

Особый случай

Возвращение к полноценной жизни

Этот шанс даёт имплантация баклофеновой помпы



В Центральном научно-исследовательском институте травматологии и ортопедии (ЦИТО) им. Н.Н.Приорова прошла уникальная операция по лечению мышечного гипертонуса (спастики) при детском церебральном параличе. Была проведена имплантация баклофеновой помпы и исправление сформировавшихся из-за болезни дефектов.

Операция выполнена врачом высшей категории профессором Александром Яковлевым. Доктор более 20 лет успешно лечит болевые синдромы, двигательные расстройства, острые нарушения мозгового кровообращения и их последствия, выполнил более 3 тыс. операций по установке систем доставки препаратов и

Идёт операция

нейростимуляции. Он долгие годы жил за рубежом, преподавал в одном из медицинских университетов США. А.Яковлев – член Американского общества управления болью, Американского и Международного обществ нейромодуляции (функциональной нейрохирургии). Методика имплантации баклофеновой помпы заключается в введении препарата непосредственно в спинной мозг посредством специального устройства. Резервуар устанавливается под кожу, и из него по катетеру к спинному мозгу вводится лекарство в индивидуально подобранной дозировке. Перед планированием этой операции обязательно проводится баклофеновый тест: в спинной мозг инъекционно вводят

препарат и наблюдают за реакцией. Если спастика снижается, тест считается положительным, и пациент может получить квоту на дорогостоящую операцию (стоимость для государства около 1 млн руб.). Имплантация баклофеновой помпы также применяется для терапии тяжёлой или постинсультной спастики, травм спинного или головного мозга, множественного склероза.

По словам А.Яковлева, такими больными в России никто не занимается. Подобные операции очень сложные. При этом много денег тратится на реанимацию, после которой требуется ещё продолжительная реабилитация.

(Окончание на стр. 2.)

Екатерина ЗАХАРОВА,
заведующая лабораторией
наследственных болезней обмена
веществ Медико-генетического
научного центра РАН,
доктор медицинских наук:

Согласно современным данным, каждый человек является носителем 30-40 вредных и опасных мутаций.

Стр. 7



Андрей ДЕВЯТКИН,
главный инфекционист
Департамента
здравоохранения Москвы,
профессор:

Большинство населения не имеет достаточной информации о первых симптомах тех или иных инфекционных заболеваний.

Стр. 11



Жужанна ЯКАБ,
директор Европейского
регионального бюро ВОЗ:

Несмотря на наличие безопасной, эффективной и недорогостоящей вакцины, корь по-прежнему является одной из основных причин смерти детей во всём мире.

Стр. 12



Перемены

Больница обретает популярность...

Дагестанская республиканская больница восстановительного лечения просто на глазах обретает «новое лицо». В медицинском учреждении провели серьёзный ремонт.

Реконструкции подверглись почти все отделения, обновили оборудование и закупили мебель. Заметно преобразилась и прилегающая к зданию территория. Такие перемены радуют всех. Те, кому приходилось лечиться в больнице ещё несколько лет назад, с благодарностью отмечают эти перемены. И неудивительно, что популярность больницы восстановительного лечения в Махачкале с каждым годом только растёт. По словам главного врача Хаджимурада Малаева, количество пациентов в этом году выросло более чем на 20%. Ежегодно в учреждении курс лечения проходят свыше 4 тыс. человек. Причём поправить здоровье приезжают не только жители республики, но и из соседних регионов.

В основном здесь лечат заболевания опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы. «Всего 15 минут в день электрогрязевой процедуры гарантируют прекрасный клинический эффект паци-

ентам, страдающим несколькими десятками болезней», – отмечает главный врач и добавляет, что медицинская и лекарственная помощь пациентам в рамках ОМС оказывается бесплатно.

Ещё одной эффективной процедурой, позволяющей укрепить здоровье, по его словам, являются грязевые ванны. «Правда, привозить грязь приходится издалека. И это при том, что больница в своё время была открыта на базе Грязевого озера. Многие годы этот уникальный водоём засыпали строительным мусором, в него стекали канализационные отходы, и теперь водоём практически на грани исчезновения. Тем не менее восстановить здоровье сюда приезжают жители издалека. Но мест не хватает. Стационар рассчитан на 240 коек», – рассказывает он.

Между прочим, Республиканская больница восстановительного лечения является организационно-методическим центром физиотерапевтической службы Дагестана. Больница располагает тремя отделениями: терапевтическим, неврологическим и гинекологическим.

Залина МУРТАЗАЛИЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Махачкала.

Тенденции

Выездная поликлиника в Прикамье

Закончился первый этап работы мультидисциплинарной бригады в северных регионах Пермского края.

Специалисты краевой клинической больницы, кардиодиспансера, онкодиспансера, детской краевой клинической больницы провели приём более 6 тыс. жителей се-

верных, самых удалённых районов Прикамья. Ряд пациентов направлен на лечение в стационар, на дополнительное обследование в межмуниципальные центры и краевые клиники.

Сейчас в практику введено посещение краевыми специалистами и фельдшерско-акушерских пунктов. В составе «медицинского десанта» есть и передвижной флюорограф с

фтизиатрами «на борту». Сотрудники краевого центра «Фтизиопульмонология» обследуют жителей на туберкулёз и дают рекомендации по профилактике этого заболевания.

График передвижения выездной поликлиники расписан до конца года.

Галина ВАСИЛЬЕВА.

МИА Сити!

Пермский край.

Новости

Расширяя возможности
диагностики

В Котласской центральной городской больнице им. святителя Луки (В.Ф.Войно-Ясенецкого) введено в эксплуатацию новое оборудование – два эндоскопических видеокомплекса и аппарат ультразвуковой диагностики. Заведующий эндоскопическим отделением Александр Степанов пояснил, что современная аппаратура имеет широкий спектр возможностей, позволяющих с большей вероятностью выявлять онкологическую и другие виды патологий толстой кишки, желудка и пищевода.

Аппарат ультразвуковой диагностики оснащён датчиками для проведения исследований новорождённым, детям и взрослым. Но главная особенность новинки – мобильность. Переносной аппарат позволяет работать непосредственно в палатах у больного, в реанимации, выезжать в районы для обследования пациентов. Результаты исследований поступают в общую медицинскую автоматизированную систему.

Галина НОВИЦКАЯ.

Республика Коми.

Пациенты выбирают
электронный вариант

В Астраханской области активизировалась выдача электронных больничных листов. Сегодня уже 337 работодателей получили доступ к базе данных электронных листов нетрудоспособности.

Для того чтобы оформить электронный больничный лист, необходимы письменное согласие гражданина и электронная подпись врача. После оформления этого документа работник получает его номер, который он сообщает работодателю. Далее можно отследить историю больничного листа в личном кабинете соцстраха или на портале Госуслуг, а также узнать, как и в какие сроки будет произведён расчёт суммы пособия.

На сегодняшний день медучреждениями области выдано около 150 электронных больничных листов. Это свидетельствует о том, что пациенты выбирают электронный вариант. Такой порядок выдачи листов нетрудоспособности упрощает процедуру оформления документа. К тому же электронный больничный лист значительно облегчает взаимодействие структур. Теперь организациям не надо пересылать друг другу информацию на бумажных носителях, что позволяет сократить время ожидания компенсаций по временной нетрудоспособности.

Анна ЖДАНОВА.

Астраханская область.

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

Особый случай

Возвращение
к полноценной жизни

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Сегодня в ЦИТО есть необходимая аппаратура, чтобы ставить таких детей на ноги. Применение помпы действует точно. Если устройство устанавливается ребёнку в возрасте 6-7 лет, то он мало чем отличается от своих сверстников. У него не возникает деформаций костей, позвоночника, суставов. Дети, ранее страдавшие от осложнений ДЦП, получают возможность учиться, в том числе в высших учебных заведениях, создавать семью, быть социально независимыми.

Как рассказывает профессор, сегодняшней его пациентке 8 лет. Девочка – москвичка, страдала не только от ДЦП, но и от отставания в психическом развитии, отмечалась задержка речи. Всё это понятно. Такие дети с трудом ходят, вяло общаются, поскольку у них спазмированы в том числе мышцы горла, гортани. Но прогноз после операции хороший. Девочка может быстро «добрать» то, что не получила в первые годы жизни.

Такие операции теперь регулярно будут выполняться в ЦИТО. Поскольку дети с ДЦП часто нуждаются в проведении сочетанных вмешательств: исправления нарушений в позвоночнике, деформации суставов.



Один из ответственных моментов операции

– Мне интересно работать в институте, поскольку сюда поступают самые сложные больные, – говорит профессор А.Яковлев. – Мы можем им помочь. А значит, надо это делать не откладывая...

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Проекты

Поликлиники
начнут менять лицо

У них появятся стандарты обслуживания

Есть все основания полагать, что второе рождение даст поликлиникам утверждённый Правительством РФ приоритетный проект «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». Реализация его повысит качество и решит целый ряд проблем всей этой системы, необходимость перезагрузки которой назрела уже давно, считают в Общероссийском народном фронте.

Особенно это важно для тех, кто живёт в сельской местности, так как именно здесь россияне чаще всего остаются в безвыходной ситуации, считает член Центрального штаба ОНФ, координатор Центра по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Государственной думы, заслуженный врач РФ Николай Говорин. По его мнению, реализация нового приоритетного проекта позволит сократить очереди, время записи на приём к врачу и ожидания пациентов у кабинета доктора, сроки прохождения диспансеризации.

Как уже сообщалось, согласно проекту, в 2018-2019 гг. будет реализована его экспериментальная часть, которая предполагает оказание медико-санитарной помощи нового типа соответственно в 155 и 195 медицинских организациях. А к 2022 г. услуги новой модели должны будут предоставлять не менее 4 тыс. организаций.

Кроме того, 50% медицинских организаций в 2018 г. должны будут наладить процедуры реагирования на отклонения от сроков оказания медицинской помощи, установленных программой государственных гарантий. В 2020 г. этот показатель достигнет 75%, в 2022 г. – 95%.

Для реализации проекта будет создана автоматизированная система мониторинга доступности первичной медико-санитарной помощи, которая позволит контролировать оперативность записи на приём к медицинскому специалисту, а также время ожидания приёма при посещении медицинской организации нового типа, подчёркивается в документе.

– Сегодня у нас очень много проблем в оказании медицинской помощи людям именно в первичном звене, – напоминает Н.Говорин. – Граждане жалуются на невозможность записаться к врачу, на очереди в поликлиниках, на некачественную медицинскую помощь. Данный проект позволит реально повысить эффективность оказания медицинской помощи. Особенно это важно для сельских жителей. Если в городе граждане в качестве альтернативы могут воспользоваться помощью частных клиник, то у сельчан такой возможности нет, – подытожил депутат.

Необходимость перезагрузки всей системы медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, сейчас очень актуальна, заметил координатор проекта ОНФ «Народная оценка качества», руководитель Центра «Народная экспертиза» Виктор Рожков. По его словам, утверждённый Правительством РФ проект модели поликлиник по принципу «бережливого производства» в разы повысит эффективность работы лечебных учреждений.



Есть надежда, что вскоре поликлиники будут работать с большей эффективностью

Основные задачи проекта – в 2 раза увеличить время приёма, в 3 раза сократить время записи и ожидания врача у кабинетов, а диспансеризацию и профосмотры организовать на принципах «непрерывного потока пациентов с нормативом времени на приём одного человека».

– Ежедневно в рамках проекта «Народная оценка качества» мы inspectируем поликлиники в разных городах нашей страны. И в большинстве случаев результаты проверок весьма печальны: очереди в регистратуру, на приём к врачу, загруженность узких специалистов, отсутствие грамотной логистики и нерациональное использование площадей, что приводит буквально к человеческой давке в душных коридорах и беготне по кабинетам, – отмечает В.Рожков.

Как показывает опыт рейдов активистов ОНФ, все эти проблемы решаемы без каких-либо

существенных затрат с помощью оптимизации организационных процессов, а главное, компетентного и эффективного управления медучреждением.

– Таких успешных примеров по стране немного. Как будет развиваться и вести медицинский коллектив, зависит, конечно, от главного врача. Но, к сожалению, большинство идёт по пути наименьшего сопротивления, – полагает В.Рожков. – Введение нормативов организации работы и появление стандартов обслуживания, уверен, повысит эффективность работы лечебных учреждений. А закрепление этого процесса законодательно обяжет все поликлиники на деле применять систему «бережливого производства» ресурсов и времени как врачей, так и пациентов.

Константин ШАРЫН.

МИА Cito!

Москва.

Кстати

Комфорт для посетителей

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области издал приказ о внедрении новой модели регистратуры во всех государственных поликлиниках области.

Цель нововведения – повышение качества медицинского обслуживания, создание комфортных условий для пациентов, которые в идеале не должны стоять в очереди к регистратору более 10 минут. Добиться этого позволит ряд структурных преобразований и стандартизация всех приёмно-информационных зон в государственном секторе здравоохранения Кузбасса.

Работа каждой регистратуры будет разделена на несколько блоков. Предусмотрена организация контакт-центра для обслуживания звонков населения, оснащённого многоканальными телефонами с возможностью выхода на внутреннюю телефонную сеть и записью разговоров, хранилища для амбулаторных карт и зоны для общения регистраторов с теми, кто уже пришёл в поликлинику.

Стандартизация затронет широкий спектр вопросов. Начиная с требований к содержанию и оформлению информационных вывесок, заканчивая дресс-кодом регистраторов и обучением их правильным алгоритмам общения с пациентами. Вводится категорический запрет на использование фраз типа «ничем не могу помочь», «я не знаю», «я этим не занимаюсь» и т.п. Кемеровскому областному медицинскому колледжу дано задание организовать цикл обучения по программе «Этико-деонтологические и социально-психологические аспекты профессиональной деятельности медицинских регистраторов».

Особое внимание при внедрении новой модели будет уделено «обратной связи» с пациентами: еженедельный разбор их жалоб и обращений главных врачей станут контролировать лично.

Новая модель регистратуры должна быть внедрена во всех государственных поликлиниках Кузбасса до 10 декабря этого года.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Перспективы

Новые кадры современного здравоохранения

Паспорт приоритетного проекта с таким названием утверждён Правительством РФ.

В пояснительном комментарии говорится: «Ключевая цель – обеспечить отрасль квалифицированными специалистами за счёт внедрения новой процедуры допуска к профессиональной деятельности – аккредитации специалистов – и внедрить систему непрерывного дополнительного профессионального образования врачей с использованием интерактивных образовательных модулей».

Как уже сообщала «МГ», этот проект был рассмотрен на заседании президиума Совета при Президенте России по стратегичес-

кому развитию и приоритетным проектам 26 июля 2017 г.

Срок реализации проекта: с июля 2017 по 2025 г. Он должен позволить сформировать систему непрерывного медицинского образования специалистов и перейти на принципиально новый механизм допуска к профессиональной деятельности – аккредитацию, что должно значительно повысить уровень профессиональных компетенций медицинских работников и обеспечить отрасль квалифицированными специалистами.

В пояснении к документу также говорится, что к 2020 г. 25% специалистов должны получить допуск к профессиональной деятельности через процедуру аккредитации, а в 2025 г. – 100% специалистов. Для этого в 2018 г.

будет обеспечено функционирование 97 аккредитационно-симуляционных центров, в 2019 г. – 105, а в 2025 г. – 114.

Уже в 2017 г. каждый пятый врач будет получать непрерывное дополнительное профессиональное образование с использованием интерактивных образовательных модулей; в 2019 г. их доля должна составить 60%, а в 2025 г. – 99%.

К концу 2019 г. будет разработано 64 актуализированных образовательных стандарта подготовки кадров высшей квалификации по программам ординатуры с учётом требований профессиональных стандартов. В этом году планируется разработать 1000 интерактивных образовательных модулей, включённых в систему непрерывного медицинского образования, в 2019 г. таких модулей должно быть не менее 3 тыс., а в 2025 г. – 5 тыс.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Официально

Проверка по контрольным вопросам

С 1 января 2018 г. при проведении плановых проверок в сфере медицинской деятельности, обращения лекарственных средств и медицинских изделий должны использоваться проверочные листы.

Это требование установлено в Постановлении Правительства РФ № 840 от 14.07.2017 «О внесении изменения в некоторые акты Правительства Российской Федерации в части установления обязанности использования проверочных листов (списка контрольных вопросов) при проведении плановых проверок». Они должны затрагивать вопросы требований, предъявляемых к юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю, соблюдение которых является наиболее значимым с точки зрения недопущения возникновения

угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан.

Росздравнадзор разработал и выставил на общественное обсуждение проекты приказов, которыми устанавливаются формы проверочных листов, используемых ведомством для проведения плановых проверок в сфере медицинской деятельности, обращения лекарственных средств и медицинских изделий:

– проект приказа Росздравнадзора «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении федерального государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств»;

– проект приказа Росздравнадзора «Об утверждении форм

проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля за обращением медицинских изделий»;

– проект приказа Росздравнадзора «Об утверждении форм проверочных листов (списков контрольных вопросов), используемых Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и её территориальными органами при проведении плановых проверок при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

Общественное обсуждение проектов приказов продлится до 14 августа 2017 г.

Соб. инф.

Решения

Гарантированное право пациента

Минздрав России выступил с разъяснениями по поводу срока ожидания медицинской помощи.

Чтобы его установить, 2 года назад Правительством РФ поэтапно впервые были внесены соответствующие корректировки в программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Предельные сроки ожидания разных видов медпомощи обозначены с учётом анализа реальных возможностей

всех 85 регионов страны. Так, например, терапевт должен принять пациента в срок, не превышающий 24 часа с момента обращения, узкий специалист – в течение 2 недель. Лабораторные исследования и большинство инструментальных исследований также должны быть проведены в течение 2 недель. Для таких сложных методов диагностики, как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография, а также для плановой госпитализации установлен предельный

срок ожидания – не более одного месяца.

Если эти сроки нарушаются или если пациент не знает, сколько необходимо ждать того или иного исследования, можно обратиться к страховому представителю – сотруднику страховой медицинской организации, в которой застрахован пациент: обеспечение своевременным оказанием медицинской помощи является его обязанностью.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сити!

Дословно

Пресс-служба Министерства здравоохранения РФ распространила комментарий относительно указанной в докладе Минэкономразвития России информации о повышении смертности населения в стране.

– В 2016 г. значение показателя «Смертность от всех причин (на 1000 населения)» снизилось против значения 2015 г. За 2016 г. удалось сохранить темпы увеличения продолжительности жизни,

Минздрав не согласен с Минэкономразвития России

которая в 2016 г. увеличилась на 0,5 года, а за 5 лет – на 1,6 года, впервые достигнув 72 лет. Смертность снизилась во всех возрастных группах: детей – на 9%, трудоспособного населения – на 6%, старше трудоспособного населения – на 1,4%. Это стало возможным благодаря снижению смертности от всех

основных причин, – говорится в заявлении.

Если отойти от процентов и выразить эту динамику конкретно в людях, то за 2016 г. в России удалось сохранить на 17,5 тыс. жизней больше, чем годом ранее. Устойчивое снижение смертности продолжилось и в нынешнем году.

Соб. инф.

Здоровая жизнь

Сибирь прирастает любителями бега

Более 5500 участников из 23 стран и 36 регионов России вышли на дистанции 28-го Сибирского международного марафона (SIM-2017), который по традиции стартовал в Омске в День города.

Это масштабное зрелищное спортивное событие давно стало символическим в городе на Иртыше, его визитной карточкой. В нём с удовольствием участвуют профессиональные атлеты, обычные любители бега и многочисленные болельщики, сторонники здорового образа жизни. Свои силы на марафоне, трасса которого проходит по многочисленным омским площадям, улицам, проспектам, набережным и мостам, пробуют не только спортсмены из российских городов и весей, но и стран ближнего и дальнего зарубежья. В этом году самой многочисленной командой стали представители Казахстана – 66 человек, из Германии приехали 39 человек. На омский марафон наведались также бегуны из Австрии, Бельгии, Болгарии, Египта, Израиля, Индии, Италии, Кипра, Китая, США, Франции, Чили и других стран. Из российских регионов по количеству участников лидерами оказались Новосибирская область – 127 бегунов, Кемеровская область – 44, Москва – 22. Омскую область представляли 280 атлетов.

Программа очередного Сибирского международного марафона, девизом которого стал слоган «К победе – вместе!», включала не только классическую дистанцию 42 км 195 м и полумарафон – 21,1 км, но и две новые трассы – 10 км и забег для всех желающих на 3 км. Благодаря этому состязание бегунов стало ещё более доступным для любителей спорта, кто ставил своей целью не победу, а участие,

желание получить удовольствие и хороший заряд бодрости.

Борьба за титул чемпионов на главной дистанции была невероятно интересной, напряжённой, ведь в этом массовом мероприятии участвовали и титулованные российские стайеры.

А обладателем золотой медали этого международного марафона стал 30-летний спортсмен, мастер спорта из Краснодара Андрей Лейман. Он преодолел дистанцию в 42 км 195 м за 2 часа 18 минут 58 секунд. Победа в Омске стала его самым значительным достижением на такой дистанции. Нынешняя победа досталась Андрею особенно нелегко. После пересечения финишной черты бегун в буквальном смысле слова упал на асфальт. И это не мудрено: бежать многокилометровую дистанцию в 30-градусную жару под палящим солнцем – серьёзное испытание. Но врачи были рядом и тут же оказали ему помощь. К слову, на марафоне дежурили 5 экипажей городской станции скорой помощи, на протяжении всей трассы были размещены стационарные медпункты, а волонтеры передавали спортсменам бутылки с водой, что называется, на бегу...

За годы своего существования, подчеркнул исполняющий обязанности мэра Омска Сергей Фролов, это спортивное состязание стало исключительно важным для города и региона социальным проектом, направленным на пропаганду и формирование здорового образа жизни.

– Пусть марафон и впредь объединяет людей, стирая границы между странами и континентами! – отметил он.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Санитарная зона

Потанцевали и... отравились



На туристической базе в Кабанском районе Республики Бурятия, где проходил танцевальный фестиваль, по данным регионального Минздрава, отравились почти 80 человек.

«С симптомами отравления на госпитализацию направлены 77 человек, из них 66 детей и 11 взрослых. Состояние пациентов стабильное, угрозы для жизни нет», – гласит сообщение министерства.

В Роспотребнадзоре Бурятии заявили, что в целях установления причин и условий возникновения заболевания были проведены отбор проб пищевой продукции, воды, смывов с объектов внешней среды, обследованы сотрудники пищеблока. Деятельность туристического объекта временно приостановлена, а материалы направлены в суд.

Следственный комитет завёл уголовное дело по факту массового отравления на турбазе. По данным следователей, в медицинские учреждения региона с признаками пищевого отравления обратились несколько десятков человек, которые отдыхали в туристическом комплексе на берегу Байкала, где фестиваль собрал около 300 детей от 12 до 17 лет.

«Возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного частью 1 статьи 238 УК РФ («Предоставление услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей»), – говорится в сообщении Следственного комитета.

Иван ВЕТЛУТИН.
МИА Сити!

Улан-Удэ.

Профилактика

Природа не виновата

Здоровому отдыху детей помешала халатность его организаторов



В столовой всегда должны быть чистота и порядок

В ходе селекторного совещания Роспотребнадзора подведены основные итоги 2-й оздоровительной смены 2017 г.

В её рамках завершили свою работу более 36 тыс. учреждений детского отдыха и оздоровления. В ходе контрольно-надзорных мероприятий Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека установлены факты работы 18 несанкционированных организаций, не входящих в региональные реестры и начавших работу без уведомления органов Роспотребнадзора, где находились 588 детей. По всем им приняты меры административного воздействия в виде приостановления деятельности. Дети вывезены, средства за путёвки возвращены родителям.

По результатам контрольно-надзорных мероприятий должностными лицами ведомства выдано более 15 тыс. предписаний об устранении выявленных в учреждениях отдыха и оздоровления детей и подростков нарушений санитарно-эпидемиологических требований. Всего за такие нарушения составлено более 25 тыс. протоколов об административном правонарушении. Общая сумма наложенных административных штрафов превышает 77 млн руб. На рассмотрение в суд передано 131 дело о привлечении к административной ответственности, из которых судами принято решение о приостановлении деятельности по 42 делам, а по 83 назначено наказание в виде административного штрафа.

В рамках федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора проведено более 24,4 тыс. плановых и внеплановых проверок соблюдения санитарно-эпидемиологических требований к условиям отдыха и оздоровления детей. При этом 93% проверок проведены с лабораторно-инструментальными методами

исследования. Нарушения были выявлены практически в 80% проверенных оздоровительных учреждений. Особое внимание уделялось организации питания, контролю за условиями размещения детей и подростков, материально-техническим оборудованием, организацией водоснабжения. По стране было отобрано и исследовано порядка 113 тыс. проб пищевых продуктов и готовых блюд, более 51 тыс. проб воды по

санитарно-химическим, микробиологическим и паразитологическим показателям.

Селекторное совещание провела руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, в нём приняли участие руководители управлений службы по субъектам РФ и по железнодорожному транспорту, главные врачи центров гигиены и эпидемиологии в регионах.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Кстати

Уходя на парламентские каникулы, Госдума РФ приняла, а Совет Федерации одобрил закон о внесении изменений в статьи 1 и 42 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Этот документ, полагает заместитель председателя Совета Федерации Галина Карелова, позволит ещё больше снизить риск пребывания детей в неподготовленных лагерях.

Вице-спикер напомнила, что новый закон о безопасности детского отдыха, который был инициирован Советом Федерации и стал действовать в 2017 г., предусматривает единую государственную политику в сфере отдыха и оздоровления детей. Палата регионов последовательно работает в этом направлении, закрепляя на законодательном уровне меры, направленные на усиление безопасности детского отдыха.

Новый закон о поправках уточняет и регулирует порядок подготовки детских лагерей к открытию с точки зрения соблюдения ими санитарно-эпидемиологических и гигиенических правил.

— Существуют довольно жёсткие единые санитарно-эпидемиологические нормативы и правила, обязательные для всех юридических организаций и индивидуальных предпринимателей, занимающихся отдыхом и оздоровлением детей, — подчеркнула сенатор. — Но в последние годы лагеря сами определяли свою готовность к работе в этой сфере, а для их проверки должны были быть определённые основания. На практике, по словам Г.Кареловой, безопасность детей в основном зависела от того, насколько добросовестно хозяева лагеря исполняли свои обязанности.

— К сожалению, даже в этом году, несмотря на усиление контроля за деятельностью детских оздоровительных организаций, во многих регионах в лагерях зафиксированы пищевые отравления и вспышки инфекционных заболеваний детей. Новый закон усилит ответственность организаторов детского отдыха за безопасность детей и снизит риск их приёма и пребывания в неподготовленных лагерях, — сказала вице-спикер Совета Федерации.

В соответствии с законом, пояснила Г.Карелова, вводится обязательная предварительная оценка созданных в оздоровительной организации условий, по итогам которой в специальном заключении будет подтверждена степень готовности лагеря к приёму детей. «Иными словами, без такого заключения, выданного территориальными органами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, лагерь начать свою работу не сможет», — заключила Г.Карелова.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Тенденции

В аптеку — с «электронным рецептом»

Компьютерные технологии всё увереннее входят в жизнь омских врачей

С начала действия программного комплекса «Электронный рецепт» (с 2014 г.) с помощью информационных технологий в медицинских учреждениях Омской области выписано около 6 млн рецептов на различные лекарственные препараты, из них более 5,5 млн — для льготных категорий граждан.

За 7 месяцев нынешнего года выписано 875 тыс. электронных рецептов на лекарства, из них для льготников (бесплатных и со скидкой) — более 800 тыс. Имеющиеся в программном комплексе механизмы ускорения процесса выписки рецептов позволяют ежесуточно выписывать до 15 тыс. рецептов. База лекарственных средств содержит примерно 750 международных непатентованных наименований и более 10 тыс. торговых названий.

Как сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, сегодня в программном комплексе «Электронный рецепт» работают более 3,5 тыс. врачей из 82 медицинских организаций, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц и амбулаторий отдалённых сельских поселений, имеющих возможность одновременного доступа к выписке рецептов. Для руководства лечебно-профилактических учреждений разработан отдельный интерфейс мониторинга выписки по каждому врачу и по организации в целом, также реализована возможность составления сводной и расширенной отчётности о деятельности организации.

К слову, в минувшем году была проведена интеграция этой системы с аптечной сетью, осуществ-

ляющей отпуск лекарственных средств по льготным рецептам, благодаря которой сотрудники аптек могут в режиме онлайн отслеживать выписку рецептов на препараты, а врачи лечебных учреждений — факт отпуска «прописанных» препаратов. С прошлого года в аптечную организацию передана информация более чем по 2 млн рецептов.

По мнению специалистов, информационные технологии позволяют значительно сократить время на выписку рецептов, уделив больше внимания пациенту. Подсчитано, чтобы выписать электронный рецепт, врач тратит всего полминуты, тогда как на заполнение традиционной формы рецепта требуется более 3 минут. Так что установленная в лечебно-профилактических учреждениях компьютерная техника, закупленная в ходе реализации программы модернизации здравоохранения Омской области, способствует повышению качества медицинского обслуживания и усилению контроля за выпиской рецептов.

Кроме того, программный комплекс «Электронный рецепт» используется в качестве справочного пособия для врачей, так как он позволяет проводить сопоставление международного непатентованного наименования и торгового названия лекарственных препаратов. По результатам 2-го этапа Всероссийского конкурса «ПРОФ-ИТ.2017» информационная система «Электронный рецепт» вошла в число финалистов в номинации «ИТ в здравоохранении».

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ»

Омск.

Итоги

Чтобы реабилитация была на пользу

Специалисты Свердловской областной наркологической больницы продолжают осуществлять мониторинг выпускников специального курса центра «Урал без наркотиков», осуществляющего медико-социальную реабилитацию зависимых.

Ежеквартально среди пациентов, получивших свидетельство об окончании курса реабилитации, проводится опрос, в ходе которого выясняют состояние выпускников и их нынешнюю деятельность.

По итогам такого опроса во II квартале 2017 г. оказалось, что сейчас 58% выпускников трудоустроены и имеют постоянное место работы, 2% занимаются волонтерской деятельностью в реабилитационных центрах для наркозависимых, 15% заняты поиском работы, 1% получают образование или продолжают обучение. На сегодняшний день курс реабилитации прошли 722 человека.

— На всём протяжении работы центра мы старались держать связь с его выпускниками. Это делается

с целью получения информации об итогах реабилитации, после того как пациент покинет лечебное учреждение, — подчёркивает главный врач областной наркологической больницы Антон Поддубный. — Статистика рассчитывается по показателям трезвости от года до 4 лет. На данный момент среди тех, кто принял участие в опросе, более половины не употребляют алкоголь и наркотические вещества свыше года.

По окончании курса у пациентов есть возможность продолжить реабилитационные мероприятия самостоятельно либо с помощью постлечебной программы. Согласно мониторингу, на данный момент 58% выпускников, принявших участие в опросе, посещают группы самопомощи для наркозависимых в кабинете профилактики наркологических расстройств центра.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

Права подопечных психоневрологических интернатов в России защитят федеральный закон, независимые эксперты и общественники.

Вопрос о нарушениях прав пациентов и медицинских работников психиатрической службы Москвы вследствие внедрения стационарозамещающих технологий рассмотрен на первом рабочем заседании Постоянной комиссии по гражданскому участию в обеспечении права на охрану здоровья Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека.

А Совет Федерации создаёт рабочую группу для подготовки законопроекта о независимой службе защиты прав граждан с психиатрическими расстройствами, проживающих в стационарных организациях. Решение об этом принято на совместном «круглом столе» верхней палаты парламента и Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ по вопросам соблюдения прав человека в психоневрологических интернатах (ПНИ).

– Наибольшую обеспокоенность сегодня вызывает ситуация с соблюдением прав человека в ПНИ, – говорит первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Коконова. По её словам, их закрытость порождает такие явления, как физическое насилие, суициды, низкое качество медицинской помощи, отказ гражданам в праве на образование, и труд, нарушение имущественных прав.

Л.Коконова напомнила, что членами Совета Федерации и депутатами Государственной Думы РФ был разработан законопроект (известный как законопроект «о распределённой опеке»), направленный на улучшение правового положения людей, проживающих в ПНИ. Проект получил одобрение Правительства РФ и был принят в первом чтении в нижней палате парламента. Законопроектом

Острая тема

Как жить с психиатрическим диагнозом? Этот вопрос всё чаще поднимается в обществе



Конечно, в таких условиях жить нельзя...

устанавливается приоритет исполнения функций опекуна или попечителя перед их исполнением организацией (сейчас единственным опекуном является сам интернат, где проживает гражданин). Расширятся также круг организаций, на которые может быть возложена функция опекуна и попечителя, вводятся требования к этим организациям, расширяется круг лиц, на которых в интересах подопечных может быть возложена функция опеки или попечительства.

Парламентарии, по словам сенатора, ориентированы на то, чтобы в октябре рассмотреть на осенней сессии этот законопроект во втором чтении.

Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации Татьяна Москалькова считает нарушения прав людей в таких учреждениях «не только проблемой здравоохранения и социальной защиты, но и философско-политической проблемой». Федеральный закон о психиатрической помощи

от 1992 г. предусматривает создание независимой пациентской службы, однако эта норма закона до сих пор не исполнена, заметила она. По поручению вице-премьера РФ Ольги Голодец законопроект о независимой пациентской службе был разработан правительством и общественными организациями в 2015 г., однако до сих пор не согласован с Минздравом и не вынесен в Госдуму. Министерство обратилось к Совету Федерации с просьбой взять на себя доработку и согласование законопроекта.

Недавно, кстати, руководитель Синодального отдела по благотворительности, викарий святейшего Патриарха Московского и всея Руси епископ Пантелеимон призвал следственный комитет и прокуратуру провести тщательное расследование ситуации в Трубчевском психоневрологическом интернате Брянской области. Ранее в социальных сетях была распространена информация о том, что подопечных этого учреждения приковывали цепями к койкам и различным конструкциям в наказание за проступки. Священнослужитель напомнил о законодательных решениях, которые необходимо принять для предотвращения нарушений прав людей с психиатрическими диагнозами.

– Я надеюсь, что правоохранительные органы изучат эту ситуацию и примут адекватные меры. – К сожалению, нарушения

прав людей, живущих в ПНИ, происходят постоянно, и не только в Брянской области. Эта ситуация ещё раз показывает, как сильно назрела реформа этой службы в нашей стране. Церковь видит в каждом человеке образ Божий и призывает относиться к ним с уважением и любовью. Тем более в нашей заботе нуждаются люди, страдающие от различных заболеваний. Многие жители ПНИ вообще не выходят на улицу. У них часто совсем никого нет – ни родных, ни друзей. Можно сказать, это самые незащищенные люди в нашей стране, – заявил епископ Пантелеимон.

Русская православная церковь помогает проживающим в ПНИ людям. В различных интернатах России трудятся добровольцы и сестры милосердия. В частности, в рамках одного из проектов православной службы «Милосердие» с 2000 г. сестры милосердия и добровольцы трудятся в 2 отделениях ПНИ № 11 Москвы, где помогают ухаживать за пациентами, занимаются их реабилитацией, проводят творческие занятия.

В настоящее время в России работают 523 психоневрологических интерната и 127 детских домов-интернатов психоневрологического профиля. В них живут, соответственно, более 150 тыс. и около 20 тыс. человек.

**Константин БЕЗНЕГ.
МИА Сити!**

В центре внимания

Откуда деньги, доктор?

Главных врачей заставят раскрывать структуру своего дохода

Ситуация с декларированием доходов руководителей медучреждений улучшилась, но разрыв в доходах главных врачей и зарплатах рядовых медработников продолжает расти. Такие выводы сделали эксперты Общероссийского народного фронта, проанализировав 85 сайтов региональных департаментов и министерств здравоохранения и данные Росстата. Эксперты ОНФ предлагают сделать обязательным раскрытие структуры доходов главных врачей для обеспечения их прозрачности.

Итоги проведенного ОНФ исследования свидетельствуют о значительном прогрессе в соблюдении антикоррупционного законодательства в регионах. Сведения о доходах руководителей медучреждений за 2016 г. на сайтах региональных департаментов здравоохранения разместили 84 субъекта РФ (главные врачи Республики Северная Осетия – Алания обнародовали свои декларации не на сайтах госорганов, а на сайтах медучреждений, где они работают, при этом не на всех). Для сравнения – за 2015 г. данные о доходах руководителей медучреждений не обнародовали 6 регионов, за 2014 г. – почти 40.

Эксперты ОНФ также сравнили доходы руководителей медучреждений и зарплаты медработников. По итогам 2016 г. был поставлен новый рекорд: в Республике Татарстан доход главного врача Республиканской стоматологической поликлиники Министерства здравоохранения составил 71,6 млн руб., что в 225 раз больше среднегодовой зарплаты медицинского персонала в регионе, которая составила 318 тыс. руб.

Самый же большой доход в среднем имеют руководители медицинских учреждений в Москве: более 400 тыс. руб. в месяц. Однако разница между доходами московских главных врачей и зарплатами рядового медперсонала не такая большая, как в регионах-рекордсменах. Самый крупный годовой доход в столице эксперты ОНФ зафиксировали у главного врача городской клинической больницы № 4 – 26,7 млн. Это в 37 раз больше, чем зарабатывает в столице обычный врач (в среднем около 718 тыс. руб. в год).

Доход, а не заработная плата главных врачей был взят для сравнения в связи с тем, что в опубликованных на сайтах декларациях приводятся цифры итогового дохода руководителя медучреждения без конкретизации, из чего он складыва-

ется. В доход может входить не только заработная плата, но и средства, полученные от научной, преподавательской и другой деятельности, а также от продажи имущества, процентов по акциям, сдачи в аренду квартир и пр.

– Доходы главных врачей растут с колоссальной скоростью по сравнению с зарплатами рядовых медработников. Важно, чтобы руководство медучреждений в первую очередь думало о том, как повысить зарплату своему медперсоналу – врачам, медсёстрам, санитарам. Ведь для того, чтобы выжить, им порой приходится совмещать несколько ставок, брать дополнительные дежурства, а это приводит к увеличению нагрузки на специалистов, а значит, растёт риск врачебной ошибки, падает качество медуслуг. ОНФ и дальше будет настаивать на устранении диспропорции в оплате труда медработников, пока соответствующее поручение Президента РФ не будет выполнено, – подчеркнул член Центрального штаба ОНФ депутат Госдумы Николай Говорин.

Кроме того, для обеспечения большей прозрачности доходов и всестороннего общественного контроля необходимо полностью раскрывать в

опубликованных декларациях структуру дохода, конкретизируя – какую долю составляет заработная плата главного врача и имеются ли какие-то дополнительные источники дохода, считает Н.Говорин.

Напомним, поручение устранить существенную разницу в оплате труда главных врачей и основного персонала больницы Президент России лидер ОНФ Владимир Путин дал после того, как в сентябре 2015 г. эту проблему подняли участники форума ОНФ по здравоохранению. По их мнению, устранение этой диспропорции способствовало бы реальному повышению заработной платы среди медработников. В прошлом году после критики ОНФ были приняты поправки в Трудовой кодекс РФ, устанавливающие соотношение зарплат руководителей и рядовых сотрудников медучреждений. За основу был взят уже закреплённый в законодательстве предельный уровень соотношения от одного до восьми, установленный для руководителей и работников федеральных госучреждений.

**Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Сити!**

Москва.

Инициатива

Медсанчасть Смоленской АЭС, что в городе Десногорске, первой в регионе стала выдавать электронные листки нетрудоспособности. И это неудивительно: здесь, где живут атомщики, практически все предприятия и организации благодаря высокой электронной грамотности сотрудников готовы работать с программным обеспечением, которое в связи с нововведением предлагает Фонд социального страхования РФ. Наиболее крупные из них уже заявили об участии в проекте.

Атомщики подают пример

В областном центре бюллетени нового формата выдаёт пока только поликлиника № 2; с октября это начнут делать поликлиники № 1 и № 6 и областная клиническая больница, в райцентрах – Сафоновская и Рославльская ЦРБ. А примеру Смоленской АЭС – принимать электронные больничные – готовы последовать бухгалтерии наиболее представительных предприятий города-героя.

Как сообщила корреспонденту «МГ» заместитель Управления смоленским региональным отделением Фонда социального страхования РФ Наталья Понизовцева, есть предварительная договорённость ещё с 50 страхователями об их присоединении к участию в проекте до конца года. В настоящее время отделением заключено соглашение с Департаментом Смоленской области по здравоохранению об информационном взаимодействии по обмену сведениями для формирования наполнения электронного листа нетрудоспособности, создана межведомственная рабочая группа, открыт цикл семинаров как для представителей медорганизаций, так и для страхователей.

Для методической и консультационной помощи в смоленском отделении фонда соцстрахования работают телефоны горячей линии двух видов: первый – для медорганизаций и застрахованных граждан, второй – для страхователей.

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

Смоленская область.

Минздрав России готов обсудить предложение о том, чтобы последовать мировой практике и дать терапевтам право диагностировать и лечить депрессию – об этом стало известно на «круглом столе» в Общественной палате РФ «О перспективных направлениях работы по повышению качества оказания медицинской помощи при наиболее распространённых (тревожно-депрессивных) психических расстройствах».

Нужна адекватная медпомощь в первичном звене

Ссылаясь на статистику, руководитель отдела пограничной психиатрии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии СССР Юрий Александровский сообщил, что до 40% пациентов общих поликлиник имеют невротические расстройства. «В настоящее время в стране отмечается недостаточный охват пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами адекватной медицинской помощью», – отметил в связи с этим Ю.Александровский.

Эксперты связывают это с недостаточной выявляемостью психических расстройств врачами первичного медицинского звена и отсутствием необходимых знаний у работников поликлинического звена в области терапии данных расстройств. Ещё одна причина кроется в противоречиях законодательной базы в отношении возможности осуществления данного вида помощи на базе поликлиник, а также негативный образ психиатрической службы у населения и врачей, что ограничивает использование специализированной психиатрической помощи.

Так называемая стигматизация психиатрической помощи является проблемой всех стран и учитывается экспертами Всемирной организации здравоохранения в «Европейском плане действий по охране психического здоровья».

– По оценкам ВОЗ, каждый год психические нарушения, самыми распространёнными из которых являются депрессия и тревожные расстройства, поражают более одной трети населения. Для подавляющего большинства людей с нарушениями психического здоровья точкой первого обращения являются учреждения первичной медико-санитарной помощи, – подчеркнул член Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения профессор Георгий Костюк. Главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы предложил в соответствии с мировым опытом дать участковым терапевтам право диагностировать и лечить депрессию.

Ситуация

Если тревожно на душе...

Участковым терапевтам могут дать право диагностировать и лечить депрессию

– Это не стремление перенаправить потоки на врачей общей практики, – сказал он. – Наоборот, это попытка легитимизировать существующие обращения пациентов и гарантировать им оказание квалифицированной помощи уже на ранних стадиях заболевания. В целях повышения качества оказания психиатрической помощи можно рассмотреть законодательное закрепление прав диагностики и лечения этой группы психических расстройств в звене первичной медико-санитарной помощи, то есть участковыми терапевтами, врачами общей практики.

Конечно, вначале они должны будут пройти соответствующую подготовку. «Необходимо внесение изменений в квалификационные требования к специалистам первичной медико-санитарной помощи, добавление положений, касающихся владения навыками диагностики и лечения этой группы расстройств, а также показаний для направления в звено специализированной медицинской помощи», – считает Г.Костюк. Он подчеркнул, что право на диагностику и лечение иных психических расстройств должно остаться за психиатрами.

Требует обсуждения в медицинском сообществе

Минздрав России готов обсудить это предложение, заявила помощник министра здравоохранения Российской Федерации Ирина Андреева. «На мой взгляд, то, что вы сказали, в профессиональном сообществе необходимо обсудить. Нужно обобщить весь тот опыт, который есть, выработать какие-то общие предложения более широко – с участием не только психиатрического сообщества, но и главных специалистов по психиатрии, общей и поликлинической практике и выработать такие предложения по внесению изменений и дополнений в закон о психиатрической помощи. Необходимо выработать единое мнение», – сказала представитель Минздрава.

Член Комиссии Общественной палаты РФ по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения генеральный директор Центра медицинской профилактики ГАЗ, главный врач Валентина Цывова, в свою очередь, отметила, что этой работой также могли бы заниматься и неврологи. «Почему у нас сейчас не хватает неврологов, и они сами не хотят этим заниматься? Да потому что мы немного извратили



Главное – научиться слышать пациента

систему ОМС. В итоге главным врачам стало невыгодно содержать большой штат узких специалистов», – сказала В.Цывова.

В целях повышения качества оказания психиатрической помощи населению участники «круглого стола» заявили о необходимости

внести изменения в закон о психиатрической помощи. Предложено включить в этот законодательный акт понятие «диагноз, не влекущий социально-правовых ограничений», с отнесением к этой категории наиболее распространённых тревожно-депрессивных психических расстройств.

Необходимо также внести изменения в Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» и ввести эту группу расстройств в тариф подушевого финансирования. Надо также создать учебные программы для работников первичного звена здравоохранения по вопросам диагностики и лечения, включая медикаментозную терапию, а также показаний к направлению пациентов с нарушениями психического здоровья для получения специализированной помощи.

По прогнозам ВОЗ, депрессия в 2020 г. станет второй после сердечно-сосудистых заболеваний наиболее частой причиной нетрудоспособности среди населения. Также отмечается высокий уровень коморбидности между соматическими заболеваниями и тревожно-депрессивными расстройствами.

Константин ШЕГЛОВ, обозреватель «МГ».

Кстати

За склонение к суицидам будут лишать свободы до 15 лет. Такое наказание предусмотрено Федеральным законом № 227519-7 «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации» (в части усиления ответственности за склонение к совершению самоубийства). Законодательный акт принят на заключительном пленарном заседании перед парламентскими каникулами Государственной Думы РФ и одобрен Советом Федерации.

Как отметил один из авторов проекта закона, председатель Комитета Госдумы РФ по безопасности и противодействию коррупции Василий Пискарев, «это решение – консолидированная позиция всех фракций нижней палаты Парламента России, которая, безусловно, найдёт поддержку и в российском обществе». – Подобное единение подчёркивает острую необходимость принятых мер, главным образом, нацеленных на защиту жизни и здоровья граждан, в том числе и детей, от преступной практики побуждения к суицидам, – подчеркнул депутат. – Мы также надеемся, что повышение срока лишения свободы за такие преступления до 15 лет станет одним из факторов, способствующих уменьшению количества деструктивных групп, призывающих к суицидальному поведению, и впоследствии приведёт к полному прекращению их деятельности.

Парламентарий считает справедливым, что «не только за склонение к суицидам, но и за саму организацию подобной деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства, должна

быть установлена такая же ответственность, как за умышленное убийство». Кроме того, В.Пискарев убеждён, что «жесткие сроки наказания станут эффективной профилактической мерой и уроком для преступников».

Законом устанавливается ответственность за склонение к суициду, повлёкшему смерть, или покушение на самоубийство в размере от 5 до 10 лет лишения свободы (в настоящее время максимум 5 лет). При этом если в результате подобных действий погиб несовершеннолетний либо лицо, заведомо для виновного находящееся в беспомощном состоянии либо в материальной или иной зависимости от виновного, либо женщины, заведомо для виновного находящейся в состоянии беременности, то наказание увеличивается до 12 лет лишения свободы (сейчас – до 6 лет).

Если эти же деяния повлекли смерть двух и более человек, преступник получит от 8 до 15 лет лишения свободы.

Также увеличивается наказание за организацию деятельности, направленной на побуждение к совершению самоубийства через распространение информации о способах самоубийства. За такое преступление срок лишения свободы составит от 5 до 10 лет. В случае, если такие призывы будут совершены посредством сети Интернет или средств массовой информации, то срок лишения свободы составит от 5 до 15 лет (сейчас до 6 лет).

Соб. инф.

Конкурсы

В северодвинской Центральной медико-санитарной части (ЦМСЧ) № 58 ФМБА России подведены итоги конкурса, приуроченного к празднованию её 75-летия среди врачей на звание «Лучший молодой специалист».

Его цель – не только поддержка стремления молодых специалистов к профессиональному росту и мастерству, повышение престижа врача, но и закрепление молодых кадров в учреждении.

– Благодаря участию в конкурсе я смог объективно оценить результаты своей работы и личный вклад в многогранную деятельность нашего отделения рентгенохирургических методов диагностики и лечения, – говорит хирург Вадим Березин, занявший 1-е место.

По мнению специалиста, уровень профессиональных знаний и совершенствованию мастерства способствует постоянная учёба

Лучшие среди молодых

Что показало необычное врачебное соревнование

медиков ЦМСЧ. Бывая неоднократно на общероссийских научно-практических конференциях в Москве и дважды принимая участие в общероссийской школе молодых специалистов – рентгенохирургов (Суздаль), Березин уверен, что для врача сверхважно находиться в курсе всех новых достижений и передовых медицинских технологий. «Главное, суметь максимально использовать полученные знания во благо пациентов», – считает он, и с ним в этом плане солидарны его коллеги, призёры конкурса: нейрохирург травматологического отделения медсанчасти Михаил Плылов (2-е место) и кардиолог

кардиологического отделения ЦМСЧ Анна Волова (3-е место).

– Конкурс – это тоже своего рода учёба: думаешь, анализируешь, сопоставляя уже выполненное с тем, что предстоит ещё сделать. Внедряя в нашем отделении новые методики и технологии операций, стараемся делать всё зависящее от нас, специалистов, чтобы оказать пациентам качественную медицинскую помощь, в том числе и в сфере нейрохирургии. Я очень люблю свою специальность, затрагивающую все области нервной системы человека. И пусть она по факту считается в медицине одной из самых сложных, зато и самой

интересной, развивающейся и, главное, такой необходимой людям, – сказала М.Плылов.

А вот для кардиолога А.Воловой главный стимул в работе – её родной и дружный коллектив. «Мои коллеги всегда помогут, поддержат и выручат в сложный момент, если что-то пошло вдруг не так», – убеждена Анна. По её словам, она собирается заняться и научной деятельностью. «Что касается практической работы, себе пожелала бы побольше интересных клинических случаев, а в целом сердечного взаимопонимания между медиками и пациентами. Это очень важно в работе кардиолога», – считает она.

Оценивая представленные конкурсантами материалы, куда вошли их отчёты о работе, информация о профессиональной деятельности и владении медицинскими технологиями, полужительные отзывы пациентов, наличие поощрений, как и многие другие документы, подтверждающие талант и мастерство молодых специалистов, члены конкурсной комиссии во главе с её председателем начальником ЦМСЧ Виктором Голубцовым утвердили также победителей в номинации «За профессионализм, стремление защищать жизнь и здоровье пациента». Ими стали: оториноларинголог МСЧ № 2 Анна Долгих и анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии-реанимации № 1 больницы Алексей Клягин.

Светлана БОГОМОЛОВА, внешт. корр. «МГ».

Архангельская область.

Развитие медицинской генетики открывает новые методы исследования и борьбы с заболеваниями, в том числе редкими, которые ранее считались неизлечимыми. Можно ли заранее предугадать и предотвратить развитие наследственных заболеваний? В каких случаях необходима помощь врача-генетика? Об этом и многом другом наш разговор с заведующей лабораторией наследственных болезней обмена веществ Медико-генетического научного центра РАН доктором медицинских наук Екатериной ЗАХАРОВОЙ.

— Каждый человек является носителем энного числа генетических мутаций. В чём причина, что у одних людей развивается заболевание, а у других нет?

— Это действительно так — согласно современным данным, каждый человек является носителем 30-40 вредных и опасных мутаций. Но далеко не всегда у человека, который является носителем мутации, развивается заболевание. Иногда для этого необходимо, чтобы таких мутаций было 2, причём одна должна быть унаследована от матери, а вторая — от отца. Такие болезни называются аутосомно-рецессивными. А иногда достаточно одной мутации (аутосомно-доминантные болезни). В некоторых случаях человек, имеющий такую генетическую поломку, может вообще никогда не заболеть, или проявления болезни у него будут значительно более лёгкими, чем у других членов семьи. На это воздействует много факторов, среди которых и влияние других генов, и внешняя среда.

— Сколько всего в мире насчитывается редких заболеваний?

— Считается, что существует около 7 тыс. редких заболеваний. Но это очень примерная цифра, думаю, что их гораздо больше. Только наследственных заболеваний насчитывается более 6 тыс., и они практически все имеют низкую распространённость в популяциях. А к редким болезням также относят и ряд онкологических, аутоиммунных, инфекционных заболеваний, редкие пороки развития. Кроме того, по мере совершенствования технологий диагностики и медицинских знаний, некоторые, казалось бы, распространённые болезни начинают распадаться на группы и довольно редкие нозологии. Для них даже нет пока отдельного кода в международной классификации болезней (МКБ). Кстати, это одна из причин, почему редкие заболевания не могут подсчитать. Как известно, в системе здравоохранения статистика ведётся именно по кодам МКБ. А если нет кода, то для системы здравоохранения «нет» ни болезни, ни пациентов.

Более того, определение редкого заболевания различается в разных странах. Например, в странах Европы такими принято считать при распространённости 1 на 2 тыс. населения, а в России 1 на 10 тыс. Но бывает ещё и так, что заболевание в одной стране считается очень редким, а в другой — распространённым. Эти различия обусловлены разными факторами, которые определяют так называемый генетический груз популяции: история народа, климатические условия, традиции. Существует даже отдельный раздел в генетике, изучающий эти особенности, — популяционная генетика.

— В каких случаях консультация врача-генетика обязательна? Насколько важно вовремя «поймать» заболевание?

— Есть ряд чётких критериев, когда семье рекомендуют получить консультацию врача-генетика, например в случае наследственного заболевания в семье. Врач сможет рассчитать все риски и успокоить родителей или предложить им варианты снижения генетического риска: пренатальная диагностика, применение донорских клеток, преимплантационной диагностики.

Авторитетное мнение

Диагностическое путешествие

О генетических мутациях, наследственных заболеваниях и «сложных вопросах» персональной геномики



Хорошим примером могут быть Х-сцепленные болезни (гемофилия), при которых женщина является носителем врождённого гена гемофилии, а болеют только мальчики. Но есть много других болезней, при которых диагноз, установленный у одного пациента, позволяет в процессе консультирования и анализа родословной выявить потенциальных носителей и провести для них пренатальную диагностику или установить диагноз ребёнку в этих семьях ещё до начала тяжёлых клинических проявлений, назначить вовремя лечение, что делает прогноз значительно более благоприятным. Например, болезнь Фабри, при которой болеют и женщины, и мужчины, но заболевание намного сильнее выражено у последних.

— Что включает в себя диагностика орфанных заболеваний?

— Прежде всего наличие думающего, небезразличного и высококвалифицированного врача вкупе с хорошо оснащённой лабораторией и опытными специалистами лабораторной диагностики. И, безусловно, большую роль играют сами пациенты и их семьи. От того, насколько они готовы на «диагностическое путешествие», которое может быть очень долгим.

Далеко не всегда удаётся поставить диагноз на первом приёме: нужно проанализировать симптомы болезни, лабораторные данные, внимательно изучить анамнез болезни — это почти искусство. Врач должен помнить, что редкие болезни нередко прячутся за маской частых состояний: инфекций, детского церебрального паралича, эпилепсии — вот далеко неполный перечень «частых» диагнозов, с которыми долго могут наблюдаться такие пациенты. И разглядеть «зебру» среди лошадей врач ещё должен уметь.

— Существенная часть вашей работы — интерпретация полученных результатов. Есть ли сложности в этом плане? Всегда ли подтверждается предполагаемый диагноз?

— Для диагностики наследственных болезней используют так называемые биомаркеры. От специфичности и чувствительности теста для определения этих молекул зависит и сложность интерпретации теста. Например, снижение активности определённого фермента или присутствие субстрата, который в норме практически не определяется.

Но бывают ситуации, когда приходится анализировать данные, которые сложны для однозначной интерпретации. К примеру, при

возможности получать лекарственные препараты в рамках программы «Семь высокозатратных нозологий». Также из средств регионов по законодательству должны выделяться средства на закупку препаратов и лечение. К сожалению, не все регионы справляются с этой задачей, и больным приходится отстаивать свои права через суд. Но ситуация постепенно меняется к лучшему — большинство пациентов лечение всё же получают. Кроме того, всё больше врачей знают о редких заболеваниях, лучше их диагностируют и практически во всех регионах есть опыт лечения мукополисахаридозов, болезни Фабри, нарушений обмена органических кислот и аминокислот. Однако программа «24 нозологий» не охватывает весь перечень болезней, для которых уже есть патогенетическое лечение. Тем, кто находится вне этого списка, приходится очень тяжело. Они вынуждены искать средства для закупки препаратов через благотворительные фонды, обращаться за помощью самостоятельно к неравнодушным людям. Но собирать суммы по несколько десятков тысяч евро в месяц — задача почти невыполнимая.

— Какие на сегодняшний день существуют методы лечения генетических заболеваний?

— Мы живём в потрясающее время. Наследственные болезни — не во всех случаях приговор: диетотерапия, ферментная заместительная терапия, ограничение синтеза субстрата, молекулярные фармакологические шапероны, пересадка печени, трансплантация костного мозга и даже генотерапия приходят на помощь в лечении таких пациентов.

Считается, что лечить наследственные патологии дорого. С одной стороны это действительно так. Для очень редких заболеваний, чтобы разработать, провести клинические испытания и потом создать лекарственное средство, нужны не только самые современные технологии, но и огромные финансовые и временные ресурсы. Но с другой — иногда стоимость терапии составляет «копейки». Приведу такой пример: недостаточность биотинидазы. Болезнь, при которой не хватает в организме витамина Н-биотина, он нужен для работы многих метаболических реакций. Если у ребёнка не работает фермент биотинидаза (из-за мутации в гене), то возникают тяжёлые эпилептические приступы, нарушается зрение и слух. И без лечения такие дети погибают на первом году жизни. А если давать им биотин — практически все клинические проявления болезни исчезают. Стоимость такого лечения вполне подъёмна даже для семейного бюджета.

Надо понимать, что препаратов для лечения редких болезней будет становиться всё больше. К сожалению, это неизбежно приведёт к расстановке определённых приоритетов — какие из них нужно лечить в первую очередь за счёт средств государства. Но это вопрос очень сложный. Никакая математическая формула не поможет, потому что мы прежде всего люди, и сказать семье, для которых новый препарат — это надежда на жизнь и здоровье, что они не вписываются в «критерии», очень непросто...

— Какие действия в России направлены на помощь пациентам, страдающим редкими патологиями? Есть ли различия в подходах в нашей стране и за рубежом?

— В нашей стране больные с редкими заболеваниями имеют

возможность получать лекарственные препараты в рамках программы «Семь высокозатратных нозологий». Также из средств регионов по законодательству должны выделяться средства на закупку препаратов и лечение.

Кроме того, всё больше врачей знают о редких заболеваниях, лучше их диагностируют и практически во всех регионах есть опыт лечения мукополисахаридозов, болезни Фабри, нарушений обмена органических кислот и аминокислот. Однако программа «24 нозологий» не охватывает весь перечень болезней, для которых уже есть патогенетическое лечение. Тем, кто находится вне этого списка, приходится очень тяжело. Они вынуждены искать средства для закупки препаратов через благотворительные фонды, обращаться за помощью самостоятельно к неравнодушным людям. Но собирать суммы по несколько десятков тысяч евро в месяц — задача почти невыполнимая.

Сейчас заболевания, претендующие на включение в этот список, можно пересчитать по пальцам: болезнь Помпе, недостаточность альфа-1-антитрипсина, криопирин-ассоциированные синдромы, идиопатический лёгочный фиброз, тяжёлая семейная гиперхолестеринемия. Препараты уже зарегистрированы, но получить лечение пациентам с данными диагнозами очень сложно. И, конечно, ещё «на подходе» те болезни, для которых препараты уже применяются в мире, но у нас пока не прошли регистрацию — нарушения цикла мочевины, гипопаратиреоз, недостаточность кислой липазы, миопатия Дюшена и спинальная амиотрофия. За этими сложными названиями стоят судьбы конкретных пациентов, которые не теряют надежды, что их тоже будут лечить.

— В последние годы всё более популярным становится геномное секвенирование (так называемый геномный паспорт). Есть ли практическая польза от подобного рода исследований?

— Необходимо чётко разграничить тестирование по медицинским показаниям на наследственные патологии и так называемые тесты на предрасположенность к заболеваниям, или тесты на выявление музыкальных, спортивных и прочих «способностей». В первом случае существуют принятые международным сообществом рекомендации по обработке данных, предоставлению информации и т.д. Если найдена мутация, для которой известна чёткая взаимосвязь с проявлениями болезни, врач может давать какой-то прогноз, рекомендации. А по тестам на предрасположенность очень редко можно что-то сказать однозначно. Пожалуй, одним из исключений являются тестирование на варианты в генах, отвечающих за метаболизм препаратов. В некоторых случаях врач может изменять дозу препарата для пациента в зависимости от его генетических особенностей

или даже совсем его отменить, заменив на другой.

— Насколько оправданным и этичным, на ваш взгляд, является вторжение в естественные процессы? К примеру, преимплантационная диагностика

ЭКО, когда можно заранее отобрать эмбрионы без мутаций, либо использовать донорские половые клетки.

— Непростой вопрос... Думаю, это абсолютно личный выбор семьи, в который никто не имеет права вмешиваться. Врачи могут только предложить варианты и рассказать обо всех возможных рисках. Более того, если заболевание лечится, зачем семье прерывать беременность? Некоторые не согласны на эти процедуры, например по религиозным соображениям. Но ещё раз: все решения, которые принимает семья, — правильные! Медицина должна дать возможность семьям реализовать этот выбор. Сейчас началась определённая полемика, нужно ли давать возможность семьям с наследственными заболеваниями проводить процедуру ЭКО с преимплантационной диагностикой бесплатно. Для семей с бесплодием эта возможность предусмотрена, так как это отвечает приоритетам государственной политики по повышению рождаемости. Но получается, что наши семьи с наследственным заболеванием ограничены в своих правах! На мой взгляд, это несправедливо. Они хотят и имеют право на рождение здоровых детей, и если современные технологии могут им такую возможность предоставить, государство должно им в этом помочь.

— Как сегодня осуществляется скрининг на наследственные заболевания?

— К примеру, неонатальный скрининг, который включает в себя 5 заболеваний (фенилкетонурию, врождённый гипотериоз, муковисцидоз, адреногенитальный синдром и галактоземия), бесплатно проходят все новорождённые в рамках программы госгарантий за счёт средств бюджетов регионов. Также в рамках дополнительно выделенного бюджета можно пройти медико-генетическое консультирование и провести генетические тесты в Москве (Медико-генетический научный центр), Томске (НИИ медицинской генетики).

К сожалению, возможности бесплатного тестирования пока весьма ограничены. Но следует отметить, что в столице действует приказ по селективному скринингу на некоторые наследственные болезни, и пациенты могут пройти это обследование по направлению врачей из поликлиники или больницы совершенно бесплатно. Также такого рода селективный скрининг начинает действовать в Санкт-Петербурге, Уфе, Чеченской Республике.

Специалистов по медицинской генетике в регионах очень мало, они сильно загружены работой и по приёму беременных, и консультациями по результатам неонатального скрининга. Сил и возможностей на всё катастрофически не хватает. Но именно на них держится медико-генетическая служба. Думаю, одна из лучших медицинских служб не только в нашей стране, но и в мире!

Записала
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 56 (2086)

Отравления гептилом

Эксплуатация ракетной техники сопряжена с опасностью поражения личного состава токсичными и агрессивными компонентами ракетных топлив (жидких и твердых). Большую токсикологическую актуальность представляют жидкие топлива. Наиболее распространенным видом жидких топлив являются двухкомпонентные топлива, состоящие из окислителя и горючего. Окислителями являются азотный тетроксид (амил) и азотная кислота, а горючим – несимметричный диметилгидразин (гептил).

Эта композиция является самовоспламеняющейся при контакте компонентов друг с другом, что упрощает систему запуска двигателя и уменьшает опасность взрыва в камере сгорания. При окислении гептила сильными окислителями на основе азотной кислоты (окислитель амил) образуются: диметиламин, тетраметилтетразен, нитрозодиметиламин, метилендиметилгидразин, формальдегид, синильная кислота, окислы азота и другие продукты окисления.

Несимметричный диметилгидразин, или гептил представляет собой бесцветную или слегка желтоватую легколетучую жидкость с резким неприятным «рыбным» запахом. Используется в качестве компонента ракетного топлива. Гигроскопичен, хорошо растворяется в воде, углеводородах, спиртах, эфирах. Гептил является высокоопасным соединением с резко выраженными раздражающими свойствами, его пары раздражают слизистые оболочки глаз и дыхательных путей. Гептил вещество 1-го класса опасности. Предельно допустимая концентрация для атмосферного воздуха населённых мест: максимально разовая 0,001 мг/м³, среднесуточная – 0,001 мг/м³.

Воздействие гептила в концентрации 400 мг/м³ вызывает у человека смертельное отравление. Резкий запах гептила ощущается при его концентрации в воздухе выше 5,0 мг/м³ в первые минуты контакта. В последующем может наступить обонятельная адаптация.

В развитии острых отравлений ведущую роль играет ингаляционный путь поступления, однако значительную токсикологическую опасность представляет попадание гептила на обширные участки тела, так как гептил быстро всасывается через неповреждённую кожу.

Механизм действия и патогенез. Обладает нейротропным, гепатотропным, гемолитическим, раздражающим и кожно-резорбтивным действием. Обладает высокой способностью проникать через неповреждённую кожу. Пары легко проникают через кожу: при хроническом воздействии – опасность отравления через кожу достигает уровня ингаляционной. Также обладает сенсibiliзирующим и иммунодепрессивным действием, является слабым аллергеном. Обладает эмбриотропным и тератогенным действием, что проявляется в снижении массы и размера плодов, анемизации, наличии множественных гематом в области головы и шеи, расширении желудочков мозга. Также характерно мутагенное и канцерогенное действие.

Взаимодействуя с пиридоксальфосфатом (витамином В₆), гептил блокирует процессы переаминирования и декарбоксилирования аминокислот, имеющих важное значение для метаболизма тканей мозга и печени. Это приводит к резкому снижению содержания гамма-аминомасляной кислоты в ткани мозга вследствие торможения её образования из глутаминовой кислоты, в результате чего нарушается соотношение процессов возбуждения и торможения в ЦНС. С указанными нарушениями связаны тяжёлые неврологические расстройства, развивающиеся при отравлении гидразинами, в частности судорожный синдром. Кроме того, гептил угнетает окисление катехоламинов и серотонина, так как является активным ингибитором моноаминоксидазы. Это способствует накоплению нейромедиаторов в биосредах и усилению их физиологического действия. В развитии поражений печени наряду с указанными выше расстройствами значительную роль играют также стимуляция перекисного окисления липидов, подавление антиоксидантной защиты, угнетение синтеза белков и др.

Клиническая картина

Клинические проявления острых ингаляционных отравлений гептилом характеризуются симптомами раздражения верхних дыхательных путей, общемозговыми расстройствами, признаками поражения печени. Выраженность этих проявлений зависит от степени

тяжести интоксикации. В лёгких случаях отравления гептилом появляются резь в глазах, сухость и першение в области зёва, кашель, головная боль, головокружение, тошнота, потливость, общая слабость. Постепенно указанные признаки интоксикации усиливаются, обычно на протяжении первых суток отравления. Объективно отмечаются функциональные изменения состояния ЦНС и вегетосудистая неустойчивость. Указанные явления проходят в течение недели.

Поражения средней степени тяжести протекают с более выраженными симптомами интоксикации. Отмечается рвота, нередко многократная. Возможна кратковременная

Отравления горючими жидкостями

потеря сознания. Повышается температура тела. Развивается токсическая гепатопатия, осложнения в виде бронхита, пневмонии. Длительность течения отравления – 2-4 недели и более.

Тяжёлые отравления гептилом сопровождаются судорожным симптомокомплексом, который обычно развивается через 1,5-2 ч после действия яда. Судороги возникают приступообразно, как правило, на фоне угнетённого сознания. Отмечается многократная рвота, удушье, боли за грудиной. С первых дней развиваются бронхит, бронхолит, пневмония. Возможно развитие отёка лёгких. Через несколько дней появляется желтушность кожи и склер, увеличиваются размеры печени, нарастают проявления общей интоксикации, что свидетельствует о развитии токсической гепатопатии.

Попадание брызг гептила в глаза вызывает боль, блефароспазм, отёк и воспаление конъюнктивы. При попадании на кожу возникает эритематозный дерматит.

Хроническое отравление. Нарушения функции нервной системы, обмена веществ (углеводного, жирового), дефицит витамина В₆, сдвиги в сердечно-сосудистой и эндокринной системах. Изменения в печени (нарушение антитоксической, экскреторной, белковообразовательной функций), нарушение функций мозга, поражение печени и почек.

У людей хроническая интоксикация проявляется в общей слабости, повышенной утомляемости, раздражительности, головных болях, нарушении сна. В ряде случаев – жалобы на боли в области печени, эпигастрии, сердца, сердцебиения. Объективно выявляют: вегетосудистую дистонию, астенический синдром, признаки микроорганического поражения ЦНС. Характерны нарушения функций печени: увеличение количества билирубина в сыворотке крови, нарушение выделительной функции печени. Сравнительно часто отмечаются хронические конъюнктивиты, субатрофические риниты и фарингиты.

Отравления бензинами

Бензины – смесь метановых, нафтеновых ароматических и непредельных углеводородов. Они представляют собой прозрачную, бесцветную или желтоватую легко воспламеняемую жидкость с характерным запахом. Бензины обладают значительной летучестью, кипят при температуре 40-250°C, легко переходят в парообразное состояние. Токсичность бензинов варьирует в зависимости от природы нефти, характера её переработки, входящих в его состав углеводородов, атмосферного давления, температуры. Бензины обладают наркотическим действием, вызывают раздражение слизистых оболочек.

Интересен тот факт, что впервые серия пионерских исследований по токсикологической характеристике кавказских бензинов, явившаяся первой работой по промышленной токсикологии, выполнена в 1916 г. заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии, выдающимся отечественным фармакологом, профессором Николаем Кравковым.

Клиническая картина**Острые интоксикации бензином**

Принято различать 3 степени острого отравления: лёгкую, среднюю и тяжёлую. Острые отравления лёгкой и средней степени развиваются при контакте с концентрациями паров бензина, во много раз превышающими

ми предельно допустимую концентрацию. В первые 1-3 часа возникают головная боль, головокружение, тошнота, слабость, сердцебиение, общая дрожь, чувство давления в области сердца, сухость во рту, иногда рвота.

Характерно внезапное развитие состояния, подобного опьянению с истероподобными реакциями, плачем. В последующем общее возбуждение сменяется сонливостью, вялостью. Больные отмечают неприятное ощущение в горле, иногда кашель, резь в глазах. Первыми признаками острого отравления парами бензина считают ваготонические реакции – понижение температуры тела и артериального давления, замедление пульса. Может определяться приглушённость тонов сердца. Это состояние имеет быстрообратимый характер и полностью проходит через 3-4 дня, не оставляя никаких последствий. При отравлении средней степени тяжести все вышеперечисленные симптомы носят более выраженный и стойкий характер. Могут быть повторные обморочные состояния, мелкие фибриллярные подёргивания мышц конечностей. После такого отравления нередко формируются психовегетативные и астенические синдромы.

При вдыхании высоких концентраций паров бензина выраженные симптомы отравления возникают уже через несколько минут.

Отмечают головную боль, головокружение, неустойчивую походку, возбуждение, делирий. Последний быстро сменяется состоянием угнетения. Наблюдают судороги клонического и тонического характера, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует. Пульс нитевидный, дыхание поверхностное, редкое. Сухожильные рефлексы угнетены или отсутствуют, бради-, тахикардия, резкие колебания артериального давления, чаще – выраженная артериальная гипотензия. Температура тела повышена до 40°C. Возможно развитие токсического геморрагического менингоэнцефалита, бензиновой пневмонии. Тяжёлые острые отравления бензином нередко заканчиваются смертью. После перенесённых тяжёлых острых отравлений бензином описаны энцефалопатии (эпилептиформные и шизофреноподобные синдромы). Бензиновые пневмонии обычно возникают при случайном заглатывании и аспирации бензина. Характерен резкий удушливый кашель, иногда наблюдают кровь в мокроте. Поскольку часть бензина попадает в желудок, одновременно больные отмечают резкую боль в нём. Вследствие резорбции бензина через несколько часов развиваются симптомы общетоксического характера: головокружение, тошнота, чувство опьянения и др.

Спустя 3-6 часов развивается плевропневмония, возникают боли головная и в грудной клетке (чаще справа), затруднённое дыхание, сильный кашель, озноб, который сопровождается повышением температуры до 38-40°C. Через 1-2 дня начинается отделиться мокрота ржавого цвета, нарастает одышка (до 50-60 в минуту). Отмечают цианоз губ, притупление перкуторного звука над поражённым участком лёгкого, дыхание становится бронхиальным, выслушивают крепитацию или мелкопузырчатые влажные хрипы, иногда шум трения плевры. Артериальное давление остаётся нормальным, пульс учащён (до 100-120 в минуту и более). Язык сухой, обложен белым налётом, у некоторых больных определяют болезненность в области эпигастрия и печени. В крови на 2-3-и сутки обнаруживают нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопению, повышенную СОЭ. В моче определяют следы белка и единичные эритроциты. В мокроте могут быть клетки альвеолярного эпителия от 2 до 20, лейкоцитов – 10-12, местами до 20 в поле зрения, у некоторых больных – эритроциты, различные микроорганизмы в небольшом количестве.

При рентгенологическом исследовании уже через 1-2 часа после интоксикации определяют инфильтративное затемнение (пневмонический очаг). Оно локализовано в средней и нижней доле лёгкого (чаще правого). Фокус затемнения, как правило, имеет среднюю интенсивность, расплывчатые контуры и занимает 1-2 сегмента. В правом боковом положении у тени вид гоомогенного треугольника, вершина которого соединена с корнем, а основание прилегает к диафрагме. На 2-3-и сутки затемнение становится более интенсивным, возможно образование дополнительных участков мелкоочаговой пневмонии, бронхолита.

В большинстве случаев наблюдают сравнительно благоприятное течение пневмонии. Клиническое выздоровление наступает на 8-10-е сутки, но рентгенологическая картина нормализуется только на 18-25-е сутки. В тяжёлых случаях возможны осложнения в

виде выпотного плеврита, абсцесса лёгкого, лёгочного кровотечения, тяжёлых двусторонних пневмоний со смертельным исходом. В основе развития бензиновой пневмонии лежит ателектаз средней доли правого лёгкого вследствие закрытия просвета бронха из-за резкого воспалительного набухания слизистой оболочки бронхов от действия бензина. Не исключают, кроме того, и возможность активного бронхоспазма и ожога слизистых оболочек бронхов с последующим их отёком, развитием ателектаза и пневмонии. При попадании бензина в желудок отравление протекает по типу острого гастронтероколита, состояния опьянения и других общетоксических признаков.

Хронические интоксикации бензином

Хронические отравления бензином характеризуются функциональными нарушениями нервной системы. Неспецифический характер заболевания затрудняет своевременную диагностику. Больные жалуются на головокружение, боль головную и в области сердца, расстройства сна, раздражительность, лёгкую утомляемость, похудение, парестезии в конечностях, судороги в икроножных мышцах. При этом диагностируют

функциональные расстройства нервной системы с преобладанием неврастенического или астеновегетативного синдрома. В случае выраженных форм интоксикаций описано развитие токсической энцефалопатии с дизэнцефальными кризами и вегетативно-сенситивным полиневритом. Выраженность неврологических проявлений зависит от степени тяжести интоксикации бензином и сопутствующих заболеваний. Невротические расстройства характеризуются сменой состояния возбуждения и астении, нередко наблюдают истерические или депрессивные реакции. Описаны конъюнктивиты, воспалительные процессы верхних дыхательных путей, бронхиты, бронхиальная астма. Отмечают понижение обоняния вплоть до аносмии. Описаны нерезко выраженные диспепсические расстройства, нарушение функций печени. В крови отмечают умеренную гипохромную анемию, лейкопению с относительным лимфоцитозом, увеличение СОЭ. У женщин нередко происходит нарушение менструальной функции.

Лечение

Первая и доврачебная помощь.

При попадании гептила на кожу или в глаза необходимо немедленно вывести пострадавшего из заражённой зоны, промыть глаза холодной водой и закапать 1%-ный раствор дикаина. Загрязнённые участки кожи следует длительно промывать холодной водой с мылом. При ингаляционном отравлении также необходимо вывести пострадавшего из заражённой зоны. Снять одежду, загрязнённую гептилом или его парами. Промыть водой глаза и нос. Прополоскать рот. Независимо от пути попадания гептила в организм ввести внутривенно (предпочтительно) или внутримышечно 5-10 мл 5%-ного раствора витамина В₆ (пиридоксина), который обладает antidотным действием и купирует проявления судорожного синдрома.

Показана оксигенотерапия аппаратами. При рефлекторной остановке дыхания – искусственное дыхание методом «рот в рот», внутримышечно 2-3 мл 1,5%-ного раствора этимизола и 1-2 мл кордиамина. Если судороги не прекращаются, дополнительно вводят внутримышечно 1 мл 1%-ного раствора феназепама, 2 мл сибазона и 10-20 мл 20%-ного раствора натрия оксидбутирата. Введение пиридоксина повторяют через 2 часа при усилении психомоторного возбуждения и повторных судорогах.

Показано внутривенное введение 10-15 мл 5%-ной аскорбиновой кислоты в 40%-ном растворе глюкозы, а также проведение форсированного диуреза для усиления выведения яда из организма. Возможно применение экстракорпоральной гемосорбции как с целью удаления всосавшегося токсиканта, так и лечения гепатопатии.

Помощь больным при отравлении бензином оказывается по таким же принципам, что и гептилом, но с учётом специфики отравляющего вещества.

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук, профессор.

Дарья БУДАШ,
ассистент кафедры профессиональных
болезней и клинической фармакологии.

**Самарский государственный
медицинский университет.**

Раннее выявление, диагностика, лечение и профилактика рака пищевода в общей врачебной практике

Клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 58 от 09.08.2017.)

Скрининг
Цель скрининга – раннее активное выявление и лечение бессимптомного рака. Необходимо чётко отличать скрининг от ранней диагностики, то есть выявления заболевания у больных, которые сами обратились за медицинской помощью и чаще всего имеют те или иные жалобы и симптомы. В настоящее время методов скрининга рака пищевода не разработано.

Классификация

По клинко-морфологической классификации, принятой в нашей стране в 1956 г., принято различать четыре стадии развития рака пищевода.

I стадия:
Чётко ограниченная небольшая опухоль, прорастающая только слизистый и подслизистый слои, не сузивающая просвет и мало затрудняющая прохождение пищи. Метастазы отсутствуют.

II стадия:
Опухоль или язва, прорастающая мышечный слой, но не выходящая за пределы стенки пищевода, значительно нарушающая проходимость пищевода. Единичные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

III стадия:
Опухоль или язва, занимающая больше полукружности пищевода или циркулярно охватывающая его, прорастающая всю стенку пищевода и клетчатку, спаянная с соседними органами. Проходимость пищевода нарушается значительно или полностью. Множественные метастазы в регионарных лимфатических узлах.

IV стадия:
Опухоль прорастает все слои стенки пищевода, выходит за пределы органа, пенетрирует в близлежащие органы. Имеются конгломераты неподвижных регионарных метастатических узлов и метастазы в отдалённые органы.

TNM – классификация

В переводе с английского **TNM (Tumour, Node, Metastasis)** обозначает «опухоль», «узел», «метастаз». С момента первой редакции эта классификация несколько раз пересматривалась и в настоящее время действует редакция от 1987 г. в модификации Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена (1991):

- T** – характеристика первичной опухоли
- Tis** – преинвазивная карцинома (carcinoma in situ)
- T1** – первичная опухоль, протяжённостью по пищеводу до 3 см
- T2** – опухоль, протяжённостью от 3 до 5 см
- T3** – опухоль, протяжённостью от 5 до 8 см
- T4** – опухоль, протяжённостью более 8 см или переходящая на другой орган
- N** – распространение опухоли на регионарные лимфатические узлы
- N0** – нет признаков поражения регионарных лимфатических узлов
- N1** – одиночный метастаз в регионарный лимфатический узел
- N2** – множественные удалимые метастазы в регионарные лимфатические узлы
- N3** – множественные неудалимые метастазы в регионарные лимфатические узлы:
- «а»** – регионарные лимфатические узлы средостения; **«в»** – регионарные лимфатические узлы брюшной полости.
- M** – отдалённые метастазы
- M0** – нет признаков отдалённых метастазов
- M1** – имеются метастазы в отдалённых лимфатических узлах: **«а»** – удалимые; **«в»** – неудалимые
- M2** – метастазы в другие органы
- P** – глубина инвазии опухолью
- P1** – опухоль прорастает слизистую оболочку
- P2** – опухоль поражает подслизистый слой стенки пищевода
- P3** – опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки пищевода до адвентиции включительно
- P4** – опухоль выходит за пределы стенки пищевода: **«а»** – вращение (прорастание) в соседние органы.

Клиника
Симптомы рака пищевода можно разделить на две группы.

1. Неспецифические симптомы: снижение или отсутствие аппетита, потеря веса: адинамия, утомляемость, слабость, потливость, апатия, похудание, беспричинный субфебрилитет.

2. Специфические для РП:

- первая жалоба больного - ощущение затруднения прохождения грубой пищи по пищеводу (дисфагия). Вначале выражена

не резко, и потому сами больные и врачи не придают ему должного значения, относя его появление к травме пищевода грубым комком пищи или костью. Отличительной особенностью дисфагии при раке являются её постоянный характер и прогрессирующее течение, вплоть до полной непроходимости (даже для воды);

- боли за грудиной или в спине, между лопатками в результате воспаления и изъязвления слизистой оболочки. При последней стадии заболевания боли обусловлены прорастанием опухоли в смежные органы или крупные нервные стволы грудной клетки. В некоторых случаях болевые ощущения опережают появление дисфагии;
- избыточное слюноотделение, скопление слюны над опухолью (при вовлечении в процесс крупных нервов грудной полости);
- осиплость голоса связана с парезом голосовых складок в результате прорастания крупных нервных сплетений грудной полости;
- кашель, надсадный, сухой, иногда может быть с гнойной или кровянистой мокротой, в результате прорастания опухоли бронхов или трахеи.

Диагностика рака пищевода
Указанные симптомы, выраженные даже в самой незначительной степени, должны вызвать самое серьёзное подозрение на наличие рака.

Лабораторные исследования не играют большой роли в распознавании РП, ибо анемия наступает обычно поздно. Скорее, наблюдают ложное повышение содержания гемоглобина за счёт сгущения крови при нарушении питания и обезвоживания больных.

Рентгенологическое исследование пищевода с контрастом, при котором выявляют сужение просвета пищевода с неровными контурами и ригидными, инфильтрированными стенками. Выше сужения пищевод обычно несколько расширен. Иногда степень сужения столь велика, что даже жидкий барий очень тонкой струйкой с трудом проходит в желудок. Этот метод позволяет определить протяжённость опухоли, степень закупорки его просвета пищевода, наличие свищей (затекание контрастной массы в дыхательные пути или мягкие ткани), характер роста опухоли.

Эндоскопическое исследование (фиброгастродуоденоскопия) позволяет визуально выявить опухоль. При этом можно оценить её размеры, характер роста, наличие кровоточивости, изъязвлений, ригидности слизистой оболочки пищевода. Немаловажно и то, что во время фиброгастроскопии можно взять участок опухоли для морфологического исследования (биопсия). Чрезвычайно важной и информативной следует признать процедуру окраски слизистой оболочки пищевода 2%-ным раствором Люголя, которая позволяет выявить либо исключить отсеви на непоражённой первичной опухолью слизистой оболочке. Это в значительной мере может повлиять на хирургическую тактику.

Рентгенологическое и эндоскопическое исследования взаимодополняют друг друга, позволяя провести более полную диагностику.

Фибробронхоскопия, включая ларингоскопию, определяет взаимосвязь первичной опухоли с нижними отделами воздухоносных путей – сдавление трахеи и бронхов извне, а также прорастание опухолью слизистой оболочки данных структур. Это исследование даёт возможность косвенно судить о состоянии регионарного лимфатического аппарата. При необходимости рекомендуется использовать щипцовую и пункционную биопсию, эксцизионную и браширование.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки показаны для выявления метастазов.

Компьютерная томография. Компьютерная томография представляет собой серию снимков-срезов, на которых можно оценить

размеры опухоли, прорастание в соседние органы, наличие увеличенных лимфатических узлов, метастазов в печени и лёгких. Основной целью данного исследования при раке пищевода является оценка его распространённости и наличие метастазов.

В ряде случаев прибегают и к другим методам визуализации: магнитно-резонансной и позитронно-эмиссионной томографии, лапаро- и торакоскопической диагностике.

Основные методы лечения
Для выбора объёма терапии необходимо определить стадию заболевания. Стадирование производится на основании TNM классификации (7-е издание, 2010). Для её осуществления необходимо проанализировать следующие параметры: данные анамнеза и объективного осмотра, клинический и биохимический анализы крови с показателями функции печени, почек, эндоскопическое исследование, КТ, МРТ или УЗИ органов брюшной полости и малого таза, КТ или рентгенографию органов грудной клетки.

Проводятся полихимиотерапия, лучевая терапия, применяются хирургические методы.

Профилактика

Профилактика (канцеропревенция) включает в себя своевременное выявление и адекватное ведение больных с предраковой патологией. При установленном диагнозе пищевода Барретта для выявления дисплазии (потенциально излечимого предракового состояния) и аденокарциномы пищевода следует ежегодно проводить эндоскопические исследования с биопсией на фоне постоянной поддерживающей терапии ингибиторами протонной помпы в стандартной или двойной дозировках. При выявлении дисплазии низкой степени повторную ФГДС с биопсией и гистологическим исследованием биоптата проводят через 3 месяца.

При сохранении дисплазии низкой степени рекомендуется продолжать приём ингибиторов протонной помпы и повторные гистологические исследования через 3 и 6 месяцев. Затем гистологические исследования проводят ежегодно. В случае выявления дисплазии высокой степени назначаются ингибиторы протонной помпы в двойной дозе с параллельной оценкой результата гистологического исследования независимо двумя морфологами. При подтверждении диагноза решается вопрос об эндоскопическом или хирургическом лечении пищевода Барретта.

С целью профилактики плоскоклеточного РП рекомендуется отказ от курения, жевания табака, употребления алкоголя, включение в рацион достаточного количества свежих овощей и фруктов.

Деонтология и онкологическаястороженность в работе врача общей практики

Взаимоотношения врача с онкологическим больным должны строиться на основе внимания и сочувствия в зависимости от категории больных.

Больные с подозрением на рак. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы, вызывающие тревогу. Этих больных следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного новообразования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьёзных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предположительными и нужно проконсультироваться с онкологом.

Больные с установленным диагнозом «рак». Перед врачом общей практики стоит задача подготовить больного к мысли о

возможности операции или другого специального лечения. Система убеждений может строиться по принципу, что и при подозрении на рак может понадобиться оперативное, химиотерапевтическое или лучевое лечение. Сообщить больному, что у него рак, не всегда целесообразно, так как из-за распространённости процесса или сопутствующей патологии лечение в онкологическом диспансере может быть невозможным. Лучше ориентировать больного на то, что окончательное решение о выборе метода лечения будет принято после дополнительного обследования больного в онкологическом учреждении. Информация о факте обращения за медицинской помощью, состоянии здоровья гражданина, диагнозе его заболевания и иные сведения, полученные при его обследовании и лечении, составляют врачебную тайну. Пациенту должна быть подтверждена гарантия конфиденциальности передаваемых им сведений. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в интересах обследования и лечения пациента, для проведения научных исследований, публикаций в научной литературе, использования этих сведений и в иных целях.

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению

Больной понимает необходимость тщательного обследования и лечения, но боязнь операции и других видов специального лечения (лучевого, химиотерапевтического) настораживает пациента и может быть причиной отказа от предлагаемого лечения.

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

- необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;
- реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьёзность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьёзное предположение. Если больного всё-таки не удаётся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддаётся лечению;
- больной пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованны, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства;
- неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется случайными собственными наблюдениями или негативной информацией, полученной от людей, мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет ясен только после микроскопического исследования препарата, и если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;
- боязнь за исход операции может быть обусловлен сопутствующими или перенесёнными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

Ниже приведена таблица основных симптомов, методов первичной диагностики и возможные варианты лечения рака пищевода.

Елена АРТЕМЬЕВА,
доктор медицинских наук, профессор.

Валерия МАЛЕНКОВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Елена БУСАЛАЕВА,
кандидат медицинских наук, доцент.

Кафедра терапии и семейной медицины
Института усовершенствования врачей
Министерства здравоохранения и социального
развития Чувашской Республики.

Симптомы опухолевой патологии	Тактика ведения пациента	Возможные виды специального лечения
Ощущение прохождения пищи по пищеводу Затруднения при глотании К другим часто наблюдаемым симптомам относятся снижение массы тела, боль за грудиной Ухудшение общего самочувствия, слабость	Клинический осмотр и пальпация Рентгенологическое исследование пищевода, желудка, лёгких, средостения Эзофагогастроскопия Гистологическое и цитологическое исследования биоптата Консультация онколога (уточняющая диагностика, при возможности КТ)	Хирургическое Комбинированное комплексное лечение Лучевая терапия Реконструктивно-пластические операции Малоинвазивные видеоэндоскопические операции Фотодинамическая терапия (ФДТ) при I стадии заболевания и противопоказаниях к операции Лечение в специализированном онкологическом стационаре

Одной из основных задач столичной системы здравоохранения на этот год является улучшение помощи пациентам старших возрастных групп с множественными хроническими заболеваниями. На этот же контингент направлена и социальная программа правительства Москвы «Лучшая половина жизни», в рамках которой уделяется большое внимание сохранению здоровья пожилых людей. Их переломный момент жизни усугубляется ещё и тем, что в прямом смысле становится «переломным» для костей и суставов.

В плане оказания данного вида помощи нельзя не остановиться на травматологической службе городской клинической больницы № 13. Не так давно она, первая из всех московских клиник, получила «звезду» на сайте Международного фонда остеопороза (IOF). Всемирной организацией здравоохранения такая честь оказывается только тем клиникам мира, где помощь пожилым пациентам с остеопорозом и сопутствующей травматологической патологией поставлена на самый современный междисциплинарный уровень. Детальными врачебного мастерства, особенно своей работы делится сотрудник этого учреждения, опытный специалист в области ортогериатрии, врач-травматолог высшей категории Леонид ФАРБА.

— Леонид Яковлевич, чем вас привлекала такая весьма «нестандартная» врачебная специальность?

— Так сложилось, что я всю свою профессиональную жизнь занимаюсь травматологией пожилого возраста. Сейчас в мире этот раздел общей травматологии принято называть ортогериатрией. В 2011 г. я прошёл обучение на курсах по травматологии пожилого возраста в Эрфурте в Германии, и вот там-то у меня произошёл переворот в сознании в плане подхода к этой проблеме. Мне на всю жизнь запомнились слова одного профессора: «Если раньше считалось, что пациент с переломом бедра слишком стар, чтобы его оперировать, то теперь мы считаем, что такого пациента просто нельзя не оперировать!» Вот с тех пор уже 6 лет наше отделение, возглавляемое кандидатом медицинских наук Игорем Цыпиным, придерживается современного подхода к лечению пожилых больных с переломами.

— И что же это за подход?

— Главное в травматологии пожилого возраста или ортогериатрии — это междисциплинарный подход к решению клинической задачи. У нас в больнице сформирована такая «команда» — не официальная, конечно, но тем не менее настоящая команда единомышленников, которая понимает, что пожилой больной с переломом — это не проблема, а «вызов» для специалистов, которые должны его спасти. Ведь, по сути, перелом бедра у пожилого человека — это угрожающая жизни ситуация, такая же, как и прободная язва или аппендицит в общей хирургии. Нами сформулированы чёткие протоколы обследования и лечения таких больных. Эти протоколы основываются на опыте лучших мировых клиник. В частности, нами используется модель оказания помощи пожилым пациентам, принятая Британской ассоциацией травматологов-ортопедов.

— В чём суть этих протоколов?

— Главное — это быстрое обследование и оптимизация общесоматического статуса пожилого больного для проведения операции в течение 24-48 часов с момента его поступления в стационар. Мы прекрасно понимаем, что в преклонном возрасте у людей имеется масса сопутствующих болезней, помимо перелома бедра, с которым он поступил к нам в клинику. И, главное, что мы точно знаем, — «вылечить» эти болезни невозможно в принципе, мы можем только оптимизировать пациента для проведения ему щадящей, малоинвазивной операции для стабилизации перелома бедра в случае вертельного перелома

предварительной записи пациентов в режиме значительного ожидания. Особенностью же организации нашей ортопедической службы является то, что она работает буквально по первому обращению, незамедлительно оказывая высокотехнологичную медицинскую помощь по эндопротезированию тазобедренного сустава.

— Суставы можно повредить в любом возрасте. Но какие травмируются чаще всего в пожилом?

— Как показывает статистика, коленные. Не все знают, что

дения артроскопической техникой, которые нарабатаны в клинической практике больницы. Вообще, замена коленного сустава в ортопедическом отделении, перейдя из разряда новых технологий, уже давно стала стандартным процессом, объём которого достигает 500 вмешательств в год. Эту цифру можно было бы уменьшить в разы, если бы люди, страдающие жалобами со стороны коленного сустава, воспользовались услугами травматолога, владеющего артроскопической методикой.

работаем, следуя программе по профилактике повторных переломов. Она проводится под эгидой Международного фонда остеопороза, благодаря которой наша больница позиционируется как клиника с правильным подходом к проблемам переломов на фоне повышенной хрупкости костей. Кстати, это и есть тот самый междисциплинарный подход, о котором мы говорили в начале нашей беседы.

Надо отдать должное, наша больница обладает всем необходимым лабораторно-диа-

Наши интервью

Не так страшен перелом...

Если за эту патологию у людей старшего возраста берутся настоящие мастера своего дела



Пожилым пациентам важно внимание со стороны врача

или для замены тазобедренного сустава в случае перелома шейки бедренной кости.

Между прочим, ортопедическое отделение нашей больницы занимается эндопротезированием тазобедренных суставов в течение 26 лет. В конце 80-х — начале 90-х годов такого типа операции были единичными даже в Москве. А в этом уникальном структурном подразделении, ныне возглавляемом кандидатом медицинских наук врачом высшей категории Халитом Магомедовым, врачи начали системно заниматься эндопротезированием тазобедренного сустава ещё в 1991 г. В настоящее время специалисты ортопедического отделения, все являющиеся кандидатами медицинских наук — а это тоже показатель, — ежегодно выполняют более 500 операций по эндопротезированию тазобедренного сустава, постепенно наращивая объёмы выполнения этих операций. Сегодня стали рутинными даже такие сложные высокотехнологичные операции, как ревизионное эндопротезирование тазобедренного и коленного суставов. Как показывает практика, в большинстве случаев в ряде медицинских учреждений данный вид помощи осуществляется по

устранению внутрисуставных повреждений возможно методом артроскопии. Огромный опыт её применения в нашей больнице позволяет считать эту методику «золотым стандартом» диагностики состояния коленного сустава и безошибочного определения типа внутрисуставного повреждения. Только за последние 2 года в подразделении эндоскопической ортопедии проведено свыше 2 тыс. артроскопических процедур. С 2015 г. на базе нашего травматологического отделения начал выстраивать совершенно новое подразделение малоинвазивной хирургии травматолог кандидат медицинских наук Алик Карпенко, досконально владеющий данной методикой. Ему и его коллегам особенно помогают держать планку высокой квалификации стажировки за рубежом в ведущих клиниках Италии, Дании, Австрии и Венгрии. В этом году планируются поездки в США и Литву к ведущим хирургам, специализирующимся на лечении патологии коленного и плечевого суставов. Такого рода поездки позволяют не только перенять опыт зарубежных коллег, но и, в свою очередь, передать им те тонкости вла-

— Интересно, почему пожилые люди, получив один перелом, как правило, «ломаются» второй и даже третий раз?

— Да, вы правы, у каждого травматолога есть такие постоянные пациенты... Проблема повторных переломов имеет несколько причин. Во-первых, конечно, это низкое качество кости у пожилого больного, ведь остеопороз — это некая эпидемия, охватившая весь мир. Понятно, что к врачам пожилые пациенты не приходят с жалобами на плохое качество кости — остеопороз не болит. А вот тяжелейшие последствия этой болезни в виде переломов — это то, с чем мы сталкиваемся каждый день. По данным ВОЗ, у каждой третьей женщины старше 50 лет и каждого пятого мужчины старше 65 лет случаются в течение жизни один или несколько переломов.

— То есть один такой перелом при отсутствии надлежащей терапии остеопороза обязательно приведёт к следующему перелому?

— Это так называемый каскад переломов, о котором мы и говорим. Совместно с нашим специалистом по остеопорозу, эндокринологом Дилярой Ризиной мы целенаправленно

гностическим арсеналом для выявления остеопороза, а также сопутствующих заболеваний. Мы проводим рентгеновскую денситометрию, оцениваем уровень витамина D, маркёры костной резорбции, а также потребление кальцийсодержащих продуктов.

— Пользуясь моментом, хочу спросить у вас, как специалиста, о роли молока и добавок кальция в пожилом возрасте. Ведь существует множество мифов по поводу увеличения риска мочекаменной болезни и кальцификации сосудов при их употреблении...

— В отличие от витамина D, кальций мы можем в полной мере получить с продуктами питания, в частности из молочных продуктов, где он находится в наиболее биодоступной форме. Вопреки общественному мнению, как раз недостаток кальция в рационе — это и есть фактор риска развития мочекаменной болезни, а отложение солей кальция в стенках сосудов происходит не за счёт дополнительного потребления, а вследствие сложного механизма местного воспаления.

В рамках нашей программы по профилактике повторных переломов и лечению остеопороза планируется в ближайшее время проведение школы здоровья для больных с остеопорозом.

Уже разработана обучающая программа, которая включает в себя помимо теоретической части очень важную практическую составляющую с привлечением врачей ЛФК и проведением «тренинга баланса» в группах. Это поможет повысить осведомлённость пациентов о своём заболевании, уменьшить факторы риска, риск падений. Практика показывает, что пациенты, прошедшие обучение в школах здоровья, меняют образ жизни, более привержены терапии, и соответственно прогноз заболевания у них наиболее благоприятный.

Вообще, главное условие для успешного лечения пожилого пациента — это его приверженность к той тактике, которую разработал для него врач. Кто следует этому плану, самостоятельно не прерывает лечение, доверяет и следует рекомендациям своего доктора, тот заметно повышает качество своей жизни.

Беседу вела
Найля САФИНА,
корр. «МГ».

Москва.

– Андрей Викторович, совсем недавно, в июле нынешнего года, по инициативе ВОЗ отмечался Всемирный день борьбы с гепатитом. Поэтому давайте начнём наш разговор с вопроса об эпидемиологической ситуации по гепатиту в столице. Насколько она изменилась за последние несколько лет?

– В целом эпидемиологическая ситуация с вирусными гепатитами в Москве достаточно спокойная. Наблюдается устойчивая тенденция к снижению количества острых случаев, при этом количество выявленных больных с хроническими гепатитами В и С остаётся стабильным.

Вообще, стоит отметить, что за последние 20 лет кардинально изменилась картина заболеваемости в целом. Если раньше мы в основном имели дело с острым гепатитом с выраженной желтухой и нарушением печёночных функций, то теперь большинство больных переносят острую фазу незаметно, в лёгкой форме, порой даже не подозревая о том, что заразились. Заболевание часто определяют спустя длительное время, часто во время плановых обследований. Доминирует по количеству выявленных случаев хронический гепатит С, случаев гепатита В меньше.

С другой стороны, надо признать, что именно «благодаря» скрытому характеру течения болезни точную картину по количеству больных вирусными гепатитами специалистам получить сложно.

К тому же, если говорить о Москве, то у нас до недавнего времени эти больные наблюдались в разных клиниках и у разных специалистов. Чтобы систематизировать эту работу, в феврале прошлого года приказом Департамента здравоохранения Москвы на базе столичной Инфекционной клинической больницы № 1 был создан Центр по лечению хронических вирусных гепатитов. В его задачи входит ведение учёта заболевших граждан, организация диагностических обследований и проведение противовирусного лечения.

За минувший год в нём было пролечено более 1,5 тыс. больных с хорошим клиническим и вирусологическим эффектом. В нынешнем году программа лечения будет продолжена, планируется пролечить более 2 тыс. человек.

Программа лечения больных хроническими вирусными гепатитами, в рамках которой выделены большие средства на закупку современных противовирусных препаратов, финансируется московским правительством и рассчитана на жителей столицы, имеющих постоянную регистрацию в главном городе нашей страны. В принципе, поскольку центр работает в системе ОМС, обратиться в него может любой гражданин РФ с полисом обязательного медицинского страхования.

– В Москве принята программа развития инфекционной службы. Как проходит её реализация?

– Действительно, в прошлом году была принята «дорожная карта» ремонта-реконструкции всех столичных инфекционных больниц. Она рассчитана на 5 лет, до 2021 г.

Беседы с главными специалистами

Андрей ДЕВЯТКИН:

Инфекционные больницы должны стать универсальными

Это обеспечит максимально эффективное ведение пациентов

Так уж сложилось, что львиная доля усилий клиницистов и организаторов здравоохранения в течение последней четверти века направлена на раннее выявление наиболее распространённых, социально значимых неинфекционных патологий, лидирующих в структуре заболеваемости и смертности населения во всём мире. Парадокс заключается в том, что ресурс, как человеческий, так и материальный, «брошенный» на сражение с неинфекционными заболеваниями, не только приводит к улучшению диагностики и лечения этих болезней, но и к возрастанию количества больных людей. Ведь за лучшей диагностикой следует большее выявление заболеваний. И разорвать этот порочный круг в состоянии только профилактика. Другого не изобретёшь. Непрямые затраты, такие как потеря трудоспособности вследствие приобретённого заболевания и т.д., здесь играют более значимую роль, нежели прямые. Профилактика же существенно помогает в экономии не прямых затрат.

В самом деле, лозунг «Болезнь дешевле предупредить, чем лечить» подойдёт скорее для инфекционных заболеваний, об актуальности которых несколько забыто, в то время как никогда остро стоит проблема резистентности микроорганизмов к анти-



бактериальным препаратам. Наряду с этим учёные всего мира всё чаще склоняются к вирусной природе всевозможной аутоиммунной патологии. Проблема ВИЧ-инфекции и гепатитов лишь наращивает свою актуальность... Да и туберкулёз всё никак не хочет побеждаться целиком и полностью. Одним словом – на инфекционном поприще клинко-социальных проблем не меньше. В частности, современный взгляд на борьбу с инфекционными заболеваниями диктует новый подход к организации работы профильных медицинских стационаров.

О перспективах развития этого направления в столице в интервью «Медицинской газете» рассказал главный специалист по инфекционным болезням Департамента здравоохранения Москвы, главный врач столичной Инфекционной клинической больницы № 1, профессор курса инфекционных болезней кафедры многопрофильной клинической подготовки факультета фундаментальной медицины Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова и профессор кафедры семейной медицины с курсом лабораторной диагностики Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, доктор медицинских наук Андрей ДЕВЯТКИН.

Основная проблема, которая существовала раньше и существует сегодня, – это условия пребывания больных в стационарах. В традиционном понимании инфекционные больницы – это, как правило, отдельно стоящие здания барачного типа, часто не имеющие хорошего диагностического оснащения. Чаще всего лечебные отделения имеют общий туалет для всех пациентов. Это не соответствует ни санитарным требованиям, ни просто современным представлениям о медицинском учреждении независимо от его профиля.

Как известно, инфекционные болезни очень разнообразны, однако до сих пор мы вынуждены госпитализировать инфекционных пациентов со схожей клинической симптоматикой в одно отделение с палатами на несколько человек. В условиях эпидемии, массового поступления больных такая профильная госпитализация, безусловно, объяснима. Однако в неэпидемический период профильные инфекционные отделения, как правило, не могут быть полностью загружены и обеспечить необходимую изоляцию инфекционных больных с разными заболеваниями. Например – отделение кишечных инфекций, 60 коек, общий туалет. При этом зимой таких инфекций практически нет. Получается, что отделение пустует.

Дорожная карта предусматривает ремонт и реконструкцию всех корпусов действующих инфекционных больниц города. Одно из принципиальных нововведений – боксирование всех палат, когда комфортность пребывания в стационаре обеспечивается тем, что в каждой палате предусмотрен санузел,

а число больных не будет превышать 2 человек.

Тем самым мы не только обеспечиваем нормальные условия пребывания, но и можем отказаться от профильности отделений, что никак не скажется на качестве оказываемой медицинской помощи.

В отдельные боксы или отдельные боксированные палаты можно госпитализировать больных с разными инфекционными заболеваниями. Там ведь не только оборудован отдельный санузел, но и проведена соответствующая система вентиляции с использованием защитных фильтров. В новых условиях не нужно будет держать койки «про запас», на случай эпидемии. Инфекционная койка будет более эффективно работать, в том числе и за счёт так называемых разборочных больных, которые требуют дополнительной диагностики из-за неясного диагноза. В случае эпидемии при необходимости мы можем увеличить количество коек в палатах, так что особых организационных и технических проблем в случае увеличения количества пациентов у нас быть не должно.

В рамках дорожной карты, кроме реконструкции ряда имеющихся зданий инфекционных больниц, планируется строительство новых современных корпусов. Например, в нашей больнице планируется построить отдельный корпус для больных с редкими и особо опасными инфекционными заболеваниями с полным обеспечением биологической безопасности, новый лабораторный корпус...

Кроме того, самое главное для нас сегодня – повышение квалификации медицинского персонала, сохранение тра-

диций передачи накопленного опыта молодым специалистам. В Москве эти традиции очень весомы, и мы обязательно это учитываем в своей работе.

– Насколько, с вашей точки зрения, этот подход пригоден для тиражирования в других регионах?

– На мой взгляд, в каждом регионе должна быть хотя бы одна специализированная инфекционная больница. Там, где её нет, инфекционные койки «распылены» по инфекционным отделениям районных, областных или краевых больниц. Между тем в регионах существуют различные природно-очаговые инфекционные болезни (Крымская геморрагическая лихорадка, Астраханский клещевой риккетсиоз, лихорадка Западного Нила, лептоспироз, клещевой вирусный энцефалит, клещевой иксодовый боррелиоз и др.). Нельзя забывать и о возможности завоза необычных инфекций вследствие туризма и трудовой миграции.

К сожалению, большинство населения не имеет достаточной информации о первых симптомах тех или иных инфекционных заболеваний, а также о мерах их профилактики. Эффективно противодействовать всем этим инфекциям можно в том случае, если в каждом регионе будет создана соответствующая специализированная инфекционная больница.

Также, я полагаю, необходимо изучать не только часто встречающиеся, но и редкие экзотические инфекционные болезни. Если у больного непонятная клиническая картина, а стандартные методы диагностики не дают результата, то нужно иметь возможность эти инфекции выявлять и эффективно лечить. Наряду с этим

следует развивать клиническую паразитологию. Вследствие отсутствия квалифицированных специалистов в средствах массовой информации появляются инсинуации о гельминтах и других паразитах, которые никем аргументированно не опровергаются.

К тому же специализированная инфекционная больница – это клиническая база для подготовки высококвалифицированных специалистов.

– Одним из стимулов повышения квалификации докторов различных специальностей стало недавнее решение столичных властей учредить статус «Московский врач»...

– Безусловно, мы поддерживаем это начинание. Оно нам кажется крайне эффективным, потому что в столичном регионе должны работать специалисты высокой профессиональной квалификации. Хотя эта программа пока ещё не коснулась нашей специальности, я уверен, что со временем врачи-инфекционисты города смогут в ней участвовать.

Статус «Московский врач» даёт возможность каждому врачу проявить себя. Это не только более высокая зарплата, но и шанс получить профессиональный, служебный и научный рост. Высокий уровень квалификационных требований к статусу Московского врача является важным критерием, позволяющим судить о достижениях столичного здравоохранения, которое на сегодняшний день по ключевым клинко-социальным показателям лидирует среди других регионов нашей страны.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека зарегистрировала в этом году в России порядка 100 случаев заболевания корью. В то же время Всемирная организация здравоохранения сообщает, что продолжающиеся в Европейском регионе вспышки этой инфекции стали за последние 12 месяцев причиной более 30 случаев смерти.

Трагедии, которых можно было избежать

Самый последний случай – это смерть 6-летнего мальчика в Италии, где с июня 2016 г. зарегистрировано свыше 3,3 тыс. случаев кори и 2 смерти от неё. Ещё в нескольких странах также отмечены вспышки кори. По информации, предоставленной национальными ВОЗ органами общественного здравоохранения, такие вспышки стали причиной 31 случая смерти в Румынии, одного – в Германии и ещё одного – в Португалии.

– Каждый случай смерти или инвалидности в результате этой болезни, предотвратимой с помощью вакцин, – это недопустимая трагедия, – заявила доктор Жужанна Якаб, директор Европейского регионального бюро ВОЗ. – Мы очень обеспокоены тем, что, несмотря на наличие безопасной, эффективной и недорогостоящей вакцины, корь по-прежнему является одной из основных причин смерти детей во всём мире. К сожалению, эта беда не обошла стороной и Европу. Тесное сотрудничество с органами здравоохранения во всех европейских странах, затронутых корью, является приоритетным направлением нашей деятельности в целях контроля за вспышками и поддержания высокого уровня охвата вакцинацией всех групп населения.

Европа вроде успешно продвигается к цели элиминации кори. Согласно оценке Региональной комиссии по верификации элиминации кори и краснухи, проведённой на основе данных за 2015 г., 37 стран добились прерывания эндемичной передачи кори. Однако всё ещё существуют зоны низкого охвата населения иммунизацией, что ведёт к распространению этой крайне контагиозной вирусной инфекции среди тех, кто решил не делать прививку, лишён справедливого доступа к вакцинам или не может защититься от этой болезни при помощи вакцинации ввиду сопутствующих проблем со здоровьем.

Некоторыми странами принимаются ответные меры, такие как проведение медицинского осмотра при поступлении детей в школу, с целью повышения уровней охвата плановой вакцинацией против кори и других болезней. ВОЗ рекомендует получение двух доз вакцины с противокоревым компонентом каждым ребёнком, имеющим право на вакцинацию. ВОЗ также поощряет проведение вакцинации взрослых людей, которые ранее не были вакцинированы в полном объёме или не уверены в своём иммунном статусе.

В соответствии с призывом регионального директора к активизации действий в данной области Румыния провела общенациональную кампанию интенсивной плановой иммунизации. Италия осуществила ряд мер для

контроля за вспышками – таких как уведомление о подозрительных случаях, отслеживание контактов заболевших людей и постконтактная профилактика и вакцинация.

Эксперты Европейского регионального бюро ВОЗ способствовали проведению в конце июня этого года консультации в Риме с ответственными работниками общественного здравоохранения регионального уровня, представителями Итальянского института здоровья (ISS), а также

Они считают, что комбинированная детская вакцина против кори, краснухи и паротита может способствовать развитию аутизма. Хотя этот тезис в научной среде давно признан полностью сфальсифицированным, в силу слабого знакомства жителей США с публикациями в научных журналах число антипрививочников лишь растёт.

Всё больше родителей, которые не дают сделать своим детям такую прививку и готовы даже идти на большие жертвы,

том, что включение в статистику детей младше и старше 11 лет может заметно увеличить итоговые цифры заболеваний в год, констатируют авторы.

В связи с этим они предлагают сделать отказ родителей от вакцинирования их детей на основе личных убеждений незаконным. Правда, не вполне ясно, как это можно сделать на практике: в США законы такого рода нужно принимать на уровне штатов и, как правило, добиться единообразия в законодатель-

Но уже в I квартале 2017 г. эта заболеваемость, по сведениям Ассоциации педиатров-инфекционистов, увеличилась в сравнении с аналогичным периодом прошлого года в 2,9 раза. Было зарегистрировано 43 случая кори, 19 из которых у детей младше 18 лет. И вот теперь дошло уже до 100...

И всё же пока наступление кори удаётся удержать у нас «в границах» благодаря тому, что уровень иммунизации населения против неё составляет 95%. Все

Профилактика

Корь возвращается

Грозит ли России эта инфекция, уносящая сегодня жизни людей рядом с границами нашей страны?



Эпидемиологическая ситуация по заболеванию ухудшается...

сотрудниками лабораторий, занимающихся корью и краснухой. Они решили, какими должны быть дальнейшие стратегии по расширению охвата вакцинацией подростков, взрослых, уязвимых групп населения и работников здравоохранения. Были определены направления деятельности в этой области, включая укрепление эпиднадзора за болезнью и совершенствование методов коммуникации.

Российская Федеральная служба по контролю в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) сообщила об эпидемии кори в 14 странах Европы с начала 2017 г. За указанный период к врачам обратились более 4 тыс. пациентов в Австрии, Румынии, Болгарии, Бельгии, Чехии, Венгрии, Франции, Германии, Швеции, Италии, Португалии, Исландии, Испании и Швейцарии.

Американцы не хотят делать прививки

Антипрививочники поставили США на грань эпидемии кори: число новых заболеваний детей корью может вырасти в этой стране втрое уже в ближайшие годы. К этому приведёт даже небольшое снижение числа вакцинированных детей, показали с помощью моделирования учёные. В связи с расширяющимся движением родителей-антипрививочников это крайне вероятный сценарий уже в ближайшем будущем.

В последние годы в США действительно набирает силу движение антипрививочников.

становится и в странах, разделяющих американские ценности. Например, в Австралии родители 150 тыс. детей отказались от всех детских пособий, которые там выплачивают только тем, кто разрешает прививки. В силу такой принципиальной позиции надеяться на какой-либо прогресс в этой области весьма сложно. Поэтому авторы описываемой работы решили готовиться к худшему и спрогнозировать, к каким последствиям приведёт эта новомодная тенденция.

Исследователи построили модель распространения кори среди лиц 2-11 лет при уровне снижения вакцинации населения от 93% (такой уровень в США сегодня) до 87% (такой он ожидается по опросам, учитывающим распространение антипрививочников). Оказалось, что подобное снижение приведёт к увеличению числа ежегодных новых случаев кори с 48 до 150. Хотя это небольшая цифра, в ряде случаев (поздняя и неверная диагностика) это может привести к осложнениям и гибели ребёнка. Ежегодно в мире от кори гибнет 158 тыс. детей, из них более 99% – в странах, где нет обязательной массовой вакцинации детей.

Результаты своего моделирования исследователи сверили с историческими данными о снижении числа заболевших корью в Великобритании после внедрения там прививок против кори. Модель показала данные, полностью совпадающие с историческими. В связи с этим они считают свои результаты достоверными, хотя, возможно, и несколько заниженными. Дело в

стве сразу полусотни регионов не удаётся.

Россия: пока единичные вспышки...

В разгар отпускного сезона Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека организовала работу Всероссийской горячей линии по туристическим услугам и инфекционным угрозам за рубежом. В каждом субъекте РФ специалисты Роспотребнадзора и сотрудники Центров гигиены и эпидемиологии провели более 3,4 тыс. консультаций, в том числе по вопросам санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу, направленных на недопущение завоза и распространения на территории нашей страны инфекционных болезней. Ежегодно сотрудниками службы здесь досматривается на наличие признаков таких заболеваний порядка 21 млн человек, выявляется более 2 тыс. заболевших, в том числе корью.

В России минимальные уровни этого заболевания были зафиксированы с 2006 по 2010 г. К 2011 г. практически повсеместно в субъектах РФ был достигнут установленный ВОЗ критерий элиминации кори – менее одного случая на миллион населения. Но с 2011 г., когда практически в 2 раза увеличилось число завозных случаев этой инфекции, отмечен рост заболеваемости, пик которого пришёлся на 2014 г. И именно неблагоприятная эпидемиологическая обстановка в зарубежных странах оказала, когда практически в 2 раза увеличилось число завозных случаев этой инфекции, влияние на характер распространения у нас этого заболевания. Пришлось гасить вспышку кори в олимпийском Сочи, в соседней Абхазии в это время полыхал «коревой» пожар. Поэтому были приняты меры по дополнительной иммунизации – прививали детей до 14 лет, подростков старше 14 лет, а впоследствии и тех, кто уже окончил школу.

Эти мероприятия увенчались определённым успехом. С сентября 2014 г. фиксировались единичные случаи и лишь несколько групповых случаев заболевания. Уровень заболеваемости корью в России за 2015 г. снизился почти в 6 раз.

случаи заболевания происходят у тех групп населения, кто по разным причинам отказывался делать прививки.

Но сейчас ситуация стала более напряжённой: в Россию прибывают сотни тысяч мигрантов. Лояльная Европа уже пожинает плоды многочисленных отказов от прививок: после нескольких спокойных лет детей защищать вакциной посчитали необязательным. А в результате корь вернулась, её привезли мигранты из менее благополучных территорий.

Отечественный и зарубежный опыт показывают, что при крайне низкой заболеваемости такой инфекцией и даже при её отсутствии, вакцинопрофилактика должна продолжаться и охватывать не менее 96% детей. В противном случае произойдёт возврат инфекций и возникнут тяжёлые эпидемии, в которые вовлекаются не только дети, но и не болевшие и не привитые взрослые.

Опасность распространения в России кори признаёт и руководитель Роспотребнадзора, главный государственный санитарный врач страны Анна Попова. Несмотря на то, что Евросоюз планировал полностью ликвидировать корь к 2015 г., сделать это не удалось: в прошлом году этой тяжёлой инфекцией заразились в Европе более 30 тыс. человек. «Это много. У нас в России положение лучше – в прошлом году зарегистрировано 2 тыс. заболевших, – констатировала А.Попова. – Но угроза распространения этой инфекции усиливается. Нам крайне важно дополнительно защититься сейчас. Корь – крайне контагиозное заболевание, если человек не привит, если у него нет иммунитета, при контакте с больным он 100% заразится».

«В январе – июне 2017 г. показатель заболеваемости корью составил 0,09 на 100 тыс. населения. Зарегистрировано 127 случаев заболевания», – сообщили в ведомстве. Специалисты полагают, что, несмотря на некоторое количество не привитых детей в России, до эпидемии дело не дойдёт благодаря хорошему коллективному иммунитету. Это сегодня. А завтра?

Иван ВЕТЛУГИН.
МИА Сити!

Вехи

Ничего не помню...

Болезнь Альцгеймера, как правило, поражает пожилых людей. Однако недавно это устоявшееся мнение было разрушено в пух и прах, ведь у шимпанзе обнаружили признаки этого заболевания. Исследователи из США выяснили, что пожилые обезьяны могут иметь некоторые признаки данной болезни. Результаты оказались шокирующими для учёных.

Дело в том, что для постановки такого диагноза требуется целый ряд признаков, которые можно обнаружить в процессе многократных исследований и анализов. Однако даже у шимпанзе смогли выявить подобные признаки. Испытания проводились на 20 образцах погибших от старости обезьян. Ранее на них нельзя было провести исследования из-за угрозы вымирания. Так, в половине изученных образцов были обнаружены признаки болезни Альцгеймера. Однако испытать шимпанзе на познавательные и поведенческие отклонения невозможно из-за того, что они умерли. Поэтому диагностировать заболевание со стопроцентной вероятностью не представляется возможным.

У людей в случае подозрения на болезнь проводится томография мозга. Однако на шимпанзе сделать это невозможно, так как общество по защите прав животных не позволяет проводить подобные процедуры. Наряду с этим американские учёные обнаружили элемент, способный предотвратить развитие болезни Альцгеймера. Давно известно о том, что страшное заболевание развивается вследствие большого количества белка в головном мозге человека, который образуется в организме. Специалисты из Университета Джона Хопкинса в Балтиморе (США) смогли обнаружить фермент Nuak1, который сможет предотвратить появление болезни Альцгеймера. Учёные провели эксперимент на мышах и мухах. В результате лабораторных опытов стало известно, что фермент Nuak1 может предотвращать возникновение и развитие болезни. По словам медиков, с помощью элемента стало возможным предупредить чрезмерное появление вредного белка в мозгу. Опыты, проведённые учёными, относились к поздней стадии заболевания. Эксперты уточнили, что

нужно проводить лечение в том случае, когда болезнь только начинает развиваться и ещё не успела повредить клетки головного мозга. Исследователи доказали, что Nuak1 является действенным элементом в борьбе с болезнью Альцгеймера. Теперь предстоит разработать лекарственный препарат на основе этого фермента, и тогда у людей появится средство для профилактики заболевания. Учёные продолжают работать над созданием средства, которое помогло бы тормозить негативные процессы у тех людей, которые уже больны. Между тем канадские эксперты пришли к выводу, что занятие спортом улучшает память у пожилых людей. Они выяснили, что регулярные занятия спортом способны избавить от проблем с памятью. В исследовании приняли участие около 70 испытуемых в возрасте от 65 лет. Они должны были на протяжении полугода заниматься несложным фитнесом 3 раза в неделю, продолжительность занятий составляет один час. В итоге представители группы, которые занимались спортом с такой периодичностью, показали лучшие результаты в тестировании

функций ментального типа в отличие от тех пожилых людей, кто вовсе не утруждает себя физическими нагрузками. Результаты этого исследования позволили специалистам заявить, что физическая активность отлично сказывается на мозговом кровообращении, устраняя причины, которые вызывают проблемы с памятью. Также эти недуги могут быть вызваны сосудистыми когнитивными нарушениями, на которые приходится в среднем 10% различных зафиксированных случаев. Как известно, нарушения когнитивных функций возникает в большинстве своём в пожилом возрасте. Так, по статистике, ими страдают 15-20% людей преклонного возраста. Причин их возникновения может быть масса, но чаще всего они связаны с дисциркуляторной энцефалопатией. Когнитивные нарушения могут носить как временный характер, так и прогрессировать до болезней Альцгеймера, Паркинсона, сосудистых заболеваний. При возникновении первых симптомов людям советуют обратиться к неврологу, который поставит диагноз и пропишет лечение.

Акценты

Ослабление связей между белками-цитокинами, которые взаимодействуют друг с другом и с клетками иммунитета, может сигнализировать о появлении раковой опухоли в головном мозге за 5 лет до проявления симптомов. К такому выводу пришли учёные Комплексного онкологического центра Университета Огайо (США).

Белковый лабиринт

Ведущий автор работы Джудит Шварцбаум исследовала образцы крови 974 человек, половина из которых в последующие годы получила диагноз «рак мозга». Образцы были получены из Janus Serum Bank (биобанк зарезервирован для исследований рака). Основная часть диагнозов касалась глиомы, которая в среднем выявляется через 3 месяца после появления симптомов, когда уже достигает больших размеров. Симптомы включают в себя головные боли, потерю памяти, изменения личности, ухудшение зрения и трудности с речью. Средняя продолжительность жизни при наиболее распространённом типе глиомы составляет 14 месяцев.

Исследование 277 цитокинов, регулирующих иммунные ответы организма, показало ослабление связей у больных раком мозга за 5 лет до диагностирования этой болезни. Учёные также обнаружили несколько цитокинов, которые играют особенно важную роль в развитии глиомы. Дж.Шварцбаум считает, что эти данные помогут в разработке методик раннего выявления рака и дальнейшего блокирования роста опухоли. «Но прежде предстоит оценить и подтвердить результаты этого исследования», – говорит эксперт.

Ситуация

Зловещий вирус

В одном из официальных отелей чемпионата мира по лёгкой атлетике 2017 в Лондоне, обнаружена вирусная инфекция. В результате 26 атлетов из Украины, Германии, Эстонии и других стран потребовалась медицинская помощь.

Международная ассоциация легкоатлетических федераций (IAAF) заявила, что ситуация с инфекцией находится под контролем. В отеле «зарегистрировано несколько случаев заболевания гастроэнтеритом, все заболевшие получили помощь от персонала команд и медицинских работников оргкомитета турнира», говорится в заявлении IAAF. Кроме того, Международная ассоциация сообщила, что совместно с органами здравоохранения (Public Health England) контролирует ситуацию. «Были предоставлены дополнительные рекомендации врачам команд и вспомогательному персоналу – стандартная процедура для такого случая», – отмечается в сообщении. Начальник отдела спортивных программ Всероссийской федерации лёгкой атлетики Елена Орлова, которая на турнире является официальным представителем нейтральных спортсменов, сообщила, что среди заболевших россиян нет.

Подготовил Ян РИЦКИЙ.

По материалам
oso.edu, Reuters, American Journal
of Human Genetic, CNN,
Daily Mail, BBC.

Здоровая жизнь

Алкогольная полемика

Алкоголь вреден даже в умеренных дозах. Оказалось, что даже дозы, допустимые для здоровья, оказывают пагубное влияние. Так, канадские учёные выяснили, что и умеренное употребление алкоголя вредит здоровью, провоцируя ожирение. Они провели исследование с участием 10 тыс. студентов старших курсов. Всех их попросили в течение года вести дневники, куда они записывали, когда пили спиртное, какие напитки и в каком количестве.

Через год дневники собрали и проанализировали. Оказалось, что примерно 27% студентов напивались не менее раза в месяц, 11% делали это каждую неделю, а примерно 5% – дважды в неделю. Учёные посчитали, сколько килограммов мог бы набрать каждый участник исследования за год, учитывая, какой алкоголь они пьют и как часто. Выяснилось, что те, кто напиваются раз в месяц, за год рискуют набрать 2 кг. Те, кто делает это дважды в неделю, вообще могут набрать 15 кг, так как получают около 114 400 калорий. Конечно, в реальности любители спиртного, как правило, не набирают вес так стремительно, ведь необходимо учитывать и другие факторы. Но, как считают специалисты, тенденция прямой связи между употреблением спиртного даже в умеренных количествах и набором веса чётко прослеживается. В то же время учёные пришли к выводу, что алкоголь может предотвратить развитие диабета. Такое заявление сделали датские учёные, которые проводили научную работу на протяжении 5 лет. Исследованием в данной области заинтересовались научные сотрудники из Национального института здоровья Университета

Южной Дании. Учёные заявили, что алкоголь может уменьшить вероятность образования сахарного диабета 2-го типа. В масштабном исследовании, которое продлилось на протяжении 5 лет, учёные наблюдали за состоянием здоровья и образом жизни 70 тыс. добровольцев. За всё время проведения научной работы только 2 тыс. человек начали болеть диабетом. Остальные были здоровы. В чём же их секрет? Оказалось, что за счёт употребления алкогольных напитков здоровые люди предотвращали развитие сахарного диабета. Только это касается умеренного употребления и к тому же только лёгких напитков, например вина или пива. Алкоголизм же, наоборот, будет только повышать риск заболевания и сделает его развитие более стремительным. Особенно учёные похвалили вино. В нём содержатся полифенолы, которые участвуют в процессе регулирования уровня глюкозы в крови. Отмечается, что здоровые участники эксперимента употребляли данный алкогольный напиток 3 раза в неделю в небольшом количестве. Для мужчин риск заболевания уменьшался на 27%, у женщин – на 32%. И ещё. В проведённых на животных экспериментах учёным из Университета Вандербильта (США) удалось выяснить, что силденафил может предотвращать развитие сахарного диабета. Всё дело в том, что действующее вещество силденафил в ходе метаболических процессов ингибирует фермент PDE5 (фосфодиэстеразу), из-за чего происходит расслабление гладкой мускулатуры, а соответственно улучшается кровоток.

Исследования

Учёные обнаружили ген, мутации в котором, вероятно, ведут к возникновению синдрома Лея. Это может дать возможность для разработки лечения данной болезни, которая на сегодняшний день считается неизлечимой. Ранее не было достоверно известно о причинах её возникновения.

Ген обречённости

Как сообщается, результаты исследования международной группы учёных опубликованы в научном журнале. На основании исследования случаев заболевания 6 детей в разных странах стало ясно, что его причиной может быть ген MRPS34, который кодирует миторибосомный белок. Мутации этого гена приводят к избыточному накоплению РНК в клетках мозга.

Синдром Лея – редкий наследственный нейрометаболический синдром, поражающий центральную нервную систему, в основном болезнь встречается у детей до 2 лет, но бывают случаи заболевания подростков и взрослых. На сегодняшний день болезнь неизлечима. У синдрома множество причин, значительную роль играют мутации генов, связанных с работой митохондрий.

Ракурс

Разрушающий дым материнства

Давно известно, что курение во время беременности может нанести вред ещё не рождённому ребёнку. Теперь же американские учёные установили, что курящая мать является причиной негативных последствий и в подростковом возрасте ребёнка. Это стало дополнительным аргументом для поддерживающих законопроект, который запрещает беременным курение.

Ранее было установлено, что курение матери приводит к преждевременным родам и низкому весу ребёнка. Исследование, проведённое учёными Бостонского университета (США) показало, что 10 сигарет в день во время беременности достаточно для того, чтобы у ребёнка появились проблемы с поведением в подростковом возрасте.

Исследование показало, что курение матери во время беременности нарушает «исполнительное функционирование» ребёнка. Это заключается в его организационных способностях, умении концентрировать внимание, а также управлять своим поведением. По мнению исследователей, эти качества являются важными для успеха как в школе, так и в повседневной жизни. Интересно, что сейчас в США обсуждается законопроект, который запретил бы курение беременным женщинам. Однако противники этого закона считают, что государство не вправе вмешиваться и влиять на вредные привычки граждан. Стоит отметить, что, по данным Всемирной организации здравоохранения, курение убивает 7 млн человек в год.

Выводы

Исследователи из больницы Хьюстон Методист в США нашли новый способ остановить тяжёлое генетическое заболевание – прогерия. Оказалось, что состояние больных гипотетически можно улучшить с помощью веществ, нацеленных не на сам дефектный ген, а на теломеры.

Прогерия – чрезвычайно редкое заболевание. Выделяют детскую тяжёлую форму (синдром Хатчинсона – Гилфорда) и взрослую (синдром Вернера). Согласно результатам исследования, проведённого нидерландскими учёными, прогерией заболевает один ребёнок из 4 млн. В мире было зафиксировано всего около 140 случаев, однако считается, что это лишь половина от общего числа заболевших. Дети с синдромом Хатчинсона – Гилфорда в большинстве случаев не доживают до совершеннолетия.

Причина детской прогерии – случайная мутация в гене LMNA, отвечающего за синтез особого белка – преламина А. Это соединение участвует в формировании внутренней оболочки (ламина) клеточного ядра, которая, в свою очередь, играет важную роль в копировании ДНК и делении клетки. Кроме того, ламина обеспечивает нужный уровень веществ, восстанавливающих повреждённую ДНК. Если LMNA оказывается дефектным, то вместо преламин А формируется его повреж-

Часики тикают

дённый аналог – прогерин. Он не способен стать частью оболочки ядра, что ослабляет её, и она в результате не может оказать ядру необходимую структурную поддержку. Как итог – клетки теряют способность нормально делиться.

Это бьёт по всему детскому организму, вызывая системные нарушения с самого рождения, хотя заболевание могут выявить лишь спустя несколько лет. Больной прогерией часто умирает от осложнений атеросклероза или почечной недостаточности.

Прогерия, однако, не следует полностью отождествлять со старением. Некоторые старческие заболевания не характерны для больных синдромом Хатчинсона – Гилфорда. Пациенты не становятся более восприимчивыми к раку, остеоартриту и не страдают от слабоумия. Однако некоторые патологические изменения (в том числе на молекулярном уровне) сходны с происходящими в организме пожилого человека. При прогерии наблюдается аномальное укорочение теломер, которые защищают гены от повреждений, вызываемых концевой недорепликацией.

Концевая недорепликация – обычное явление при копировании ДНК. Дело в том, что фермент ДНК-полимераза не способен

синтезировать копию ДНК с самого начала. В результате новые хромосомы несколько короче своих предшественников. Это могло бы обернуться катастрофой для клеток, если бы терялись части важных генов, но, к счастью, хромосомы снабжены особыми «колпачками» – теломерами, не несущими никакой важной информации. По мере того как поколения клеток сменяют друг друга, теломеры становятся всё короче. Естественно, этот процесс не может продолжаться бесконечно. В какой-то момент они становятся слишком маленькими, чтобы эффективно защищать важную ДНК от повреждения.

Максимально возможное число делений клеток, которое позволяет длина теломер, называется пределом Хейфлика. Для большинства человеческих клеток оно равно 52. По мере приближения к этому лимиту клетки демонстрируют признаки старения, а после умирают. У клеток, в которых активен фермент теломеразы, теломеры могут удлиняться, что потенциально делает их бессмертными – таковы, например, раковые клетки. Однако связь между укорочением теломер и старением организма как целого остаётся под вопросом. Результаты одних исследований

показывают, что длина теломер и продолжительность жизни не коррелируют между собой. А в работе учёных из Испанского национального института рака было показано, что инъекции гена теломеразы увеличивают продолжительность жизни мышей на 13%.

Поэтому длина теломер, скорее всего, всё же связана со старением организма, но не напрямую. На это также указывают результаты исследования американских учёных. Оказалось, что улучшить состояние клеток с мутацией LMNA можно с помощью теломеразы. К такому выводу специалисты пришли после того, как поместили генетический материал, отвечающий за синтез теломеразы, в клетки, выделенные у больных детей. Эффективность такой терапии была выше ранее существовавшей. Различные маркеры клеточного старения стали менее явными, в том числе уменьшилось количество воспалительных белков, а некоторые маркеры полностью исчезли.

По мнению исследователей, испытания с участием человека могут быть проведены в ближайшие годы. Существующие сегодня методы терапии могут продлить жизнь больных прогерией всего на несколько лет.

Олег КУЗЬМИН.

По информации
Journal of the American
College of Cardiology.

Мнения

Смертельный холестерин

Исследователи оценили риск продолжения приёма статинов после возникновения побочных эффектов.

Статины произвели в своё время настоящую революцию в медицине, снизив смертность от атеросклероза. Однако побочные эффекты от этих препаратов нередко побуждают пациентов прекратить их приём.

Масштабное исследование, проведённое учёными из школы медицины Гарвардского университета, показало, что отказ от статинов значительно повышает риск инсульта и инфаркта, а также смерти от вышеперечисленных причин.

В ходе исследования были проанализированы данные больницы Бостона за 2000–2011 гг. В указанный период статины были прописаны более чем 200 тыс. пациентов. Из них около 45 тыс. сообщили о побочных эффектах, которые они связывали с приёмом препарата, – чаще всего это были боли в мышцах и животе.

В рамках исследования специалисты сосредоточили внимание на 28 266 пациентах, 19 989 (70,7%) из которых продолжали принимать статины, несмотря на побочные эффекты.

Спустя 4 года после развития побочных реакций 3677 пациентов скончались, перенесли инфаркт миокарда или инсульт. Среди них 12,2% пациентов продолжали принимать препарат, а 13,9% прервали приём.

Проанализировав данные более подробно, учёные пришли к выводу, что отказ от приёма статинов из-за побочных эффектов на 13% повышает риск инфаркта, инсульта и смерти.

Действие препаратов заключается в угнетении фермента, способствующего образованию холестерина. Кроме того, они снижают вязкость крови, что является фактором, препятствующим образованию тромбов и прикреплению их к бляшкам.

Сегодня статины назначают людям с ишемической болезнью сердца независимо от уровня холестерина, со стенокардией, а также перенёсшим инфаркт, гипертоникам, относящимся к группе риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, диабетикам для регуляции уровня холестерина в крови, людям, не страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, но с высокими показателями холестерина в крови.

Дарья ГЕТМАНСКАЯ.

По информации
Annals of Internal Medicine.

Гипотезы

Стало лучше — можно прекратить курс

Исследование, проведённое британскими врачами, ставит под сомнение привычные рекомендации.

Распространённую и общеизвестную информацию о том, что пациент должен проходить курс антибиотиков до конца, сегодня можно оспорить. Группа исследователей из Брайтонского и Оксфордского университетов утверждает, что в большинстве случаев можно прекратить приём антибиотиков до завершения курса лечения, поскольку слишком длительный их приём приносит больше вреда, чем пользы.

Первые опасения относительно устойчивости микробов к антибиотикам высказал изобретатель

пенициллина Александр Флеминг. В 1945 г. он описал случай, когда пациент со стрептококковой инфекцией принял недостаточное количество пенициллина, вследствие чего у стрептококка выработалась устойчивость к антибиотикам. Затем больной заразил свою жену, которая умерла от неизлечимой болезни.

Однако в наши дни учёные утверждают, что у стрептококков до сих пор нет устойчивости к пенициллину, и утверждение Флеминга о том, что жена больного умерла, заразившись устойчивым штаммом стрептококка, было ошибочным.

Напротив, современная наука показала, что образованию устойчивых форм микробов спо-

бствует избыточный приём антибиотиков, а также их употребление не по назначению, например при вирусных инфекциях или после выздоровления больного.

По мнению учёных, рекомендация полностью проходить назначенный курс неверна и не опирается на научные данные. Необходимы дополнительные исследования для уточнения оптимальной длительности приёма антибиотиков при конкретном состоянии больного.

Означает ли это, что пациент может сам прекратить приём, когда ему полегчает? По мнению профессора Тима Пето, клинического эпидемиолога Оксфордского университета, прекращать приём антибиотиков больные

должны не по своему усмотрению, а только после консультации с лечащим врачом, который определит, выздоровели ли они полностью. Кроме того, в отдельных случаях определённые виды антибиотиков вызывают опасные мутации микробов, например возбудителей туберкулёза и гонореи, и в подобных ситуациях нельзя досрочно прекращать их приём до полного уничтожения бактерии.

Вместе с тем, по мнению профессора Пето, врачи должны тщательно взвешивать все за и против прекращения приёма, исходя из состояния каждого конкретного больного.

Дана СЛАВИНА.

По информации
British Medical Journal.

Идеи

Лазерный метод

В больнице «Голда ха-Шарон» впервые в Израиле стали практиковать щадящее лечение возрастной болезни предстательной железы.

Новый лазерный метод – альтернатива классической операции удаления аденомы простаты. Он позволяет проводить вмешательство через эндоскоп даже при больших размерах железы. Такая операция требует высокой квалификации хирургов и наличия современного оборудования.

Доброкачественное увеличение простаты – распространённое явление у мужчин старше 60 лет. Жизни это не угрожает, однако создаёт затруднения при мочеиспускании. Когда простата достигает определённых размеров, возникает необходимость в хирургическом вмешательстве.

Классическая операция проводится через разрез в нижней части живота. Сотни мужчин, которые не могли пройти эндоскопическую операцию, ежегодно подвергались этому сложному вмешательству, после которого долгое время восстанавливались в больнице.

Щадящая операция с помощью эндоскопа ограничивала хирурга во времени. Кроме того, данный способ сопровождался значительными осложнениями. Поэтому при больших размерах железы не было альтернативы классической операции. Новый метод решает все названные проблемы и помогает больным быстрее восстановиться.

После лазерной операции время пребывания в больнице уменьшается до 1 дня. Кроме того, кровопотеря значительно ниже.

Диана ХУДЯКОВА.

По информации vesty.co.il.

Однако

Новый взгляд на кишечные расстройства

Как известно, диарея считается тревожным симптомом кишечной инфекции, однако новое исследование учёных из США говорит, что это признак здоровой реакции организма. В рамках новой научной работы изучались иммунные механизмы, связанные с ней. Оказывается, диарея играет ключевую роль в процессе избавления от патогенов на ранних стадиях инфекции.

Анализ также дал возможность выявить новое свойство интерлейкина-22, элемента иммунной системы. Все эти открытия позволили сделать лабораторные животные – мыши, заражённые *Citrobacter rodentium* (у грызунов эквивалентно инфекции *E.coli*).

На их примере учёные увидели увеличение проницаемости кишеч-



ного барьера уже в первые 2 дня инфекции (задолго до воспаления и эпителиальных повреждений). А интерлейкин-22 влиял на клаудин-2 – элемент, как было уже установлено, вызывающий диарею. То есть диарея была результа-

том сигнальной активности этих двух элементов, способствующих удалению патогена и снижающих остроту инфекции.

Марк ВИНТЕР.

По информации Zee News.

На страницах «МГ» мы часто публикуем материалы о врачах, которые помимо основной своей профессии всерьёз увлечены тем или иным делом, подчас необычным. Например, рассказывали о преданности наших коллег горам. Все свои одиссеи по восхождению команды альпинистов-медиков посвящают тем или иным событиям.

Есть чем вдохновиться

Очередной маршрут в горы нашим коллегам подсказало агентство финансово-экономической информации Bloomberg. По версии аналитиков этой уважаемой организации, в 2017 г. Россия впервые вошла в обновлённый рейтинг самых эффективных систем здравоохранения. Составлен этот рейтинг на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединённых Наций и Всемирного банка. Критериями для признания послужили такие ключевые показатели, как средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП, стоимость медицинских услуг в пересчёте на душу населения. Несмотря на то, что пока наша страна занимает последнюю, 55-ю строчку рейтинга, попасть в список очень престижно.

И хотя нашим руководством были найдены «серьёзные ошибки» в рейтинге самых эффективных систем здравоохранения, объективности ради стоит отметить, что усилия государства и Минздрава по обновлению отечественной медицины начали приносить заметные успехи. Как известно, ВОЗ отмечает наши успехи в снижении материнской и младенческой смертности, улучшении демографических показателей. Отнюдь не случайным также стало открытие в Москве офиса ВОЗ по неинфекционным заболеваниям, который станет мировым научным кластером по профилактике и борьбе с НИЗ.

Вхождение в рейтинг – это как покорение горы, пусть даже не самой высокой вершины мира, но для России символичной. Конечно, до Эвереста нам ещё далеко, однако и уже взятая поддается далеко не всякому. Именно поэтому Центр медицинской аналитики и права посвятил вхождение России в рейтинг Bloomberg восхождению на самую высокую точку России и Европы – гору Эльбрус, которая значится в списке 7 высочайших вершин Земли.

Помимо профессиональных альпинистов, в путь отправились любители, в том числе и врачи, не совершавшие столь высоких восхождений. Среди них – главный специалист правового департамента этого центра Сергей Ефимов. Начавшись как весёлое приключение, восхождение ближе к апогею потребовало максимальной концентрации сил и внимания, а также взаимовыручки. Горы есть горы, и никто не застрахован от несчастных случаев. К сожалению, и данное восхождение не обошлось без происшествий. Самостоятельно вернуться смогли не все...

Важна командная работа

Мы попросили С.Ефимова поделиться впечатлениями от того, насколько сложным оказался для него и коллег путь к вершине. Вот как описывает он эту захватывающую, полную драматизма неделю:

– Первые шаги похожи на лёгкую туристическую прогулку: всё-таки Эльбрус – очень популярное и колоритное место. На относительно небольшой высоте ещё можно играть в снежки и при этом загорать, таковы особенно-

Проверь себя

Им покоряются горы

Это восхождение потребовало максимальной концентрации сил...



Труден путь вверх

сти местного климата. В низине много оборудованных для этого мест, поэтому может создаться впечатление, что тёплый спальник и экипировка «с ног до головы» – совершенно лишние атрибуты. Но чем выше в гору, тем восхождение становится тяжелее и опаснее.

Я взбирался в первый раз, но, со слов более опытных коллег, могу заверить: в этом году на Эльбрусе особенно ветрено. И действительно это чувствуется. Несмотря на хорошую амуницию, такое ощущение, что ветер находит мельчайшие прорехи в одежде и с нечеловеческим рвением проникает ближе к телу. Но ветер – лишь один, далеко не самый страшный фактор. Снег, обрывы, местами лёд – всё это заставляло быть максимально собранным.

4100 м над уровнем моря – одна из психологических точек. «Игры» остались позади. Гипоксия уже даёт о себе знать. Силы уходят гораздо быстрее, нужно работать и телом, и головой: все движения должны быть осмыслены и максимально эффективны. Это сложно понять, когда находишься на равнинной местности, но это то,

что организм интуитивно делает на высоте. Команда редет, не всем по силам выдержать испытание – кто-то оступился, кому-то стало сложно. Но по-настоящему сложная проверка впереди.

Пересиливая себя, идя по опасным тропам и совершенно новым маршрутам (спасибо нашему многоопытному гиду Владимиру Котляру, объездившему весь мир и неоднократно покорившему Эльбрус, Эверест и другие высочайшие вершины), мы шаг за шагом взбирались к вершине. Передать словами очень сложно. Я юрист, а не рассказчик-писатель, мне довольно сложно передать те эмоции, которые испытывает каждый член команды. Это явно выходит за границы сухого официально-правового повествования нормативных правовых актов...

Это что-то невообразимое, что сближает и мотивирует, заставляет двигаться вперёд, несмотря ни на что. Видимо, чувство преодоления себя, преодоления препятствий и, конечно, командная работа – плечо друга и товарища, который идёт рядом. Все мы сливаемся в единый большой организм. А по-другому нельзя.

Можно говорить много слов, как тяжело даются последние метры, последние шаги к вершине. Нечеловеческие усилия делаются даже не на втором, а на каком-то третьем дыхании! И вот тот заветный миг настает – мы на самой вершине Европы! Выше нас – только самолёты и открытый космос, под нами – километры снега с обрывами и опасностями на каждом шагу. Но чувство покорения вершины бесценно!

Оно как наркотик – раз попробовав, тянет ещё и ещё. Эйфория, усиленная гипоксией... В душе чувство удовлетворения, ни с чем несравнимое ощущение некоего полёта.

– Этот спуск, как и путь вверх, запомнится надолго, – продолжает Сергей. – Снег, лёд, местами отвесные скалы... Усталость берёт своё: так, на одном участке нашей команде досталось с лихвой: сразу три товарища, попав в снежную ловушку, получили травмы, с которыми самостоятельный спуск превращался практически в невыполнимую задачу.

В таких случаях альпинизм очень напоминает медицину. Важны холодный, взвешенный рассудок и та самая командная работа. И я благодарю всех моих коллег, с которыми покорял Эльбрус: это люди, на которых по-настоящему можно



Заветная гора Эльбрус

Сложно, но по силам

Путь к вершине хотя и непрост, тем не менее в его одолении помогают и упомянутая нашим собеседником некая эйфория, и иссякающий, но ещё достаточный запас физических сил. Но покорение вершины – это ещё не всё, надо ещё спуститься. А «в рюкзаках» сил на это ох как немного...

положиться и которые помогут в любой ситуации. В этот раз мне повезло: я и В.Котляр избежали травм, и нам пришлось организовывать спасательную операцию и участвовать в ней – с 4800 м помогать спускаться нашим трём травмированным товарищам.

И вот мы в низине, все в безопасности и в приподнятом настроении. Мы это сделали! Друзья идут на поправку, в скором времени они снова будут в строю. И мы снова готовы к новым испытаниям.

Повторюсь: покорение горы – это не только преодоление себя, в первую очередь это работа сообща, поддержка и взаимовыручка. И чем выше мы взбирались, тем надёжнее была поддержка со стороны товарищей, я её чувствовал «нутром». Я знал, что ребята никогда не оставят ближнего в беде, ведь сложная ситуация – неотъемлемая часть команды, и её решение всегда зависит от всех. Да и спустившись к подножию, пережив сложный эмоциональный букет, вдобавок к абсолютному физическому истощению, становится вполне очевидна взаимосвязь между восхождением и тем, чему оно приурочено: вхождению России в рейтинг самых эффективных систем здравоохранения.

И там, и там – постоянная напряжённая работа с короткими перерывами на отдых. Бесконечное количество препятствий и невероятные усилия по их преодолению. Каждый шаг даётся с трудом, но каждый шаг приближает нас всех к вершине. Это сложно, но нам под силу. И мы это сделали!

Илья ИЛЬИНЦЕВ,
внешт. корр. «МГ».



Участники экспедиции достигли своей вершины!

– Сюзанна Юрьевна, мы познакомились во Владимире, где вы выступили перед журналистами как официальный представитель «Библио-Глобуса». Там же узнал, что в прошлом вы врач, и сразу заинтересовался некоей трансформацией по времени и смене профессии. Давайте с этого и начнём.

– После того как я окончила среднюю школу, поступила на лечебный факультет медицинского института в Москве. Моя мама была опытным психиатром, «Отличником здравоохранения», дядя по сей день работает хирургом в Туле. По совету мамы я избрала её профессию, занималась в студенческом научном кружке. Направление получила во Владимирскую областную психиатрическую больницу, где отработала 3 года. И сейчас с благодарностью вспоминаю своих тогдашних наставников. Не могу не отметить, что во Владимирской больнице была замечательная библиотека, я стала одним из её активных читателей. Там перечитывала никогда не стареющую русскую классику, увлеклась Астафьевым, Фейхтвангером, Ремарком. Затем переехала в Москву, здесь работала ординатором в клинике неврозов им. З.П.Соловьёва (ныне Научно-практический психоневрологический центр им. З.П.Соловьёва), со временем стала заведовать её 12-м отделением. И по сей день это клиника особого типа, там лечат пограничные состояния, и помимо чисто медицинской терапии широко используют разнообразные вспомогательные методы лечения, скажем, ту же библиотерапию. Ну а поскольку книжницей я с детства и юности была на уровне хронического «больного», с января 2003 г. меня пригласили в «Библио-Глобус». О былом, врачебной профессии вспоминаю с ностальгией, она и сейчас очень пригодилась мне в работе.

– Конечно, для большинства врачей книги – надёжные помощники в работе, «друзья» на досуге.

– В круг моих ежедневных обязанностей входит многое: это не только книги, но и руководство персоналом, общение с людьми, издательствами, библиотеками, проведение выставок и конференций. Тут, как и в медицине, следует руку держать на пульсе: следить за пользующейся спросом литературой, интересами и запросами читателей. За день мы принимаем у себя до 7-8 тыс. посетителей, в выходные и предпраздничные дни куда больше. Нас по праву называют главным книжным магазином страны, и за вклад в развитие книжной торговли мы награждены Благодарностью Президента РФ В.Путина. Когда-то



Вице-президент «Гильдии книжников России», представительный директор клуба любителей книги при Дипломатической академии Министерства иностранных дел РФ Сюзанна Мкртычева родилась в Азербайджане. Окончила лечебный факультет 2-го Московского медицинского института им. Н.И.Пирогова. Свыше 15 лет работала психиатром, с 2003 г. директор управления товарами и услугами книжного торгового дома «Библио-Глобус». В самом большом книжном магазине страны и состоялся наш разговор с этим интересным человеком и врачом, предлагаемый читателям «Медицинской газеты».

Врач и библиофил
Сюзанна МКРТЫЧЕВА:

Книга — это компас в познании себя

Если у человека есть проблемы, то надо помочь, если он не одинок. И не только врач, но и хорошая книга помогут ему.

Мария

– Есть такие понятия, близкие не только медикам, психологам, но и, по сути, каждому человеку, как библио- и арт-терапия. Поговорим об этом с позиций вашей прежней и нынешней специальностей.

– Ещё с самых давних времён письменность и слово использовались для лечения патологических состояний у людей. А в XVIII веке такая терапия получила широкое распространение во многих странах Европы, где при психиатрических больницах создавались библиотеки. Использование книг с лечебной целью в России началось ещё со времён А.Пушкина, в нашей стране библиотерапия как метод лечения неврозов стала активно развиваться с 60-х годов минувшего столетия. Если оттолкнуться от психологии и состояния здоровья человека, то хорошая книга может оказаться иной раз не менее полезной, чем разнообразные лекарства. Под таким понятием, как библиотерапия, можно понимать как

определённых писателей, так и отдельные произведения, помогающие человеку в сложных жизненных ситуациях, преодолении стрессов, депрессий, страхов, навязчивых состояний и т.п. Вот удивительно точные строки Е.Евтушенко:

Проклятье века – это спешка. И человек, стирая пот, По жизни мечется, как пешка, Попав затравленно в цейтнот. Остановись на полдороги, Доверься небу, как судьбе. Подумай, если не о Боге, Хотя бы просто о себе.

Согласитесь, метко сказано. Ведь это своего рода стихотворный медицинский рецепт. Вот и выходит, что в некоторых ситуациях надо, следуя совету поэта, найти своё небо: лучше уединиться с хорошей книгой, сходить на концерт, в музей, чем глотать таблетки и пить микстуры.

– Вы уже упомянули, что книгу можно прочесть и полюбить, как и интересного доброго человека. Любопытная параллель, давайте продолжим и поговорим о

месте «Библио-Глобуса» в этом отношении.

– Убеждена, что всё делающееся с любовью обречено на успех. И в этом книга – наш верный помощник и друг. То же относится и к врачам: невозможно лечить людей, не любя своего пациента. Помнится, в своё время наряду с лечебными процедурами в зависимости от возраста, интересов и интеллекта больных я предлагала им прочесть ту или иную книгу, приносила их из библиотеки или дома. Отталкиваясь от прежней профессии, замечу, что книги должны играть роль некоего позитивного фактора,

отвлекающего в наше бурное беспокойное время от забот, усталости после рабочего дня, настраивая его на оптимистический, жизнеутверждающий, я бы сказала, солнечный лад.

Нашим бесспорным лидером в книжном океане «Библио-Глобуса» вот уже более четверти века является его президент, профессор и обладатель множества званий и наград, в том числе ряда зарубежных стран, Борис Семёнович Есенькин. Вот его слова: «Ещё недавно Россию считали самой читающей страной мира. Сегодня мы возрождаем эту традицию, создаём и развиваем своеобразный книжный медиациентр.» К этому добавлю, что за год наш магазин выполняет более 100 тыс. заказов на различные издания.

– Сюзанна Юрьевна, пожалуйста, проинформируйте наших читателей об отделе медицинской литературы. Вот и сегодня, когда мы беседуем с вами, увидел там немало посетителей. Наверняка среди них есть и врачи.

– Наш медицинский отдел – это, по сути, специализированный книжный магазин. Здесь представлены книги по всем врачебным специальностям – от терапии, хирургии, педиатрии до генетики с биологией, учебники и атласы для медицинских вузов, научно-популярная литература о здоровом образе жизни. Вся информация о наличии книг по авторам и их названиям имеется в компьютерном каталоге у продавцов.

Беседу вёл
Марк ФУРМАН,
заслуженный врач РФ.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, 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 – И.СТЕПАНОВА.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-07-00229 Тираж 23 800 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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