранних симптомов этого когнитивного расстройства. В частности, снижение обоняния и ухудшение зрения неразрывно взаимосвязаны с отмиранием мозговых клеток, которое наблюдается на ранних стадиях развития деменции. Открытие американских учёных основано на том, что бета-амилоидные белки, представляющие собой ключевой компонент слабоумия, встречаются также в сетчатке глаза.

Исследователи из Лос-Анджелеса провели клинические испытания новой методики на 16 добровольцах. Результаты эксперимента показали, что глазной тест настолько же эффективен для диагностики деменции, как и традиционное сканирование мозга. С помощью этого теста можно фиксировать двукратное превышение скоплений белков в мозгу, которые говорят о начале тяжёлой болезни.

Данила ДУБРОВСКИЙ.

По материалам
Neurobiology of Aging.

Идеи

Инициатива стоит денег

К 2021 г. английская Национальная служба здравоохранения планирует создать 21 тыс. новых вакансий для специалистов в области психического здоровья, чтобы обслуживать дополнительно 1 млн пациентов.

Министр здравоохранения Англии Джереми Хант назвал этот план «амбициозным», но необходимым для ликвидации «исторического дисбаланса» между

медпомощью физической и психологической. Новые рабочие места будут созданы для медсестёр, психотерапевтов, консультантов и обслуживающего персонала.

Королевский колледж медсестёр предупредил, что для исполнения плана придётся подготовить множество специалистов, а это потребует дополнительного финансирования.

Правительство, в свою очередь, пообещало вложить в дополнительную психологическую и пси-

хиатрическую помощь пациентам 1 млрд фунтов стерлингов (1,3 млрд долл.).

«Теневой» министр труда от Лейбористской партии Барбара Кили раскритиковала эту инициативу, подчеркнув, что «план не даёт чётких ответов относительно финансирования и рекрутирования будущих специалистов».

Марк ВИНТЕР.

По материалам BBC.

ВСЕМИРНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

13 – 16 НОЯБРЯ 2017
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

www.medica-tradefair.com



Весь мир электромедицины и медицинских технологий воочию и в одном месте:

- Все новейшие тенденции
- Передовые ноу-хау
- Инновационные решения для Вашей ежедневной практики
- Операционные технологии
- Медицинская мебель
- Специальное оборудование для кабинетов

Если Вы хотите всё это увидеть, понять и испытать: добро пожаловать в Дюссельдорф на крупнейший в мире медицинский форум!

ПРИСОЕДИНЯЙТЕСЬ К ЛИДЕРУ!

ООО «Мессе Дюссельдорф Москва»
119021 Россия, Москва, ул. Тимур Фрунзе, д. 3, стр. 1
Тел.: +7 495 955 91 99 (8 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru
www.messe-duesseldorf.ru

Basis for
Business

Messe
Düsseldorf

Гипотезы

Противораковый напиток

Результаты исследований показали, что регулярное употребление кофе, в том числе без кофеина, может снизить риск возникновения гепатоцеллюлярного рака печени.

К такому выводу пришли учёные университетов Саутгемптона и Эдинбурга (оба – Великобритания), когда проанализировали результаты предыдущих исследований, в которых было задействовано в общей сложности более 2 млн человек. У тех, кто пьёт чашку кофе в день, риск возникновения рака печени на 20% ниже по сравнению с теми, кто вообще не употребляет кофе. Если же

выпивать по 5 чашек в день, то риск снижается на 50%, полагают учёные. Эффект наблюдается даже в случае употребления кофе без кофеина, однако он несколько слабее.

Авторы исследования отметили, что не призывают поголовно всех начать пить по 5 чашек в день, к тому же кофе может быть и вовсе противопоказан, например беременным женщинам. Необходимы дополнительные исследования на эту тему, считают учёные.

Герман АКОДИС.

По материалам
The Guardian.

Выводы

Секс после Эболы

В сперме 19% мужчин, сдавших анализ через 260-1016 дней после заражения Эболой и последующего излечения, обнаружилась вирусная РНК. Пока непонятно, указывает ли это на присутствие вируса и как эта РНК туда попала, но всем, в том числе и авторам исследования, стало не по себе.

Вирус, вызывающий геморрагическую лихорадку Эбола, с 1976 г. унёс жизни больше 12 тыс. человек. Встречается он редко, но очень заразен, а заболевание, которое он вызывает, смертельно в 90% случаев. Работа по созданию вакцины от лихорадки была завершена в конце прошлого года, но до сих пор многое о течении болезни и способах передачи вируса от человека к человеку известно не всё.

Воздушно-капельным путём заразиться Эболой нельзя, зато опасен любой контакт со слизистыми оболочками и жидкостями тела заражённого. По-видимому, в семенниках и семявыносящих протоках вирус сохраняется дольше, чем в других органах и тканях: есть два задокументированных

случая заражения после полового акта через несколько недель после выздоровления, а предыдущие исследования показали, что вирусная РНК встречается в сперме иногда в течение 400 дней после исчезновения симптомов. Значит ли это, что в организме идёт транскрипция вирусной ДНК, пока неясно, но на всякий случай врачи рекомендуют мужчинам, переболевшим Эболой, в течение года заниматься сексом только в презервативе.

А может, и целого года мало для того, чтобы вирус перестал быть опасен для полового партнёра. Для нового исследования врачи сделали анализ 149 образцов спермы из Либерии, взятых спустя 2 года после выздоровления у мужчин от 17 до 59 лет; вирусная РНК обнаружилась в биоматериале 13 человек (19%) из них, причём 7% из тех, в чьей сперме обнаружилась РНК вируса, прожили без симптомов заболевания дольше 2 лет, а в одном случае с момента излечения прошло больше 2,5 лет.

Олег КУЗЬМИН.

По материалам Open Forum
Infectious Diseases.

После неудачной попытки полностью отменить программу реформирования здравоохранения, принятую при президенте США от демократов Бараке Обаме, и провести через конгресс законопроект республиканцев с более ограниченным медицинским страхованием администрация Дональда Трампа решила на поэтапную замену основной части положений программы Obamacare. Как сообщило агентство Bloomberg, Министерство здравоохранения и социальных служб на 90% сократило государственное финансирование рекламы всеобщего медстрахования этой программы.

Здоровье – удовольствие дорогое

До реформы здравоохранения, одобренной в 2010 г. конгрессом, в США не существовало обязательного медицинского страхования, сообщает ТАСС, дав обстоятельный обзор истории и ситуации в здравоохранении страны. В 2014 г. здесь было введено обязательное медицинское страхование, благодаря чему число американцев без медстраховки снизилось до исторического минимума – менее 10%.

Рассчитывать на бесплатный приём специалиста, оплаченный социальным налогом, в США у многих возможности нет. Обращаться же напрямую в медучреждения, чтобы записаться на платный приём, для большинства жителей страны – непозволительная роскошь. Поэтому между американцами и больницами или поликлиниками стоят посредники в лице частных страховых компаний.

Американская система медицинского страхования, объясняет The Economist, представляет собой сложную и довольно хаотичную смесь частных страховых агентств, государственных здравоохранительных субсидий и многочисленных правил, призванных регулировать эту дорогостоящую и неэффективную машину, которая не в состоянии охватить многих американцев. Введённая Обамой система доступного медицинского страхования (в обиходе получившая название Obamacare) стала частью этого хаоса. Это очередной плохо скроенный компромисс, наложенный на плохую систему. Американские политики в вопросах здравоохранения настолько далеки от единодушия, пишет газета, что создатели Obamacare считали своей задачей сделать хотя бы что-нибудь на не очень хороших основаниях, вместо того чтобы бесплодно пытаться переделать систему полностью.

Однако и покупка медстраховок напрямую является дорогим удовольствием, поэтому граждане США преимущественно или получают их за счёт работодателя, или покупают полис через него же за более оптимальную цену. Последняя представляется возможной из-за того, что крупные компании чаще всего договариваются со страховщиками о привлекательных ценах на полисы, покупая их оптом. Для работодателей приобретение или частичная оплата страховки сотрудникам выгодно и сулит некоторое уменьшение налогов, так как вклад в соцпакет граждан вычитается из доходов, подлежащих налогообложению. Покупка или частичная оплата медицинской страховки стала, словом, отличным способом для компаний привязать к себе работников.

Реформировать сферу пытались неоднократно. Попытка Билла Клинтона провести через конгресс реформу здравоохранения с треском провалилась, а заступивший на высший государственный пост в 2001 г. Джордж Буш-младший внимания проблеме не уделял. Во многом это обстоятельство и определило в 2008 г. победу Обамы на президентских выбо-

рах: вопрос здравоохранения у американцев стоял очень остро, а он фактически впервые ввёл в стране всеобщее медицинское страхование.

Obamacare: страховка или штраф

Однако эта формулировка означает вовсе не получение знакомого нам полиса обязательного медицинского страхования однократно и бесплатно, а фактически предполагает навязывание платной страховки всем слоям населения. Впрочем, перед Обамой и не стояла задача введения государственного страхования,

любой страховой план должен включать как минимум оказание неотложной помощи, лечение рака, ежегодную диспансеризацию, оплату лекарств по рецептам и консультации у психиатра. Помимо этого, государство пошло навстречу женщинам и заставило страховщиков включать в обязательные планы оплату контрацептивов и ведение беременности.

По замыслу Обамы реформа должна была развернуть в сторону понижения кривую медицинских расходов, причём как для самих американцев, так и для государства. Однако всё получилось с точностью до наоборот: расходы и страховые взносы начали расти.

Что обещает президент?

Республиканцы же, настаивая на отмене Obamacare демократов, которая слишком дорого обходится бюджету, обязывает граждан США покупать медстраховку под угрозой штрафа и повысила налоги на здравоохранение. Кроме того, они предлагают ввести субсидии на приобретение страховки, а также расширить программы помощи бедным. Команда Трампа считает, что эта программа приводит к усилению позиций страховщиков и к усилению вмешательства государства в жизнь граждан и в их право решать вопрос о страховании своего здоровья.

тальной части реформы здравоохранения, инициированной Обамой, проголосовали 45 сенаторов, 55 голосов отдано против. Кроме 48 представителей Демократической партии против принятия нового законопроекта проголосовали также 7 республиканцев.

Причём примечательно, что сенаторам не удалось утвердить даже самый скромный план по отмене реформы Обамы, который и сами законодатели нарекли «тощей отменой». А вот кандидатуру республиканца Томаса Прайса на пост министра здравоохранения США конгресс утвердил: как передал Reuters, за него проголосовали 52 сенатора, против – 47.

А как у них?

Реформа здравоохранения в США: настоящее и будущее

Медицинское страхование американцев стало головной болью Дональда Трампа



Д. Трамп: «С медицинской реформой пока не получилось»...

поскольку оно в США невозможно по целому ряду экономических причин, надо было представить альтернативу существовавшей системе...

Главная идея реформы президента-демократа – обязать страховые компании оказывать помощь людям с «уже имеющимися заболеваниями», ввести более или менее одинаковую плату за страховку для всех американцев, а также – субсидии для тех, кому средств для покупки стандартного плана не хватает.

Реализована Obamacare была следующим образом. С 2013 г. каждый американец обязан был покупать медстраховку, а те, кто отказывается от её приобретения, платят штраф, не превышающий средней стоимости полиса. Если тому или иному лицу не хватает средств для покупки страховки, то государство субсидирует её приобретение, обязав в этом случае покупать страховку на специально организованных биржах. Они были созданы на федеральном уровне и в штатах.

Работодателям же и страховым компаниям запрещено отказывать в предоставлении полиса тем, кто уже тяжело болен. Предприниматели со штатом сотрудников более 50 человек обязаны приобретать медстраховку сотрудникам, для этого им предоставляются субсидии. Но если организация отказывается оформлять страховку работнику, то она также платит штраф.

Страховщикам предъявляли ряд других условий. Так, в соответствии с положениями Obamacare,

Тем не менее свою основную задачу Affordable Care Act выполнила – помогла миллионам американцев, не имевших достаточных средств для доступа к медицинской помощи, – незастрахованных в самом деле стало меньше. Кроме того, число пациентов клиник возросло из-за обязательств обслуживать людей с «уже имеющимися заболеваниями» и бедняков.

Это привело к колоссальному росту издержек медицинских учреждений, что неизбежно повлекло за собой рост страховых взносов практически на всех планах покрытия, хотя Обама обещал обратную тенденцию. С 2010 по 2015 г. стоимость их выросла, по данным Бюджетного управления конгресса США, в среднем на 31%. За этот же период средний рост зарплат американцев составил лишь 7,8%, в результате рост доходов людей полностью «съедался» ростом страховых взносов. Этот скачок цен не стал чудовищным только благодаря ещё одному положению Obamacare: страховые компании обязали тратить не менее 80-85% выручки на оплату лечения клиентов.

Все эти и другие негативные последствия реформы подогревали недовольство населения страны. Согласно апрельским опросам социологической службы Gallup International, только 26% респондентов хотели оставить Affordable Care Act в нынешнем виде, в то время как 40% видели необходимость в значительных изменениях и 30% хотели полной отмены реформы.

На выборах люди отдали предпочтение Трампу, в том числе и из-за его главного предвыборного обещания «отменить и заменить» Obamacare. В первый же день в должности нового президента США он подписал указ о приостановке выполнения реформы своего предшественника. Трамп заявил, что намерен заменить его программу на свою, более качественную и дешёвую. «Obamacare – это проблема демократов, их неудачное детище», – сказал республиканец.

Сенат конгресса, кстати, инициировал отмену этой системы после избрания Трампа президентом, но ещё до его инаугурации, пока в Белом доме продолжал работать Обама.

Но всё оказалось не так просто, хотя палата представителей конгресса США не без труда, со второго захода, но всё же одобрила законопроект об отмене реформы здравоохранения Обамы и пошла по пути нового президента. Согласно его предложениям:

- подразумевалась отмена обязательного страхования работодателями своих сотрудников и личное обязательство граждан покупать страховку;

- предлагалось наделить власти штатов полномочиями по своему усмотрению исключать из обязательных страховых планов оплату ведения беременности и контрацептивов;

- выдвигалось предложение разрешить страховым компаниям брать со стариков не в 3, а в 5 раз больше денег за страховку;

- с 2020 г. сократить федеральную поддержку штатов по программе оказания медпомощи малообеспеченным гражданам.

Кроме того, реформа подразумевала отмену штрафа, который американцы обязаны выплачивать за отсутствие страховки.

После палаты представителей инициатива перешла к Сенату конгресса, после которого документ должен был быть направлен на подпись президенту, однако здесь на планах по отмене Obamacare практически был поставлен крест. Даже с учётом того, что сенаторы предложили откат реформы Obamacare лишь «по минимуму», инициатива провалилась.

Необходимое число голосов набрать не удалось. В ходе голосования в сенате за законопроект, предполагающий отмену значи-

Попытка – не пытка

Тем не менее, столкнувшись с нехваткой голосов, администрация Трампа отказалась, как сообщили ведущие информационные агентства мира, от намерения провести законопроект республиканцев о реформе системы здравоохранения. И теперь аппаратом Белого дома предпринимается попытка постепенно отменить основную часть положений существующего законодательства, принятого при президенте США от демократов Обаме.

Куда уходят деньги?

А пока во время периода покупки новых медицинских страховок, который начнётся в ноябре 2017 г., рекламная кампания программы Obamacare получит лишь 10 млн долл. – это незначительная сумма по сравнению со 100 млн, выделенными властями страны в прошлом году. Помимо этого, под сокращение попадёт финансирование групп помощи, которые подбирают клиентам подходящий план страхования.

Администрация Трампа настаивает на неэффективности рекламной деятельности Obamacare, так как программа действует уже пятый год, будущие участники уже знают о ней, а увеличение расходов в прошлом году обернулось лишь снижением количества зарегистрировавшихся.

...Помимо спекуляций о связях между президентом США Дональдом Трампом и Россией, освещающей американскую политику, СМИ внимательно следят за судьбой реформы медицинского страхования. Ведь система здравоохранения в этой стране – огромная бизнес-империя, где сосредоточены колоссальные ресурсы. По итогам 2016 г., как уже отмечалось, доля здравоохранения в структуре американского ВВП составила 18%. Это просто грандиозный показатель. В других развитых странах он составляет в среднем 8-9%.

Проблема, однако, заключается в том, что эти огромные деньги не доходят до конкретных пациентов. США – единственное государство среди развитых стран мира, которое не гарантирует своим гражданам обязательной медицинской помощи.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сити!

Острый дух соревновательности царил на 70-й Спартакиаде работников здравоохранения Ставропольского края, где 1-е место завоевала команда Ставропольской психиатрической больницы.

Соревнования проходили в оздоровительном лагере «Сосновый бор» Кисловодска и включали 10 традиционных дисциплин: шахматы, стрельбу, настольный теннис, дартс, бег, прыжки в длину, волейбол, перетягивание каната. В этом году в состязаниях приняло участие рекордное количество команд – 29.

– Все спортсмены сильные, отлично подготовленные, настроенные на победу, – рассказывает капитан команды психиатрической больницы № 1, заведующий 15-м отделением принудительного лечения специализированного типа, врач-психиатр Валерий Козлов. – Из года в год уровень профессионализма спортсменов растёт, и победа достаётся всё большим и большим трудом. Зная это, мы выработали свою тактику, основанную на физи-

События

Вперёд, спартакиада!

Удача улыбнулась самым достойным



Триумф победителей – сборная больницы с заслуженными спортивными трофеями

меду учреждений Ставропольского края уже целых 3 победы с момента учреждения этой награды в 2010 г.

– Надо отметить, что мы одержали решительную победу и в двух неспортивных конкурсах – творческом и медицинском, – дополняет Валерий Николаевич. – В первом нам нет равных уже много лет, потому что над ним работает огромное количество людей из разных служб и отделений. Мы не относимся к этому конкурсу легкомысленно, как к развлечению, для нас это возможность сказать со сцены о наблевшем – о самых главных и актуальных проблемах медицины, о роли врача в современном мире, об отношении к нам в обществе.

Ну и в медицинском конкурсе в этот раз мы взяли уверенно 1-е место – как в теоретической части, тестовой, которую блестяще прошла врач-психиатр скорой психиатрической помощи Ирина Шубина, так и в практической, где участвовали 4 человека. Мы не только правильно, но и красиво выполнили задание по оказанию первой помощи.

Остаётся добавить, что на 2-й и 3-й ступеньках пьедестала почёта расположились команды 2-й и 1-й городской больниц Ставрополя и городской клинической больницы Пятигорска.

Рубен КАЗАРЯН,
собр. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.



Члены сборной Ставропольской психиатрической больницы № 1 на этапе оказания первой помощи

ческой, психологической и волевой составляющих. Секретов раскрывать не будем. Скажем только, что работать пришлось упорно в течение года. Плюс у нас была шикарная команда болельщиков, которая не позволяла расслабиться, даже когда счёт шёл не в нашу пользу. Все эти дни мы настраивали себя на борьбу. И удача улыбнулась нам – 1-е место в 70-й юбилейной спартакиаде!

Кроме главного приза – золотого кубка, команда привезла с соревнований ещё один – переходящий кубок победителя. И он не на время, не до следующей спартакиады, а навсегда! Такое решение принял судейский комитет, поскольку только в копилке больницы № 1 из всех



Перетягивание каната – азартное состязание

Здоровая жизнь

35-я Спартакиада работников медицинских организаций Волгоградской области 2017 г. прошла на базе детского оздоровительного лагеря им. Гули Королёвой в Городищенском муниципальном районе. Её девизом стало: «Профсоюз плюс медицина – сильная от бед вакцина».

На торжественном открытии спартакиады всех участников, многочисленных гостей и болельщиков поздравила председатель Волгоградской областной организации профсоюза работников здравоохранения Ирина Ерохина.

– Уважаемые участники, гости и болельщики, подлинными любителями физической культуры, ценителями красоты и здоровья, 35 лет назад по инициативе профсоюза медработников прошла первая спартакиада, в которой приняло участие всего 10 команд численностью около 150 человек. Потом проведение таких спортивных праздников стало традицией, и уже на юбилейной, 20-й спартакиаде участие принимали 28 команд медиков со всей области численностью 300 человек. А сегодня, на 35-м спортивном форуме представлено 49 команд составом более 700 медицинских работников, что говорит о большой популярности проводимых мероприятий, – сказала она.

После поднятия профсоюзного флага спартакиады, которое было доверено победителям 34-й спартакиады, по традиции состоялось возложение цветов к мемориалу воинской славы в честь подвига воинов Уфимской дивизии в годы Великой Отечественной войны.

Сильная от бед вакцина...

Профсоюз подаёт пример любителям спорта

И вот наступает торжественный момент – судейская коллегия, состоящая из преподавателей кафедры физвоспитания Волгоградского медицинского университета, даёт стартовый свисток, и двухдневный спортивный марафон начинает набирать обороты.

В программу спартакиады были включены соревнования по волейболу, настольному теннису, стрельбе, дартсу, комплексу ГТО, легкоатлетической эстафете. Сюда же был включён конкурс «Папа, мама и я – спортивная семья» и, конечно, перетягивание каната. В зависимости от категории лечебных учреждений команды были разделены на три группы: 1-я – это команды областных и городских ЛПУ с количеством работающих более 300 человек, 2-я – команды ЦРБ и 3-я – ЛПУ с количеством работающих менее 300 человек.

Надо отметить, что борьба команд была очень азартной. Команды переходили от одного места состязаний к другому, стараясь при этом проявить всё своё спортивное мастерство и навыки. Ну а группы поддержки эмоционально болели за своих любимцев.

Как было отмечено специалистами, отвечающими за проведение спартакиады, несмотря на огромное желание участников

победить в той или иной программе, всё проходило корректно и в дружеской обстановке. Медики с удовольствием общались с коллегами и поддерживали друг друга. И ещё положительным моментом было то, что вместе с командами в состязаниях принимали активное участие руководители медицинских учреждений и председатели профкомов.

На второй день спортивный праздник посетила председатель комитета Волгоградской областной думы по охране здоровья Наталья Семёнова. Она активно болела вместе со всеми за соперничество между командами, а потом даже сыграла в теннис с победителем в этом виде соревнования. Своё мнение о спартакиаде она выразила так: «Здесь собрались люди, которые не понаслышке знают о возможности физической культуры и здорового образа жизни, – медицинские работники должны быть здоровыми в первую очередь».

Для маленьких спортсменов, кроме традиционного конкурса «Папа, мама и я – спортивная семья», в котором участвовали дети от 7 до 12 лет, организаторы спартакиады подготовили для них космическое путешествие с Майлзом и Лореттой. Космические

лабиринты, шоу воздушных пузырей и многое другое ожидало юных участников, и они с поставленной задачей справились. Никто не остался без внимания – каждый ребёнок был отмечен призом.

С задором и командной сплочённостью проходили соревнования с элементами ГТО, на которых все участники доказали свою готовность к труду и обороне.

Как пояснила И.Ерохина, впервые на этой спартакиаде был проведён конкурс художественной самодеятельности, где медики показали прекрасные номера, ещё раз доказав, что они кроме лечения могут и петь, и танцевать, и играть на различных инструментах. Также были проведены конкурсы по речёвкам каждой команды и по конкурсу плакатов, который был посвящён 4 темам – году сельской медицины в Волгоградской области, году экологии в России и году профсоюзной информации и работе профкомов по оздоровлению работников. Все эти конкурсы выглядели красочно, остроумно, и борьба за места в тройке была довольно напряжённой, – заключила она.

Конечно, как всегда, на завершающем этапе спартакиады очень эмоционально прошло состязание в перетягивании каната. При мощ-

ной поддержке болельщиков уверенную победу одержала команда из ЦРБ Октябрьского района. В каждом виде спорта и в каждой группе были подведены итоги и названы лучшие команды: в первой группе 1-е место завоевала команда клинической больницы № 12, во второй первенствовала команда Николаевской ЦРБ, а в третьей 1-е место заслуженно одержала команда клинической стоматологической поликлиники № 3.

Очередная, 35-я спартакиада медиков завершена. Командам-победителям вручены дипломы и кубки, а те участники, которые не смогли завоевать призовые места, были отмечены грамотами, вымпелами команды-участника и кубками за волю к победе. В заключение хочется отметить, что спартакиада прошла на самом высоком уровне, спортивные и культурные мероприятия, прогулки на свежем воздухе, общение с коллегами по цеху – всё это надолго запомнится всем представителям этой трудной и благородной профессии, которые своим примером пропагандируют профилактику заболеваний и здоровый образ жизни.

Александр КУЗНЕЦОВ,
собр. корр. «МГ».

Волгоградская область.

– Как-то супруга замечательного режиссёра Петра Тодоровского пошутила по поводу своего талантливого мужа: «Он считает, что его жизнь не удалась – он мечтал стать композитором». Олег Валерьевич, а вам чувство внутреннего разлада незнакомо, вы всегда знали, к чему стремиться?

– Если скажу, что всегда чувствовал интерес к медицинской науке, это будет, конечно, красивой версией. В детстве и юности меня занимало очень многое. Я перепробовал целый ряд позиций, но каждый раз это было не поверхностно, а искренне, всерьёз, со стремлением добиться результата. Когда увлёкся фотографией, то все мои детские сбережения тратил на фотоматериалы и даже получил призовое место в конкурсе среди школьников Челябинска. Занимаясь радиodelом, создавал приёмники, а на сделанной мной радиоле мы крутили пластинки на танцах. Я разводил кроликов – помимо реализации амбиций юного натуралиста это стало неплохим бизнесом: вырученные деньги шли на приобретение радиодеталей. А ещё занимался рисованием в школе художественного воспитания, собирал минералы, увлекался лёгкой атлетикой, шахматами... Может быть, это был поиск себя.

Поступать в Челябинский медицинский институт шли целой командой сверстников, но так получилось, что поступил я один. Помогла хорошая база, заложенная педагогами Челябинской десятой средней школы, курируемой педагогическим институтом. В студенчестве мои искания продолжились. К общественной работе остыл очень скоро. Зато самым серьёзным образом занялся спортом. Мне повезло: моим наставником оказался чемпион Советского Союза Валентин Волков, настоящий фанат своего дела. Бег, баскетбол, метание диска... Спорт всегда шёл со мной по жизни. Он многое дал: научил терпеть, упорствовать, работать на результат.

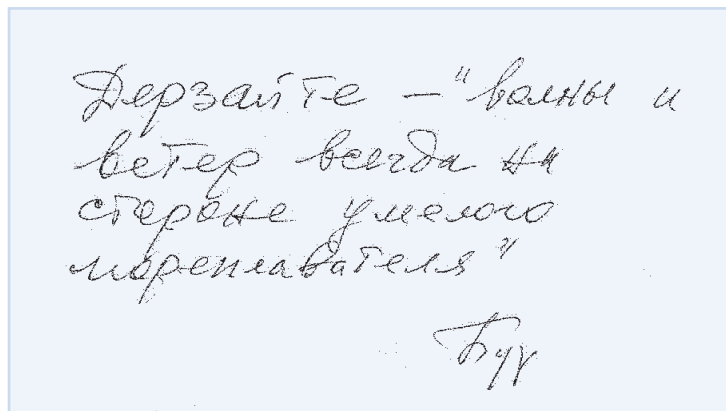
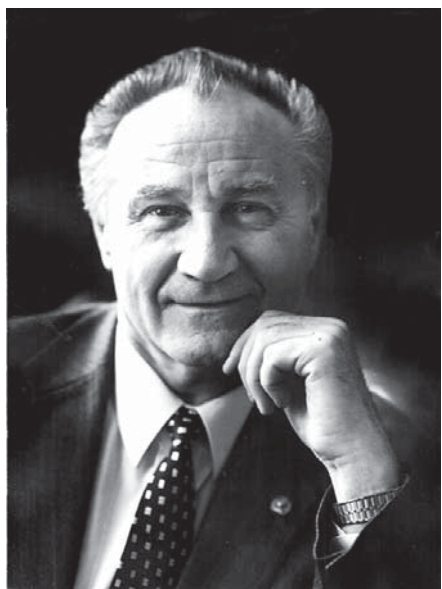
Медицинская наука стала очередным этапом. Я наконец ступил на свою стезю.

– А что, по-вашему, определяет путь в науку? Это вопрос избранности, случай, честолюбие?

– Обстоятельства могут быть разными. Но важнейший момент – обрести своего Учителя. И, конечно, такая черта, как нацеленность. В моём становлении большую роль сыграли профессор Николай Лазарев – известный ленинградский фармаколог, обративший внимание на мои первые, ещё студенческие работы, а также профессор Лев Эберт, руководивший кафедрой микробиологии Челябинского мединститута, где я, вчерашний студент, делал в науке первые шаги. В 60-е годы под руководством этих учёных мы вернулись на Урале большую работу по сопротивляемости организма при заболевании гриппом.

Общение с профессором Эбертом дало понимание, что наука – это целая отрасль, которую надо поднимать. Главное – консолидировать людей и найти общую проблему, чтобы она «завела» всех.

Когда совсем молодым я приехал в Оренбург, на стадионе, который посетил в первые дни,



Академик РАН
Олег БУХАРИН:

Ваши способности и целеустремлённость должны соответствовать поставленным целям

Он любит повторять, что жизнь коротка и надо спешить, что ключ ко всякой науке – это вопросительный знак, а половину успеха определяет чётко поставленная цель. Главному научному сотруднику Института клеточного и внутриклеточного симбиоза Уральского отделения РАН, председателю Оренбургского научного центра УрО РАН, академику РАН, заслуженному деятелю науки РФ Олегу Бухарину исполнилось 80 лет.

Он является крупным специалистом в области медико-биологической науки. Его работы в сфере инфектологии по изучению факторов естественной резистентности организма – лизоциму и бета-лизином – способствовали их использованию в качестве диагностических критериев гомеостаза

увидел транспарант: «Есть желание – будет и успех!» И другой: «Ближе финиш – острее борьба!». Смейтесь, но это действительно стало девизом моей жизни.

– Ваша жизнь складывается из двух периодов. Челябинский стал стартовым. А в оренбургский период ваша карьера учёного достигла расцвета: работа в Оренбургском государственном медицинском институте, создание проблемной научно-исследовательской лаборатории по изучению естественного иммунитета, создание в Оренбурге Института клеточного и внутриклеточного симбиоза УрО РАН, многие годы руководства вами. Но если говорить о самой главной вашей цели и главных успехах?

– Инфекция в изменяющемся мире – вот что составляет мой главный интерес. Меня как медика более всего интересует именно медицинская сторона. Но на сегодняшний день мы перешагнули узкопрофессиональные медицинские рамки и попытались увидеть универсальное явление. Мы ставим новый вопрос, развивая концепцию ассоциативного симбиоза, раскрываем роль микробного фактора и межмикробных взаимоотношений в формировании колонизационной резистентности хозяина. Это имеет универсальный смысл.

Усилия нашего научного коллектива сконцентрированы в области научно-исследовательской работы в рамках изучения новых

стратегических мишеней в борьбе с инфекцией. Используя персистентный потенциал бактериальных патогенов, в качестве мишени удалось расшифровать механизм защитного действия нового препарата «Циклоферон», и этот труд в 2004 г. был отмечен Премией Правительства РФ в области науки и техники.

Выполнена серия фундаментальных исследований ассоциативного симбиоза, где инфекция представлена как трёхвекторная модельная система, и в условиях «доминант – ассоциант» разработан алгоритм микробного распознавания «свой – чужой» на основе экспериментально выявленного оппозитного феномена (усиление/подавление) важнейших физиологических функций выживания микроорганизмов.

Использование симбиотического подхода при изучении инфектологических механизмов способствовало созданию нового направления «Инфекционная симбиология», где инфекция описана в качестве модели системы ассоциативного симбиоза с её трёхвекторной структурой.

Создано два новых пробиотика, разрабатывается система контроля качества коммерческих пробиотических препаратов.

– Микробиология – неопостижимый мир мельчайших организмов. Их не видно, их как бы нет! Но вы всегда говорите о микробах не просто как об одушевлённых, осмысленных существах, но как о сильных

организма и были внедрены в клинические лаборатории медицинских учреждений страны. В последующем он совместно с сотрудниками активно разрабатывал теоретические аспекты и прикладные методы исследования персистентных свойств микроорганизмов.

Результаты исследований систематизированы в 550 научных работах, 25 монографиях, 115 авторских свидетельствах и патентах. Его труды отмечены рядом академических премий, орденами «За заслуги перед Отечеством» IV степени, «Почёта», орденом М.В.Ломоносова, званием «Почётный гражданин России».

Юбилейная дата стала поводом для разговора с учёным о его жизни, победах и научных поисках.

соперниках, битве с которыми не видно конца.

– Так ведь борьба с инфекцией – вечная тема. Все хотят жить – и человек, находящийся на вершине эволюции, и микробы, в невидимом океане которых мы купаемся. А раз микроб не хочет проигрывать, он должен обладать какими-то дополнительными ресурсами. Этими ресурсами и является так называемый персистентный потенциал. Так идёт постоянная дуэль, и завершается она тем, что наряду с альтернативными вариантами «погиб-выжил» устанавливается паритетное равновесие.

Именно длительное сосуществование оказывается наиболее частым вариантом развивающихся событий. Это формы бактерионосительства, хронизация, всевозможные латентные инфекции. Именно этот сценарий представляет максимальный интерес, его-то мы и раскручивали. В конечном итоге удалось наладить методический ключ, найти новые факторы. Выяснилось, что мы радуемся, что у человека есть лизоцим, комплемент, лактоферин, интерферон, но, оказывается, у микроба есть антифакторы, при помощи которых он спокойно инактивирует механизмы нашей защиты. Поистине, на каждого мудреца довольно простоты!

Есть любопытная концепция, и суть её сводится к тому, что микробы живут не по отдельности, как мы себе долгое время представляли, а колониями. Они умеют разговаривать, у них есть

этология, то есть речь идёт о социальном поведении бактерий. Они могут посылать друг другу молекулярные сигналы, например при сигнале опасности замирают и перестают размножаться. Теперь представьте, у человека сепсис, множество микробов в токе крови, и их начинают убивать антибиотиками либо другими антимикробными препаратами. А может быть, подать им ложный сигнал опасности? Мы работали в этом направлении, и есть определённые наработки. Проверяем алкилоксибензолные соединения – химические сигналы, выделенные в Институте микробиологии. Используем в качестве стратегической мишени именно персистентные свойства, и это принципиально новый подход.

Новые знания даются нелегко в любой области науки. Но микромир – особая закрытость. Пока микробиологам не удаётся взломать главный код: как отличить «свой» микроб от «чужого»? Мы нащупали методический ключ: как с помощью самих же микробов по их взаимодействию определить, с кем мы имеем дело. И, конечно, на этом не останавливаемся.

Требуется постоянное напряжение интеллектуальной мысли, чтобы предвидеть, как можно одолеть микробы. Ещё Иван Павлов говорил, что объяснение не есть цель науки. Цель науки – власть. Так вот, регуляция явления, колы ты знаешь механизмы, – это и есть суперзадача, которую нужно реализовать.

– Олег Валерьевич, ваше напутствие молодым учёным и тем, кто стоит перед выбором.

– Чтобы увидеть руку, протянутую судьбой, надо быть готовым к этому. А это значит, что ваши способности и целеустремлённость должны соответствовать поставленным целям. Это важно для преодоления тех многочисленных препятствий, которых всегда оказывается больше, чем предполагается в начале пути.

Но если вы находитесь на своём месте, занимаетесь своим делом, подготовлены к нему и умеете преодолевать сложные повороты судьбы, – что ж, похоже, успеха вам не избежать!

Беседу вела
Наталья ЧЕПУРГИНА,
внешт. корр. «МГ».

Оренбург.

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

Материалы, помеченные знаком , 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 – В.ЗАЙЦЕВА.

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.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-08-00289 Тираж 23 852 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

Благоевещенск (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.