

Медицинская

12 июля 2017 г.
среда
№ 50 (7768)

Газета®

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

Работают мастера

«Бионический глаз» возвращает зрение

В российской клинической практике впервые имплантировали киберсетчатку слепоглохому пациенту



В Научно-клиническом центре оториноларингологии ФМБА России под руководством проректора по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова члена-корреспондента РАН Христо Тахчиди была проведена уникальная операция.

Впервые в нашей стране слепоглохому пациенту была имплантирована киберсетчатка, которая позволит частично восстановить зрение. Это целая система кибернетического зрения, которая носит название «бионический глаз» Argus II. Кроме

Слепой пациент сможет увидеть мир

киберсетчатки она включает в себя очки с вмонтированными камерами и специальный компьютер, преобразующий полученные импульсы в сигналы для мозга.

Разработка позволяет видеть только в чёрно-белом диапазоне, различать контуры предметов. Однако это огромный шаг вперёд в решении проблемы возвращения зрения тем, у кого сетчатка разрушена.

По словам команды докторов, пациент – 59-летний житель Челябинска – перенёс операцию хорошо. Она длилась более 4 часов

и потребовала сосредоточенных усилий 8 специалистов. После того как киберсетчатка успешно приживётся, врачи подключат всю систему, и слепой пациент сможет увидеть мир.

Кстати, в скором времени планируется выпуск документального фильма, рассказывающего об этой уникальной операции.

Ольга СЛАСТИКОВА,
сотрудник отдела по связям с общественностью
РНИМУ им. Н.И.Пирогова.

Москва.



Сергей ТЮЛЯНДИН,
председатель Российского общества клинической онкологии, заместитель директора по научной работе РОНЦ им. Н.Н.Блохина, профессор:

Если при местнораспространённых опухолях уместна тактика спринтера, то при метастатическом процессе чаще используется тактика стайера.

Стр. 6-7

Илья МОРОЗОВ,
ассистент кафедры фтизиатрии и пульмонологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, кандидат медицинских наук:

Сложность проблемы туберкулёза у лиц молодого возраста обусловлена трудностями и несвоевременностью его диагностики.

Стр. 10-11



Амиран РЕВИШВИЛИ,
президент Всероссийского научного общества аритмологов, академик РАН:

В нашей стране, по разным данным, от 1,5 до 2 млн человек имеют фибрилляцию предсердий, но из них 50% не знают о том, что больны.

Стр. 12

В центре внимания

Гепатиту – нет!

Заболеваемость хроническим вирусным гепатитом С в Калининградской области ниже, чем в среднем по Северо-Западу.

В Калининграде состоялся форум в рамках федерального проекта «Индустрия здравоохранения-2017: в фокусе внимания – вирусные гепатиты».

В обсуждении важнейших мероприятий, направленных на борьбу с гепатитом С, приняли участие главный специалист по инфекционным болезням Министерства здравоохранения РФ Ирина Шестакова, главный специалист по инфекционным болезням в Северо-Западном федеральном округе Елена Эсауленко, заместитель министра здравоохранения региона Денис Кружок, главный инфекционист регионального Минздрава Игорь Иванов, инфекционисты, гастроэнтерологи, терапевты.

В центре внимания специалистов были самые актуальные вопросы и фармакоэкономические аспекты лечения гепатитов, особенности лекарственного обеспечения и уровень заболеваемости гепатитами в Калининградской области и СЗФО.

Д.Кружок отметил, что за последние годы в регионе такое направление, как лечение социально значимых инфекционных заболеваний, в частности гепатита С, сделало серьёзный шаг в своём развитии. По словам И.Иванова, в 2017 г. в области зарегистрированы более 10 тыс. больных хроническими вирусными гепатитами, из них более 8,2 тыс. – с хроническим гепатитом С. При этом заболеваемость ХВГС в 2016 г. в регионе составила 47,9 на 100 тыс. населения при среднем уровне по СЗФО – 56,7–54,8. Распространение вирусного гепатита В удаётся сдерживать за счёт вакцинации. «У нас есть примеры успешного лечения гепатита С после полной трансплантации печени, на очереди – ещё один такой пациент, – отметил главный инфекционист Минздрава региона.

И.Шестакова считает проведение таких встреч очень важным: «Во всём мире сейчас умеют лечить гепатит С, значит, и мы внутри своей страны должны стремиться к такому же результату».

Инна СЕРГЕЕВА,

МИА Сито!

Калининградская область.

Признание

В числе сильнейших вузов Европы

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.Сеченова – единственный медицинский вуз России, который вошёл в рейтинг ведущих европейских университетов, составленный британским журналом Times Higher Education (THE).

В европейский рейтинг THE, опубликованный 21 июня 2017 г., вошли 397 вузов, что приблизительно составляет 40% от общего числа в мировом рейтинге THE World University Rankings. Сеченовский университет входит в группу «301+».

Рейтинг британского издания THE признаётся в качестве одного из наи-

более влиятельных и авторитетных глобальных рейтингов университетов. Каждый из вузов, участвующих в рейтинге, оценивается по 5 направлениям: преподавание, исследовательская работа, цитирование, международные связи и коммерциализация технологий.

Итоги рейтинга прокомментировал ректор Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Пётр Глыбочко: «Позиции Сеченовского университета на глобальном рынке образовательных услуг и научно-исследовательских программ усилены благодаря его глобальной репутации, запуску инновационных проектов по приоритетным для университета направлениям,

а также укреплению научно-технологического потенциала».

Напомним, что в общемировом рейтинге 980 ведущих университетов мира THE World University Rankings 2016-2017, опубликованном 21 сентября 2016 г., Первый МГМУ им. И.М.Сеченова занял позицию в группе «800+». Сеченовский университет является единственным медицинским вузом России, попавшим в «тысячу лучших» и занимает 13-е место из 24 российских вузов-участников рейтинга.

Алексей ПИМШИН,

МИА Сито!

Москва.

Новости

«Шевроле» для «скорой»

Губернатор Алтайского края Александр Карлин вручил ключи и документы от 15 новых «шевроле-Нива» руководителям медицинских учреждений и главам администраций городов и районов. Машины повышенной проходимости в качестве «скорой» будут доставлять детских врачей к пациентам для оказания им неотложной помощи. Помимо Барнаула, Бийска и Рубцовска, новые транспортные средства также отправят в ряд районов.

«Приобретение новых машин для оказания медицинской помощи юным пациентам – это знак нашей реальной заботы о детях. В целом ряде случаев врачу правильнее посещать ребёнка на дому, особенно детей первого года жизни. Новые машины позволят педиатрам быстро выезжать к заболевшим детям и оказывать им своевременную помощь», – подчеркнул А. Карлин. Автомобили, оснащённые дополнительным медицинским оборудованием, приобретены на средства краевого бюджета, общая стоимость составила около 10 млн руб.

«В этом году зима была снежная, метельная. Чтобы оказывать неотложную помощь детям, мы выезжали на «жигулях» – «пятёрках» и «семёрках». Наши водители и врачи мечтали о машине более высокой проходимости, чтобы можно было быстрее доехать и оказать помощь маленьким пациентам», – отметил главный врач городской детской больницы № 2 Барнаула Иван Леер.

А. Карлин напомнил участникам мероприятия, что забота о юных гражданах России станет особым приоритетом на ближайшие 10 лет в соответствии с Указом Президента РФ Владимира Путина. Поэтому во всех городах и районах Алтайского края необходимо будет принять дополнительные меры в интересах детей.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

Пострадавший от борщевика

Первую жертву борщевика в этом году госпитализировали в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе в Санкт-Петербурге.

«Пострадавший косил бурьян на заросшем участке в Ленинградской области. Через какое-то время кожа покраснела, на ней появились пузыри. Мужчина вызвал «скорую», и его госпитализировали к нам в центр», – рассказывает директор Центра термических поражений этого лечебного учреждения Константин Крылов.

Обычно жертвами борщевика петербуржцы становятся именно в таких ситуациях – когда уничтожают сорняки на своих участках. Сок скошенного борщевика, попав на кожу даже в небольшом количестве, может вызвать серьёзные термические поражения. Дело в том, что он повышает фотосенсибилизацию кожи – её восприимчивость к солнечным лучам. Поэтому особенно опасно заниматься уничтожением борщевика на дачном участке в жару и под солнцем.

Каждый год в НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе доставляют около 20 пациентов, получивших ожоги из-за борщевика. Первые пострадавшие начинают поступать в конце июня – начале июля.

Андрей ДЫМОВ.

Санкт-Петербург.

Неделя без аборт

В Новгородской области в государственных медицинских организациях введён временный мораторий на проведение абортов. Неделя без абортов в рамках акции «Подари мне жизнь!» приурочена ко Дню семьи, любви и верности.

– Среди причин сделать аборт женщины называют неуверенность в партнёре – 33,7%, материальные трудности – 31%, нежелание иметь детей, болезни, усталость от материнства и другие, – такие данные привели в региональном Департаменте здравоохранения.

За 5 месяцев 2017 г. в женские консультации учреждений здравоохранения Новгородской области поставлена на учёт 2621 беременная женщина. В настоящее время на учёте по беременности состоит 4389 женщин. Мотивация на рождение здоровых детей в этом регионе особенно важна, ведь он относится к территориям с неблагоприятной демографической ситуацией.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Великий Новгород.

Долгожительница –
гордость республики

Главный редактор Книги рекордов России Станислав Коненко назвал жительницу селения Заюково Баксанского района Кабардино-Балкарии Нану Шаову старейшим жителем РФ. Ей исполнилось 127 лет.

Как сообщили в районной администрации, Н.Шаовой был вручён сертификат, свидетельствующий о самой длинной продолжительности жизни. Этот факт является безусловным мировым рекордом.

Ранее самым пожилым человеком России считалась 121-летняя Танзила Бисембеева из Астраханской области.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Кабардино-Балкария.

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

Акции

Какой у вас риск
инсульта?

Ответ на этот вопрос могли получить все посетители ВДНХ

Бесплатно проконсультироваться у врачей неврологов, а также сделать УЗИ сосудов шеи и получить на руки карту здоровья, можно было в течение всего дня во время семейного фестиваля здоровья «ОРБИ FEST» рядом с аркой главного входа на выставку.

Задача фестиваля, организованного первым и пока единственным в России Фондом по борьбе с инсультом, уже 8 лет борющегося с проблемой инсультов (ОРБИ), – сокращение случаев с этим недугом и уменьшение тяжести их последствий. Сразу 12 приглашённых специалистов из ОРБИ одновременно познакомили гостей с проблемой инсульта, учили вовремя распознавать его признаки, рассказывали о важности здорового образа жизни и о правильной мотивации в будущем.

Особой популярностью пользовались на мероприятии волонтеры-медики, которые консультировали гостей, измеряли пульс и артериальное давление.

В списке причин смерти инсульт занимает второе место после инфаркта миокарда. Каждый год в мире регистрируется около 12 млн его случаев. В России этот показатель превышает 450 тыс. Каждые полторы минуты в нашей стране у кого-то случается инсульт.

При этом, вне зависимости от возраста и генетической предрасположенности, инсульт не стоит считать неизбежным, утверждают специалисты. Это заболевание, в развитие которого очень большую роль играет образ жизни человека. Так, у курящих людей он случается в 2-3 раза чаще, чем у некурящих. Причём в возрасте до 55 лет курение является главным фактором риска развития инсульта.

Для снижения риска инсульта специалисты называют ряд мер, которые можно предпринять уже сегодня: это регулярный осмотр у специалиста, контроль АД и веса, лечение сахарного диабета, регулярная физическая нагрузка, отказ от курения, снижение потребления алкоголя. Как показывает мировая



Во время фестиваля

практика, благодаря одному лишь контролю уровня артериального давления удаётся снизить риск инсульта на 50%.

Многолюдно было и на лектории, где собравшиеся могли прослушать лекцию «Восстановление после инсульта. Инновационные технологии нейрореабилитации» доктора медицинских наук, профессора Ирины Сидякиной, узнать о правильном питании как профилактике инсульта.

Прошли содержательные и очень полезные мастер-классы для детей и взрослых, многие смогли принять участие в научном шоу, аквагриме, конкурсах рисунков.

Ближе к вечеру состоялся концерт с участием ВИА «Поющие сердца», маленькой Мисс Россия Насти Годуновой, группы «Старый приятель», солистки мюзиклов Ольги Белой и саксофониста Якова Зиновьева.

За веселье на фестивале отвечали друзья фонда – «Больничные клоуны».

«Самое большое наше достижение за 8 лет работы фонда – широкое распространение знаний о факторах риска развития инсульта и его признаках. Всё это благодаря подобным мероприятиям, которые мы проводим по несколько раз в год в разных городах России. Так, уже более 30 городов страны мы охватили своей программой «Школа здоровья», – рассказала «МГ»

президент ОРБИ Дарья Лисиченко. – За последние 3 года мы видим всё большую заинтересованность этой темой среди тех, кто моложе 40 лет. Существует стереотип, что инсульт – болезнь исключительно пожилых людей. Увы, это горькое заблуждение. К сожалению, возраст потенциального пациента молодее. Очень много случаев, когда людей моложе 30 лет он застаёт врасплох, инсульты случаются даже у детей.

Кроме того, мы не только адресно помогаем перенёсшим инсульт. Мы берём под крыло всю семью. Родственникам очень важно понимать, что произошло, что будет дальше, как организовать уход на дому, потому что интенсивное лечение проходит в стационаре, а дальше успех восстановления на 100% зависит от домашнего ухода. Поэтому так популярна программа «Школа здоровья», – курс абсолютно бесплатных лекций, которые читают наши волонтеры с медицинским образованием.

Свою школу здоровья прошли на фестивале здоровья «ОРБИ FEST» и участники этого масштабного праздника на ВДНХ, который помогает людям больше узнать об инсульте в необычной и увлекательной форме.

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Начало

Школа милосердия
открыла двери

Более 300 человек, среди которых врачи, медсёстры, социальные работники, представители Воронежской епархии и прихожане, собрались в зале церковных собраний Благовещенского кафедрального собора, чтобы принять участие в семинаре «Медицина – школа милосердия». Цель мероприятия – интеграция духовных и медицинских аспектов, а также совместный поиск решений на непростые вопросы старения, волнующие общество и каждого человека.

В начале было озвучено приветственное слово митрополита Воронежского и Лискинского Сергея. Глава Воронежской митрополии высоко оценил совместные усилия Департамента здравоохранения и епархии, направленные на заботу о пожилых людях, а главное – на то, чтобы изменить отношение в современном обществе к старости и старикам.

Заместитель руководителя Департамента здравоохранения На-

талия Нехаенко рассказала об этапах реализации на территории Воронежской области специальной гериатрической программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста», благодаря которой медико-социальная помощь пожилым людям станет комплексной, а геронтологи появятся в каждой поликлинике.

На семинаре детально обсудили когнитивные и эмоциональные аспекты старения. Иерей Георгий

Высоцкий рассказал о своём опыте пастырской работы в больнице и душепопечения пожилых пациентов. Главный внештатный геронтолог Департамента здравоохранения Татьяна Черкашенко отметила в своём выступлении опыт гериатрической системы Израйля и подчеркнула возросшую ответственность и значимость труда медицинской сестры и среднего медицинского персонала в уходе за людьми пожилого и старшего возраста.

Семинар «Медицина – школа милосердия» проводился по инициативе Департамента здравоохранения Воронежской области и Воронежской епархии при содействии Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко, территориального фонда обязательного медицинского страхования Воронежской области и компании ВТБ Медицинское страхование.

До конца года запланировано ещё несколько подобных семинаров.

Оксана КОЗЛОВА,
внешт. корр. «МГ».

Проекты

Если ограничены возможности здоровья...

Совершенствование межведомственного взаимодействия должно улучшить качество реабилитации инвалидов, заявил на расширенном заседании Комитета Совета Федерации по социальной политике его председатель Валерий Рязанский. Сенаторы обсудили применение кластерного подхода при решении социальных задач, направленных на улучшение качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В частности, речь шла о развитии телемедицины в Архангельской области. Министр здравоохранения региона Антон Карпунов сообщил, что её развитию мешает недостаточное покрытие территории устойчивыми каналами связи. В Арктической зоне находятся 7 муниципальных образований региона.

Ведущий эксперт секретариата заместителя председателя правительства области, руководитель её социального кластера Юлия Ковалёва рассказала, что в регионе пытаются найти инновационные подходы к реабилитации людей с инвалидностью. «Процент обеспечения людей с инвалидностью современными персонализированными изделиями остаётся достаточно низким, – отметила она. – Мы обсуждаем возможность внедрения в регионе альтернатив-

ных механизмов обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации».

Ю.Ковалёва подчеркнула, что в рамках социального кластера разрабатываются программы, позволяющие усиливать межведомственное сотрудничество. В.Рязанский согласился с тем, что такое плохо налаженное взаимодействие действительно стало для многих инвалидов проблемой, которая требует безотлагательного решения. На заседании выступила первый заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, представитель от законодательного (представительного) органа государственной власти Архангельской области Людмила Кононова.

В рамках расширенного заседания комитета рассматривался также вопрос о практике работы страховых представителей в системе ОМС. «Это резонансная, проблемная тема с далеко идущими стратегическими перспективами для системы здравоохранения», – подчеркнул В.Рязанский.

Председатель Федерального фонда ОМС Наталья Стадченко напомнила, что с 2016 г. в стране началось введение института страховых представителей трёх уровней. Первый из них – специалисты контакт-центров, работающие в страховых компаниях. «Специали-

сты второго уровня – это работники, имеющие медицинское образование, которые индивидуально информируют людей о необходимости прохождения диспансеризации, контролируют проведение застрахованных профилактических мероприятий, совместно с медицинскими организациями организуют оказание медицинской помощи гражданам. Специалисты третьего уровня анализируют показатели здоровья застрахованного лица по результатам диспансеризации, проводят экспертизу качества оказания медицинской помощи», – сказала Н.Стадченко.

В ходе заседания об этом направлении работы его участникам подробно рассказали помощник министра здравоохранения РФ Виталий Флек, главный врач Консультативно-диагностического центра № 6 Департамента здравоохранения Москвы Вера Сидорова, представители страховых компаний.

Усовершенствовать работу страховых компаний в 2015 г. поручил Президент РФ Владимир Путин. К январю 2018 г. в стране должна быть создана трёхуровневая система страховых поверенных и обеспечен принципиально иной уровень работы по защите прав граждан.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Официально

Из соображений гуманности

Президент РФ Владимир Путин подписал закон, устанавливающий предельный срок изменения меры пресечения в связи с тяжёлым заболеванием.

Закон устанавливает, что решение об изменении меры пресечения в виде заключения под стражу принимается не позднее 3 суток со дня поступления из мест содержания под стражей копии соответствующего медицинского заключения.

Соб. инф.

Дословно

Экспертиза может быть независима

Независимые медико-социальные экспертные учреждения для установления инвалидности и оценки врачебной квалификации планируется создать в России. Об этом заявила журналистам в ходе рабочей поездки в Казань уполномоченный по правам человека Татьяна Москалькова.

Такие учреждения нужны, во-первых, для того, чтобы люди могли обжаловать группу инвалидности и признание инвалидом. Во-вторых, как считает уполномоченный по правам человека, важно проводить независимую экспертизу при врачебных ошибках.

По мнению омбудсмена, внедрение института независимой медико-социальной экспертизы придаст большую объективность её деятельности, вернёт утраченное доверие граждан.

Семён ГОРБУНКОВ.

Москва.

«Сегодня этот вопрос является предметом рассмотрения Комиссии при Президенте РФ по медико-социальной экспертизе. И такие экспертные учреждения будут созданы», – сказала она.

Инициатива

В защиту прав работающих женщин

Парламентская фракция «Справедливая Россия» готовит проект закона о праве выбора времени отпуска для женщин, имеющих детей. Руководитель фракции Сергей Миронов сообщил об этом на брифинге в Государственной Думе РФ.

расте до 12 лет первоочередное право на получение ежегодного отпуска в летнее или другое удобное для них время.

«Мы предлагаем вернуть льготу и закрепить право на неё на законодательном уровне», – сказал С.Миронов.

Весной этого года правительство отменило правовой акт советских времён, постановление ЦК КПСС и Совмина СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» от 22 января 1981 г., которое, в частности, предоставляло матерям с двумя и более детьми в воз-

расте до 12 лет первоочередное право на получение ежегодного отпуска в летнее или другое удобное для них время.

Соответствующую поправку предполагается внести в Трудовой Кодекс, а именно – в статью 123 «Очерёдность предоставления ежегодных оплачиваемых отпусков».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Конкурсы

Заслуги отмечены

Ректор Ижевской государственной медицинской академии – доктор медицинских наук, профессор Николай Стрелков стал почётным гражданином Ижевска. Так отмечены заслуги ижевского хирурга в развитии здравоохранения столицы республики.

Перед профессиональным праздником в столице Республики Удмуртия торжественно наградили победителей конкурса «Народный врач». Его организовало представительство крупной российской

страховой компании в Удмуртии. По словам руководителя её филиала Владимира Гаврилова, в 2017 г. конкурс провели среди детских и взрослых поликлиник и стационаров Ижевска, поскольку в городе проживает треть всего населения республики.

Пациенты лечебных учреждений столицы республики имели возможность проголосовать. В этом году определили трёх победителей. В номинации «участковый врач-терапевт» лучшей стала Альфия Музафарова, врач городской больницы № 3, лучшим

участковым врачом-педиатром Ольга Трубицина, врач детской городской поликлиники № 1; лучшим врачом-терапевтом стационара – Татьяна Гараева, врач городской клинической больницы № 9.

Конкурс «Народный врач» проходит в Удмуртии третий год. В следующем году страховая компания планирует провести конкурс среди врачей республики.

Сейчас в сфере здравоохранения Удмуртии работает более 6 тыс. врачей, более 170 тыс. специалистов – средний медицинский персонал.

Марина ЦВЕТУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Ижевск.

Ситуация

Подавляющее большинство курильщиков (79%) заявляют о желании отказаться от курения. От слов многие переходят к делу: в мае доля тех, кто бросил курить, составила 19%. При этом из-за повышения цен на табачные изделия готовы покончить с вредной привычкой всего 3% россиян.

Такие данные приводит Всероссийский центр изучения общественного мнения в исследовании, посвящённом проблеме курения. В то же время ВЦИОМ отмечает, что за год доля курильщиков в России не изменилась – это по-прежнему около трети населения (32%). При этом 20% всех опрошенных выкуривают в день пачку и более сигарет. Самое высокое потребление табака среди мужчин (44%), россияне в возрасте от 25-34 лет (40%) и людей со средним образованием (40%).

А Роспотребнадзор назвал в государственном докладе «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 г.» регионы, где меньше всего курящих. Как выяснилось,

больше всего денег на табак тратят жители республик Бурятия, меньше всего – Ингушетия.

В прошлом году самый низкий уровень расходов на табак

на одного члена домохозяйства наряду с Ингушетией (0,1), был отмечен в Чеченской Республике (0,2) и Республике Татарстан (1,2). Территории с наиболее

Как отказаться от курения



высокими значениями расходов – Бурятия (8,8), Рязанская (7,9), Смоленская области (6,8) и Чукотский автономный округ (6,8).

По данным Росстата, в целом по стране расходы на табак на одного члена домохозяйства в прошлом году составили 4,1 руб. в месяц. В 2015 г. – 3,3 руб., в 2014 г. – 2,6 руб. Как отмечают в ведомстве, увеличение доли таких расходов связано в большей степени с ростом акцизов, чем с увеличением потребления табака.

Сейчас в стране курит каждый третий россиянин, а каждый пятый выкуривает в день пачку сигарет или более, констатирует ВЦИОМ.

Россия остаётся в первой пятёрке стран по количеству курильщиков и числу смертей от заболеваний, связанных с курением, констатирует и научный журнал Lancet. В 2015 г. курение стало причиной смерти более 280 тыс. россиян. По этим же данным, в 2015 г. в России

курили 12,3% женщин, или 8,3 млн, и 38,2% мужчин, или 24,9 млн.

В мире курит каждый 4-й мужчина и каждая 20-я женщина. Лидерами по числу курильщиков среди мужчин стали Китай (254 млн человек), Индия (90 млн) и Индонезия (50 млн), среди женщин – США (17 млн), Китай (14 млн) и Индия (13,5 млн).

Ежегодно в мире умирают от курения 6 млн человек. К 2030 г. этот показатель может превысить 8 млн человек в год.

Курение остаётся вторым по распространённости драйвером смертности после гипертонии: в 2015 г. на заболевания, связанные с этой вредной привычкой, пришлось более 11% всех смертей, или 6,4 млн. Более половины этих смертей пришлось на 4 страны: Китай, Индию, США и Россию.

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Сити!

«Реализация программы «Земский доктор» в субъектах Российской Федерации. Проблемы и перспективы» – такую тему предложили участникам дискуссии организаторы встречи: Комитет Государственной Думы РФ по охране здоровья, Саратовская областная дума и правительство Саратовской области.

Место работы и жительства – село

Начиная с 2012 г., число участников программы превысило 24 тыс. человек, отмечалось на заседании, которое открыли председатель думского комитета Дмитрий Морозов и врио губернатора Валерий Радаев. Они отметили высокий уровень здравоохранения Саратовской области и назвали успешным ход реализации программы «Земский доктор».

Однако если в отдельных регионах в сельскую местность переехали более 2 тыс. врачей, то в других этот показатель не достигает и 40 человек. Участники «круглого стола» поделились опытом реализации программы в различных регионах, а член Комитета по охране здоровья Нина Черняева рассказала о парламентском контроле за её выполнением.

Программа «Земский доктор», отмечалось на заседании, решает одну из острых проблем российского здравоохранения – вопрос кадрового обеспечения медицинских организаций, расположенных в труднодоступных районах, районах с низкой плотностью населения и удалённых сельских поселениях. В случае, если врач принимает решение переехать на работу в село, в рамках программы ему предоставляется единовременная компенсационная выплата в размере 1 млн руб., а в некоторых регионах – и полный социальный пакет. В отдельных субъектах РФ врачи получают бесплатную возможность обучения в ординатуре, аспирантуре. Нередко к указанной поддержке на региональном уровне вводятся существенные дополнения: жильё, земельный участок, автомобиль, стимулирующие региональные доплаты, дополнительная материальная помощь при трудоустройстве молодых специалистов и т.д.

Участковый терапевт Злата Сафонова, работающая по программе «Земский доктор» в Волгоградской области, рассказала, что в их муниципальный район за время реализации программы переехали в общей сложности 15 молодых специалистов. Пятеро из них купили здесь жильё и продолжают работать. Сама доктор приехала в район после оконча-

Итоги и прогнозы

На приём к земскому доктору

Предварительные результаты пятилетия важнейшей госпрограммы рассмотрены на «круглом столе» в Саратове



К земскому врачу – за помощью и советом...

ния медицинского университета вместе с мужем, также медиком по профессии. На полученные средства молодые люди построили дом, где их семья, в которой уже появился сын Глеб, планирует жить и дальше.

За годы реализации во многом благодаря усилиям депутатов программа существенно расширилась: с 35 до 50 лет увеличился максимальный возраст её участников, помимо сельских населённых пунктов в неё были включены рабочие посёлки и посёлки городского типа. Между тем в этом году у первых участников программы заканчивается пятилетний договор, они могут уехать в города, а их рабочие места будут снова пустовать.

Решить назревшие проблемы

Участники «круглого стола» отметили, что причинами нежелания врачей оставаться в селе нередко становятся низкая заработная плата, отсутствие комфортного и благоустроенного жилья, перспек-

тив карьерного роста и условий для воспитания и развития ребёнка.

Сельский врач из Саратовской области Иван Быков рассказал о проблеме транспорта: все 5 лет ему приходится ездить к пациентам на собственном автомобиле. Проблему обеспечения транспортом сельских врачей поднял и член Комитета по охране здоровья Юрий Кобзев, подчеркнувший необходимость приобретения для медиков машин с надписью: «Земский доктор».

Заслушав аргументы собравшихся, В.Радаев пообещал взять ситуацию на контроль, дал поручение заместителю председателя правительства области Ивану Кузьмину и министру здравоохранения региона Владимиру Шульдякову.

Не обошли стороной участники дискуссии и вопросы подготовки кадров. «Саратовская вузовская школа была и остаётся одной из лучших в России. Наш регион гордится таким соседством», – подчеркнула член Комитета по охране здоровья Тамара Фролова, представляющая Тамбовскую область.

Заместитель председателя комитета Леонид Огуль, в свою очередь, поддержал инициативу ввести льготы или программы при поступлении детей сельских жителей в медицинские университеты. «Тема «Земский доктор» связана с подготовкой кадров, и этот вопрос должен ставиться как основной. Ещё непонятно, поедет ли за миллион в деревню городской житель, а сельский, окончив учёбу в городе, скорее всего, вернётся», – полагает он.

Члены Комитета по охране здоровья Татьяна Соломатина, представляющая в Государственной Думе Томскую область, и депутат от Тамбовской области Анатолий Петров обсудили с участниками встречи ход реализации программы в своих регионах.

В субъектах России за 5 лет накопились проблемы и претензии к правовому регулированию программы «Земский доктор», механизму её реализации. Так, среди участников программы значительную долю оставляют те, кто ушёл в отпуск по уходу за ребёнком. За период с 2012 по 2015 г. в целом по России этим правом воспользовались 4445 человек – 25% от общего числа переехавших. Не менее спорная ситуация складывается с призывом молодых врачей в армию, когда им приходится расторгать договор из-за ухода на действительную службу в Вооружённые силы.

Также было предложено ввести минимальный возраст для участников программы, ограничив его 35 годами, что позволит привлечь в село врачей с опытом. Особое внимание участники уделили вопросам, связанным с единовременной компенсационной выплатой: её увеличением, индексацией, введением тарификации в зависимости от удалённости места работы от крупных городов, ограничением её использования по целевому назначению, а также регламентацией случаев, при которых необходим возврат выплаченных денежных средств.

Подтянуть среднее звено

Участники встречи отметили, что не менее актуальной на селе остаётся проблема обеспечения медицинскими работниками со средним медицинским образованием. В 2016 г. по отношению к предыдущему году в целом по Российской Федерации их число сократилось на 1,4%, а в сельской местности – на 0,8%. В свете этого особую актуальность приобретает реализуемая в отдельных регионах за счёт средств бюджетов субъектов РФ программа «Земский фельдшер». Среди основных предложений присутствующие озвучили необходимость её разработки на федеральном уровне с выплатой не менее 500 тыс. руб.

Подводя итоги обсуждения, Д.Морозов отметил: «Доктору в первую очередь необходимо внимание, он должен понимать, что его любят, что он часть большой системы, и без его участия она не сможет работать полноценно». Также глава комитета напомнил, что осенью 2017 г. в Государственной Думе состоятся масштабные межфракционные парламентские слушания, посвящённые доступности и качеству оказания медицинской помощи сельским жителям, а также подготовке «земских докторов», возможно, с обеспечением условий и льгот для поступления в медицинские вузы сельской молодёжи или даже отдельных факультетов.

В рамках рабочей поездки и подготовки к заседанию «круглого стола» члены Комитета Госдумы совместно с Министром здравоохранения области Владимиром Шульдяковым посетили Клиническую больницу им. С.Р.Миротворцева Саратовского государственного медицинского университета им. В.И.Разумовского, Клинический перинатальный центр, а также врачебную амбулаторию посёлка имени Карла Маркса в Энгельском районе области.

Во встрече приняли участие заместитель председателя Федерального фонда ОМС Елена Сучкова, директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, член Совета Федерации Федерального Собрания РФ Татьяна Кусайко, более 130 представителей профильных ведомств, руководителей региональных органов управления здравоохранением и муниципальных образований, территориальных фондов ОМС, главы районов и главные врачи медицинских учреждений из 14 субъектов РФ.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

МИА Сити!

Акценты

Госдума РФ приняла в третьем, окончательном чтении Федеральный закон о внесении изменений в закон о федеральном бюджете на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.

В результате общие расходы в 2017 г. на Государственную программу «Развитие здравоохранения» в Российской Федерации составили 263,9 млрд руб., сообщили в Комитете по охране здоровья. Хотя первоначально законопроект предусматривал увеличение бюджетных ассигнований на эту программу в объёме 1,8 млрд руб. Преимущественно это расходы на инвестиции и закупку медицинского оборудования, которые ранее были «заморожены» при формировании бюджета.

Комитет Госдумы РФ по охране здоровья поддержал выделение 200 млн руб. Центральному научно-исследовательскому институту травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Минздрава России, 250 млн – Научному центру акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, 300 млн – Институту хирургии им. А.В.Вишневского.

Настойчивость вознаграждена

Депутаты поработали на систему охраны здоровья

По поправкам ко второму чтению расходы на реализацию указанной программы в 2017 г. были дополнительно увеличены на 1 млрд руб., из которых 650 млн выделено на строительство детского больничного комплекса в Комсомольске-на-Амуре.

В результате же общие расходы в 2017 г. на Государственную программу «Развитие здравоохранения» в Российской Федерации составили, как указывалось, 263,9 млрд руб.

В ходе подготовки законопроекта ко второму чтению депутаты в приоритетном порядке рассматривали выделение средств на социально значимые объекты. Так, ещё в декабре 2016 г. члены профильного комитета уделили особое внимание развитию ситуации в дооснащении современным медицинским оборудованием нового корпуса

НИИ детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина. В соответствующем запросе в Минздрав России депутаты указали на необходимость ускорить проведение государственной экспертизы корректировки медикотехнического задания и оценку стоимости оборудования. В мае 2017 г. председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев дал поручение Правительству проработать возможность выделения 3 млрд руб на эти цели. В законопроект данный инвестиционный объект не включён, но депутаты ещё раз указали на необходимость выделения средств в Постановлении Государственной Думы к третьему чтению.

Кроме того, комитет направлял запросы в Федеральное агентство научных организаций относительно

ситуации, сложившейся в Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского. Из-за масштабной реконструкции с закрытием главного клинического корпуса, которая длится уже 8 лет, весь коллектив работает фактически в 4 операционных в 3 смены и выполняет только 3 тыс. высокотехнологичных операций в год вместо 10 тыс.

Из полученного ответа следует, что центру хирургии предложено разделить проект на этапы, уточнить технико-экономические параметры и стоимость для того, чтобы включить объект в Федеральную адресную инвестиционную программу на 2018-2020 гг. Поправка ко второму чтению законопроекта председателя Комитета по охране здоровья Дмитрия Морозова и председателя Комитета по обороне Владимира Шаманова о вы-

делении в 2017 г. 120 млн руб. на уточнение проектных решений не была поддержана Правительством РФ. Однако депутатам удалось добиться включения рекомендательного пункта в Постановление Государственной Думы к третьему чтению о включении данного объекта в Федеральную адресную инвестиционную программу на 2018-2020 гг. и выделении бюджетных ассигнований в приоритетном порядке на реконструкцию корпусов центра.

Комитет по охране здоровья продолжит контроль за ситуацией с завершением строительства и оснащения этих и других социально значимых объектов здравоохранения.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

В Государственной Думе РФ и медицинском сообществе активно обсуждается проект федерального закона, запрещающего государственным и муниципальным больницам и поликлиникам оказывать платные медицинские услуги и предусматривающего обеспечение лекарствами за счёт ОМС.

Серьёзные аргументы

Платную медицинскую помощь могут предоставлять только частные клиники, считает его автор, первый заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Федот Тумусов. «Что касается государственных и муниципальных медучреждений, то после введения такого запрета попытки врачей взять с людей деньги можно будет расценивать как вымогание взятки. Со всеми вытекающими отсюда последствиями», – заявил депутат.

В пояснительной записке к законопроекту он напоминает, что государственные медицинские учреждения являются гарантом реализации конституционного права россиян на бесплатную медицинскую помощь. В то же время практика, когда в таких больницах и поликлиниках предоставляются платные услуги, делает эту помощь недоступной для многих граждан. В общем, «Кесарю – кесарево, Цезарю – цезарево», как гласит известная поговорка.

Также, по мнению Ф.Тумусова, губительным оказалось и введение частных и негосударственных организаций в систему обязательного медицинского страхования. «Нередко организации частного сектора получают деньги от ОМС, а потом берут за те же услуги оплату с граждан», – отмечает он.

Законопроект предусматривает также разграничение деятельности государственных и муниципальных медучреждений с коммерческими организациями. «Предлагается, чтобы первые оказывали медицинскую помощь согласно Конституции РФ за счёт государственных бюджетов и ОМС, а вторые оказывали бы платные услуги и действовали, как и положено частному сектору, в своём интересе на основании договоров с частными и юридическими лицами», – следует из пояснительной записки к проекту закона.

– Пока мы не запретим государственным и муниципальным медучреждениям оказывать платные медуслуги, у пациентов будут проблемы, к примеру, с записью к врачу, – считает Ф.Тумусов. – Что происходит сегодня? Вы обращаетесь в государственную поликлинику, а вам говорят: «У нас очередь, врач сможет вас принять только через неделю. Но если вы запла-

тите деньги, то на приём сможете попасть уже сегодня». Такого быть не должно.

Надо признать, что россияне плохо знают свои права. Многие из пациентов, не моргнув глазом, отдают деньги в поликлиниках, соглашаются подолгу ждать приёма врача, терпят хамство. Это подтверждает и исследование экспертов Межрегионального союза медицинских страховщиков, составивших топ самых распространённых нарушений прав пациентов, которые имеют полис ОМС. Рейтинг, кстати, составлен

норм законопроекта могут быть отсрочены на 3-5 лет.

Однако ранее Министерство здравоохранения РФ выступило с ещё более радикальной инициативой: за счёт ОМС должны оплачиваться и лекарственные препараты, необходимые для амбулаторного лечения граждан. В Минздраве полагают, что многие россияне, которые не могут позволить себе такие расходы, прекращают лечение, что негативно отражается на их здоровье.

Идея включить выписываемые по рецепту жизненно необхо-

жет. Корпоративные программы добровольного медицинского страхования ряда страховых компаний предусматривают специальную опцию – софинансирование расходов на лекарства.

Не наломать бы дров...

Бюджет Федерального и территориальных фондов ОМС в 2016 г. превысил 3 млрд руб. Примерно половина формируется за счёт страховых сборов (5,1% от фонда оплаты труда), остальная – субвенции из бюджетов субъектов Федерации.

Проблемы и решения

Кесарю — кесарево?

Как быть с бесплатной медицинской помощью?

по вполне обоснованным жалобам наших соотечественников в страховые медицинские организации компании, полученным в 2016 г.

Горькое лекарство

Весомое место занимают в этом рейтинге и жалобы, связанные с лекарственным обеспечением в стационарах. Оказывается, до сих пор мало кто знает, что все лекарства, которые назначает вам врач во время госпитализации, должны предоставляться больным строго бесплатно. Однако медработники нередко посылают родственников пациентов в аптеки, чтобы те купили тот или иной препарат, а то и расходные материалы (бинты, памперсы и пр.).

Так вот, проект названного закона призван решить и задачу общего бесплатного лекарственного обеспечения, которая подразумевается конституционным правом россиян на медицинскую помощь. Соответствующие поправки вносятся в закон об основах охраны здоровья граждан РФ. Ф.Тумусов предлагает Правительству России создать систему учёта эффективности вложения средств в здравоохранение. Как показал пилотный проект в Кировской области, средства, вложенные в амбулаторные лекарства, сокращают расходы на скорую помощь и стационарное звено и дают прирост количества трудодней. Такие проекты следует реализовывать по всей России и наладить учёт влияния вложений в лекарства на бюджеты Федерального фонда ОМС и Фонда социального страхования. В связи с этим ряд

димые и важнейшие лекарственные препараты в программу ОМС обсуждается уже более года. Главным препятствием остаётся дефицит региональных бюджетов, на которые в первую очередь ложится бремя финансирования государственной системы здравоохранения. Не определено также, смогут ли получать компенсации все пациенты или только отдельные категории, какую часть расходов должны будут нести сами граждане и многое другое. Пилотный проект, как уже говорилось выше, реализуется в Кировской области, власти которой оплачивают лекарства для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями – затраты составили 6 млн руб., но благодаря снижению количества вызовов скорой помощи и госпитализаций экономия достигла 15 млн руб.

В настоящее время необходимые для амбулаторного лечения препараты оплачиваются только льготным категориям граждан (участники Великой Отечественной войны, инвалиды I и II группы и т.д.), выбравшим так называемый социальный па-



Чек, полученный из больничной кассы, становится пропуском к лечению

Совокупные затраты пациентов на приобретение лекарств оцениваются в 500 млрд руб. в год, в том числе около 250 млрд – на включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Предложенный Ф.Тумусовым законопроект уже встретил поддержку многих депутатов и части медицинской общественности.

В то же время некоторые парламентарии и эксперты счита-

ют, что бороться с попытками медиков заработать можно и другими, не столь радикальными методами. «Вообще, запрещать государственным и муниципальным медорганизациям оказывать платную медпомощь всё же не стоит, – сказал член Комитета Совета Федерации по социальной политике, заслуженный врач РФ Владимир Круглый. – Напомню, заработанные таким образом деньги больницы и поликлиники тратят главным образом на две цели: часть из них идёт на выплаты медперсоналу, часть – на развитие медучреждения, то есть

закупку оборудования, расходных материалов, лекарственных препаратов».

По словам сенатора, за оказание платных услуг больницами и поликлиниками предусмотрен довольно строгий контроль: «Утверждается прейскурант, и главные врачи отчитываются перед региональными департаментами здравоохранения, сколько денег больница или поликлиника заработала, – пояснил В.Круглый. – К тому же по закону в каждом медучреждении должна быть информация для пациента, что ему положено бесплатно, а за какие медуслуги придётся заплатить».

Другое дело, что, по словам В.Круглого, и местные департаменты здравоохранения, и Росздравнадзор, и Роспотребнадзор должны следить за тем, чтобы больницы и поликлиники «искусственно не создавали таких условий, в которых человеку за медпомощь придётся платить». «Надуманные очереди к специалистам, естественно, недопустимы, – подчеркнул сенатор. – Но в данном случае за происходящим в больницах и поликлиниках должны следить местные власти, здесь очень многое от них зависит».

Что же касается радикальных запретов на платную медпомощь, то эта мера, по мнению сенатора, просто уведёт такие услуги «в тень», и пациенты начнут договариваться с врачами частным образом.

С кем и с чем согласиться – ваше дело, читатель...

Иван САВРАНОВ.

МИА Сито!

Фото Александра ХУДАСОВА.

Новости

Редкую операцию по восстановлению тазобедренного сустава провёл заведующий отделением травматологии № 1 Челябинской областной клинической больницы, главный травматолог Минздрава области, заслуженный врач РФ Леонид Полляк. В итоге 37-летняя Ирина Попова из Коркино получила возможность нормально ходить без помощи костылей, ходунков и даже трости.

Девочка появилась на свет с весом 900 г и тяжёлой патологией-вывихом и недоразвитостью тазобедренного сустава и до сих пор вынуждена была передвигаться с огромным трудом. Кость бедра заканчивалась неразвитой головкой сустава (практически

С особым подходом

незаметной даже на снимках) и упиралась краем прямо в кость таза, создавая при ходьбе неприятные ощущения.

Несмотря на инвалидность с детства, она смогла выносить и родить ребёнка. Однако с годами постоянная боль стала невыносимой и лишила возможности передвигаться. Женщина обращалась к травматологам, но от необычной пациентки отказались все специализированные клиники.

«Мы сделали всё, что смогли, придётся тебе с этим жить, – сказал мне врач в Барнауле после

двух операций и года мучений с аппаратом Илизарова на бедре, – вспоминает Ирина. – Я уже почти потеряла надежду, но тут мне очень повезло – попала на приём к Леониду Наумовичу. Он сделал то невозможное, чего не смогли другие: у меня теперь есть нормальный сустав!».

Чтобы избавить пациентку от невыносимой боли и вернуть ей возможность самостоятельно передвигаться, Л.Полляк установил эндопротез, удалив часть кости, где была расположена неразвившаяся головка сустава.

«Ситуация в целом сложилась очень непростая, – комментирует он. – Во-первых, это уже взрослый, сформировавшийся организм; обычно такие вещи исправляют детские ортопеды. Во-вторых, очень маленький рост пациентки (140 см), и, соответственно, небольшие размеры самих суставов».

И.Попову вскоре выписали домой, она получила все необходимые рекомендации по реабилитации и уже самостоятельно передвигается по коридору. Пока ей придётся ходить в специально модифицированной обуви, где

подошва одного ботинка существенно толще другой.

Каждый месяц Ирине придётся приезжать на контрольные консультации. Примерно через месяц специальную подошву можно будет постепенно уменьшать, так как кости таза должны привыкнуть к новому положению, длина ног сравняется, а походка станет более ровной.

Всего в отделении травматологии и ортопедии № 1 Челябинской ОКБ ежегодно проводится более 800 операций по эндопротезированию суставов, тазобедренных и коленных. Некоторые из них требуют особого подхода.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Несмотря на все достижения современной медицины, смертность от онкологических заболеваний не снижается. В чём причина? Почему лекарственный препарат «работает» у одного пациента, а другому бессилён помочь? Можно ли вообще избежать рака? Об этом и многом другом наш разговор с председателем Российского общества клинической онкологии, заместителем директора по научной работе Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, профессором Сергеем Тюляндиным.

– Сергей Алексеевич, чем обусловлен рост числа онкологических заболеваний: лучше стали считать или больше болеть?

– Сегодня отмечается существенный прогресс в увеличении продолжительности жизни здоровых людей во всём мире. Параллельно идёт рост заболеваемости злокачественными опухолями, потому что рак – преимущественно болезнь пожилых. Косвенным свидетельством этого является ситуация с онкозаболеваемостью в развивающихся странах. Если раньше она была очень низкой, то по мере роста благосостояния людей, улучшения условий и продолжительности жизни мы видим всплеск заболеваемости злокачественными опухолями. Без сомнения, неблагоприятная среда также вносит свой вклад. Изменение пищевых привычек, переход с растительной пищи на белковую также могут способствовать росту заболеваемости. Но всё-таки я считаю, что основная причина кроется в старении населения.

– А этнические особенности?

– В этом плане имеются разные вариации. Есть опухоли, которые часто встречаются в азиатской популяции и реже – в европейской. Например, рак яичка широко распространён у европейских мужчин и практически не встречается у азиатов, а у афроамериканцев этот вид рака встречается в 5-10 раз реже, чем у белых американцев. В этой связи клинические испытания нового лекарственного средства всегда проходят с включением разных этнических групп. То есть генетические факторы играют определённую роль. В какой степени? Не берусь оценивать.

– Что является пусковым механизмом развития рака?

– Считается, что рак – болезнь генома. С возрастом в молекулах ДНК накапливаются генетические повреждения, которые клетки умеют исправлять (репарировать). Трудно представить, но каждая клетка нашего организма в среднем испытывает до 10 тыс. повреждений ДНК в день, и она их успешно репарирует. Вот такую совершенную «машину» создала эволюция для поддержания генома. Но со временем эти защитные функции ослабевают. В результате генные поломки накапливаются, снижается противоопухолевый иммунитет, что в конечном итоге приводит к развитию злокачественных опухолей.

– Почему одни виды рака хорошо поддаются лечению, а другие – это практически приговор для больного?

– Я не знаю ответа на этот вопрос. Возьмём, к примеру, рак молочной железы. У двух женщин выявлена абсолютно идентичная опухоль (одинаковые гистологическое строение, рецепторы эстрогенов и прогестеронов, обе опухоли экспрессируют антиген

Авторитетное мнение

Разные портреты одной болезни

Об «умных» опухолях, клональной эволюции и междисциплинарном подходе при лечении рака

Ki-67), но, когда начинаем лечить, одна поддаётся терапии, а другая – нет.

Ряд опухолей (поджелудочной железы, почки) изначально не чувствительны к химиотерапии. Начинаешь лечить больного и получаешь положительный эффект, но он достигается за счёт популяции клеток, которые чувствительны к терапии. При этом сама опухоль остаётся, и нечувствительная популяция клеток через некоторое время замещает ту, которая поддаётся лечению. В результате заболевания прогрессирует и становится неконтролируемым.

Как правило, наиболее резистентными к терапии являются те органы и ткани, которые участвуют в детоксикации: печень, почки. Противоопухолевые препараты тоже токсичны, и организм пытается от них избавиться. То же самое происходит и с головным мозгом: лекарства просто не могут проникнуть через гематоэнцефалический барьер, который препятствует токсическим воздействиям. Это такое механическое объяснение.

Наибольшего успеха нам удаётся достигнуть в том случае, если известна биологическая мишень, на которую необходимо воздействовать. Когда лечение осуществляется эмпирически, чаще всего оно оканчивается неудачей или имеет кратковременный эффект.

– Как строится современная тактика лечения онкологических заболеваний? Какое место в ней принадлежит фармакотерапии?

– Здесь нет какой-то доминанты. Рак – это не болезнь отдельных органов и тканей. Это системное заболевание, при котором опухолевые клетки на самых ранних этапах развития опухоли способны выходить за её пределы и с помощью лимфы или крови разноситься по всему организму, давая начало микрометастазам. К счастью, большинство из них погибает, в том числе и благодаря работе иммунной системы. Как показывают исследования, адьювантная лекарственная терапия после оперативного вмешательства улучшает результаты лечения именно за счёт уничтожения микрометастазов. Поэтому показания к назначению химиотерапии и/или гормональной терапии оперебельных больных до операции или после неё возрастают. И список опухолей, при которых она показана, также увеличивается.

Если говорить о системной терапии, её желательно рассматривать в комплексе, поскольку наилучшие результаты достигаются при рациональном использовании всех трёх методов: хирургических, лучевых и лекарственного лечения.

Всё зависит от стадии опухолевого процесса. При дебюте заболевания на первое место выходит хирургический метод, остальные являются вспомогательными в плане улучшения результатов лечения. В более позднем периоде системная терапия используется для того, чтобы сделать больного операбельным и дать возможность хирургу провести операцию в полном объёме с хорошими результатами. На поздних стадиях приоритет отдаётся лекарственному лечению, но также широко используются и хирургические методы лечения даже у метастатических больных.

Тем не менее число больных, которые нуждаются в химиотерапии, растёт, в том числе за счёт увеличения продолжительности лечения. Если раньше мы использовали одну линию терапии, то есть назначали больному какую-то схему, проводили 3-4 курса, и при отсутствии результата на этом всё заканчивалось, то сейчас для некоторых видов опухолей существует 4-5 различных последовательностей лекарственной терапии. В этой связи потребность в противоопухолевых препаратах очень высокая, но, к сожалению, не все пациенты сегодня могут получить эту помощь в достаточном объёме.

– Проблема в том, что этих лекарств нет в списках или в отсутствии физической возможности их приобрести?

– Медицинская наука не стоит на месте: появляются и регистрируются новые препараты, позволяющие улучшить или повысить качество жизни пациентов даже на последних стадиях рака. Однако сегодня онкологический больной лечится в рамках системы ОМС, а это подразумевает, что лекарствами его должно обеспечить государство. Но это на бумаге. В реальности всё гораздо сложнее, имеется значительный дефицит бюджетных средств для закупки противоопухолевых препаратов. К сожалению, не все пациенты могут себе позволить закупать эти препараты самостоятельно, учитывая высокую стоимость терапии. Хотя и такие препараты тоже должны быть доступны пациентам – тем более когда это единственный шанс на улучшение качества или продолжительности жизни на поздних стадиях заболевания.



– Как решается проблема мультиморбидности? Насколько она актуальна для онкологических больных? Тем более если речь идёт о пожилых людях.

– Для пациентов молодого и среднего возраста данная проблема не менее актуальна, и обусловлена она в том числе успешно проводимым противоопухолевым лечением: лучевой, лекарственной терапией и т.д. После окончания лечения они также нуждаются в пристальном наблюдении не только онкологов, но и специалистов других направлений, так как у них имеется повышенный риск развития сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний.

Что касается пожилых пациентов, то они, как правило, имеют массу сопутствующих заболеваний. Так, специалистами онкоцентра совместно с коллегами из Института клинической кардиологии им. А.Л.Мясникова несколько лет назад была разработана программа по совместному ведению больных с сопутствующей кардио- и онкопатологией. К примеру, пациенту, имеющему хроническую сердечную недостаточность, проводится одновременно аортокоронарное шунтирование и онкологическая операция или последовательное выполнение хирургических вмешательств. В целом накоплен уже достаточный опыт подобных совместных операций.

– То есть важен междисциплинарный подход в ведении данной категории больных? Какие алгоритмы существуют в этом плане?

– Абсолютно верно. Важнейшее требование, чтобы судьба

каждого больного, у которого диагностирована злокачественная опухоль, независимо от стадии заболевания, обсуждалась коллегиально специалистами различных направлений. Помимо хирургов, химиотерапевтов и лучевых терапевтов в этой команде обязательно должен быть морфолог, радиолог. Этот алгоритм сегодня берётся на вооружение не только в крупных научных центрах, но и в региональных онкодиспансерах. Прежде чем приступить к лечению, необходимо составить чёткий план: какая операция необходима больному, в каком объёме, когда надо начать химиотерапию, в какой момент подключить лучевую терапию и т.д. Именно в такой коллегиальности мы видим залог успешной работы.

– Могли бы вы озвучить основные сложности современной фармакотерапии онкозаболеваний?

– Первая «сложность» обусловлена гетерогенностью опухоли. Как я уже отметил, один и тот же опухолевый процесс у двух разных больных может иметь разное течение. Но и у одного больного первичная опухоль и её метастазы также очень часто отличаются друг от друга. Когда мы начинаем лечить такого больного, то, по сути, имеем дело с клеточной популяцией, обладающей различными биологическими свойствами. Часть клеток оказывается чувствительна к химиотерапии, другая – нечувствительна изначально, а третья приобретает нечувствительность в процессе лечения.

Ещё один фактор – клональная эволюция популяции опухолевых клеток, их способность меняться по мере опухолевой прогрессии и под влиянием проводимой лекарственной терапии. Назначая лекарственное лечение, мы рассчитываем, что препарат будет избирательно поражать имеющуюся в опухоли мишень. Такой мишенью чаще всего бывает неправильно функционирующий в результате мутации генов рецептор или белок, передающий внутриклеточный сигнал, или важный для опухолевой клетки фермент. Если это происходит, то назначенное лечение оказывается чрезвычайно эффективным, и опухолевые узлы исчезают или существенно сокращаются в размерах. Казалось, цель терапии достигнута. Но по какой-то причине, на фоне мутации или активации других сигнальных путей, в опухоли появляются новые варианты клеток, нечувствительных к проводимому лечению. По сути, это уже совсем другая опухоль, с совсем другими биологическими свойствами, и всё надо начинать заново. Это некая смертельная игра, где опухоль постоянно опережает нас, а мы

вынуждены постоянно её догонять. Именно об этом говорил Чарльз Дарвин, описывая эволюционный процесс.

– Но сегодня врач ограничен рамками стандартов и протоколов лечения. Каким образом можно индивидуализировать терапию?

– На современном технологическом витке развития индивидуализация терапии невозможна. Пока накоплено недостаточно знаний, чтобы понять все имеющиеся взаимосвязи внутри опухоли. Ни одно лекарство на сегодняшний день ни показало 100% эффекта, поэтому в качестве стандарта терапии выбирается некий компромиссный вариант – препарат, который оказывает наибольший эффект, с большей продолжительностью действия и меньшей токсичностью. Так что индивидуализация пока очень приблизительная.

– Значит, в обозримом будущем у больных не будет возможности лечиться в соответствии с «портретом» своего рака?

– «Портрет» рака можно сделать уже сегодня, проведя секвенирование генома опухоли. В итоге вы получите два чемадана бумаги или диск на энное количество гигабайт. Принесёте всё это к врачу, и что он будет делать? Мало получить информацию, её надо проанализировать и на основании этого анализа выбрать лечение. Это очень сложная задача. Дело в том, что при анализе генетического материала в опухоли определяется огромное число нарушений. Интерпретация таких нарушений, в частности какие из них определяют злокачественность опухоли, а какие являются просто случайными «пассажирами», до сих пор разработана плохо. Если в результате такого анализа будет определена имеющаяся в опухоли мишень, для которой существует лекарственный препарат, то его назначение существенно повышает шансы на успех терапии.

– Сегодня делается упор на раннюю диагностику рака: чем раньше выявлено заболевание, тем больше шансов у больного на выздоровление... Почему?

– Болезнь на ранней стадии, меньше мутаций.

– Только поэтому? Основной залог успеха – в раннем старте терапии. Благодаря маммографии или УЗИ ещё никто не вылечился, но это заблуждение живёт почему-то у всех в головах: наших чиновников, журналистов. В смысле, если мы сегодня будем всех диагностировать, завтра решим проблему рака. Посмотрите на опыт США, и станет ясно, что это далеко не так. А мы наставили томографов, а про лечение как-то забыли. И потом удивляемся, почему у нас смертность от рака как росла, так и растёт.

– Вы упоминали о «смертельной игре». Когда учёные всё же смогут одержать победу над опухолевой клеткой?

– Природе нужны молодые люди, которые воспроизводят потомство, активно работают и т.д. И ей не нужны старики, поэтому она изобрела чёткий механизм их уничтожения. По сути, мы боремся не с опухолью, а с эволюцией, поэтому я очень сомневаюсь в «окончательной победе». Вероятно, благодаря достижениям медицинской науки мы научимся откладывать процесс возникновения рака, лучше его контролировать, но победить... Я не рискую давать такие предсказания. Это взгляд реалиста, который проработал

уже почти 40 лет онкологом. Если вы поговорите с молодым врачом, то он наверняка скажет – да, завтра мы победим. И я так говорил и думал, но сейчас, когда профессиональная карьера подходит к концу, понимаю, что это не так.

– Потребность в лекарствах растёт. Как это согласуется со словами известного отечественного фармаколога Б.Вотчала: «поменьше лекарств, только то, что совершенно необходимо». Или в онкологии такой подход неприемлем?

– Почему же? Он чётко работает при многих опухолях. Раньше основной упор делался на создание комбинаций противоопухолевых препаратов, прежде всего потому, что они были не очень активны. И создавая такой «лекарственный коктейль» мы пытались повысить эффективность терапии.

Сегодня, когда лечение стало более эффективным, для многих опухолей, чувствительных к химиотерапии, скажем, при раке молочной железы, мы начинаем его с одного препарата и стараемся удержать на нём пациентку как можно дольше. В случае прогрессирования заболевания подключаем другой препарат. Конечно, можно было бы сразу начать использовать их в комбинации, и, возможно, эффект лечения был бы более впечатляющим, но, применяя их последовательно, в конечном итоге понимаешь, что это был правильный выбор.

Есть логика спринтера, когда надо быстро добежать до финиша, и есть логика стайера, когда надо бежать долго. Образно выражаясь, при многих опухолях не стоит «быстро бежать», а надо перевести опухоль в хроническое состояние, чтобы больной мог прожить с ней долго, сохраняя качество жизни.

– В этом и заключается современная тактика лечения?

– Онкология – слишком большой раздел медицины, чтобы говорить о какой-то универсальности. В каждом конкретном случае используется разная тактика. Она может быть агрессивной, к примеру, если больной находится на грани операбельности и нужно в короткие сроки добиться максимального терапевтического эффекта. В данном случае может быть использована комбинация препаратов с высокой токсичностью, но это оправданный риск. И мы сознательно идём на это, чтобы хирурги имели возможность выполнить потом свою операцию.

Если при местнораспространённых опухолях уместна тактика спринтера, то при метастатическом процессе чаще используется тактика стайера. Она предполагает получение максимального по длительности контроля над опухолевым ростом без серьёзной токсичности. Для этого чаще всего используют лечение одним противоопухолевым препаратом с последующим назначением другого в случае прогрессирования.

Сегодня мы реже говорим о неудачах терапии, у нас есть выбор. Он заключается в том, что, думая о методах лекарственной терапии, мы можем варьировать наши химиотерапевтические подходы в зависимости от состояния пациента, от степени распространения заболевания, сопутствующих заболеваний, и это уже приносит положительные результаты.

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Современные технологии

В этом году Кемеровский областной клинический кожно-венерологический диспансер втрое увеличил количество квот на оказание высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с тяжёлыми формами хронических неинфекционных заболеваний кожи.

лекарственными препаратами больным по показаниям назначают фототерапию волнами разной длины и лазероманнитную терапию. Также может назначаться плазмаферез – метод внутривенной терапии, позволяющий очищать кровь от токсинов.

генно-инженерные биопрепараты за рамками программы ВМП в условиях дневного стационара. Эти лекарства считаются «тяжёлой артиллерией» дерматологии. Их назначают больным со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами обыкновенного псориаза и псориазического артрита,

В русле мировых тенденций

«Тяжёлая артиллерия» дерматологии в действии

Впервые Кемеровский диспансер вступил в программу ВМП в 2015 г.: на лечение были взяты 12 пациентов трудоспособного возраста, длительное время страдавших тяжёлыми и среднетяжёлыми формами склеродермии, пузырчатки, атопического дерматита, псориаза и псориазического артрита, не поддававшихся обычным методам лечения.

Ранее часть таких больных в рамках федеральных квот направляли в клиники федерального уровня. Но квот было немного, и выделяли их преимущественно больным с уже установленной инвалидностью. После того как некоторые виды дорогостоящей помощи были погружены в систему ОМС, высокие медицинские технологии стали гораздо ближе и доступнее для жителей регионов.

«В текущем году мы сможем оказать помощь уже 32 сложным пациентам», – уточняет главный врач диспансера Татьяна Павлова.

Лечение в рамках ВМП комплексное и требует госпитализации пациентов. Наряду со средствами для наружного применения и дорогостоящими



Дорогостоящие генно-инженерные препараты применяются в виде... обычных подкожных инъекций

Дерматовенерологи изначально рассчитывали на хороший эффект от применения ВМП. Но действительность превзошла ожидания: около 70% пациентов, пролеченных в 2015 г., вот уже 1,5 года находятся в ремиссии. Часть из них вернулись на работу, кто-то устроил личную жизнь. Кроме этого, второй год подряд Кемеровский диспансер приме-

включая тех, кому не помогла. Одна инъекция биопрепарата (а лечение курсовое) стоит от 50 до 250 тыс. руб. Но пациенты получают их бесплатно.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.

Назначения

В НижГМА – новый ректор

Исполняющим обязанности ректора Нижегородской государственной медицинской академии назначен доктор медицинских наук Николай Карякин. Его представил в качестве руководителя заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Артём Тарасенко на встрече с коллективом НижГМА.

– В соответствии с действующим законодательством наступил предельный срок работы в должности ректора у Бориса Шахова, и по прямому поручению министра здравоохранения РФ я представляю в должности исполняющего обязанности ректора НижГМА Николая Карякина, – заявил А.Тарасенко. Он отметил, что под руководством Б.Шахова академия динамично развивалась. Она добилась больших успехов и в образовательных программах, и в развитии инфраструктуры.

«Сегодня серьёзное и важное событие в жизни нашего вуза. Решение Минздрава о назначении на пост ректора Николая Николаевича позволит вузу сделать новые серьёзные шаги в своём развитии. Надеемся, что многие

вопросы, стоящие сегодня перед высшей медицинской школой, будут решены на новом уровне. Н.Карякин имеет огромный опыт управленческой работы и обладает широким спектром компетенций, чтобы эти вопросы решить. Благодарю Минздрав России за постоянную помощь и поддержку», – заявил Б.Шахов.

«Для меня это очень высокая честь быть назначенным исполняющим обязанности ректора НижГМА – одного из сильнейших образовательных учреждений в сфере здравоохранения. Переходя на работу в Нижегородскую медакадемию, я приложу все усилия для того, чтобы инициативы коллектива по развитию академии были внедрены, чтобы для современных выпускников стали доступны и современные технологии в здравоохранении», – прокомментировал назначение доцент Н.Карякин. Профессор Б.Шахов, возглавлявший НижГМА с 2007 по 2017 г., продолжит работу в академии.

Из досье «МГ». Н.Карякин родился 11 октября 1975 г. в Коломне Московской области. В 2000 г. окончил Рязанский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова по специальности «лечебное дело». В 2002 г. завершил обучение в

клинической ординатуре по специальности «нейрохирургия» в Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского; в 2005 г. – аспирантуру по этой же специальности. В 2005 г. окончил Государственный университет управления по специальности «государственное и муниципальное управление». С 2010 по 2017 г. возглавлял Приволжский федеральный медицинский исследовательский центр Минздрава России. С 2011 г. – доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФПКВ НижГМА. Н.Карякин является членом Общественного совета при ГУ МВД России по Нижегородской области. Тема кандидатской диссертации – «Пневмоцефалия: клиника, диагностика и лечение» (2005). Тема докторской диссертации – «Научное обоснование путей повышения эффективности управления медицинской помощью в условиях разграничения полномочий между уровнями власти» (2014). Опубликовал более 40 научных работ, автор 12 патентов РФ на изобретение.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 47 (2077)

Острая дыхательная (респираторная) недостаточность (ОДН) – быстро нарастающее (время развития несколько минут/дней) тяжёлое патологическое состояние больного, обусловленное несоответствием системы внешнего дыхания метаболическим потребностям организма для поддержания нормального парциального напряжения кислорода и углекислого газа в артериальной крови, или оно достигается за счёт усиленной работы систем дыхания и кровообращения, что приводит к снижению и последующему истощению функциональных возможностей организма.

Классификация по МКБ-10

Код по МКБ-10	Нозологические формы
J96	Дыхательная недостаточность, не классифицированная в других рубриках
J96.0	Острая респираторная недостаточность

Наиболее часто в клинической практике используют этиологическую и патогенетическую классификацию ОДН.

Этиологическая классификация ОДН (В.Кассиль, Н.Рябова, 1977): первичная, вторичная, смешанная форма.

Первичная ОДН характеризуется нарушением доставки кислорода в альвеолы из-за повреждения системы внешнего дыхания.

При вторичной ОДН страдает транспорт кислорода из альвеол к тканям, так как происходит развитие патологических процессов в системах, которые не относятся непосредственно к органам дыхания, в первую очередь развивается декомпенсация кровообращения.

Смешанная ОДН сопровождается сочетанием артериальной гипоксемии и гиперкапнии.

Патогенетическая классификация ОДН (Ю.Шанин, А.Костюченко, 1975): гипоксемическая, вентиляционная, смешанная.

Гипоксемическая дыхательная недостаточность (паренхиматозная, лёгочная, ДН 1-го типа) характеризуется артериальной гипоксемией, развивающейся главным образом в результате нарушения регионарного вентиляционно-перфузионного баланса или внутрилёгочного шунтирования крови.

Основными патогенетическими механизмами гипоксемии являются:

- снижение парциального давления кислорода во вдыхаемом воздухе
- общая гиповентиляция лёгких
- нарушения диффузии газов через альвеолокапиллярную мембрану
- нарушение вентиляционно-перфузионных отношений
- шунт (прямой сброс венозной крови в артериальную систему кровообращения)
- снижение парциального напряжения кислорода в смешанной венозной крови.

Снижение обмена между альвеолярным воздухом и кровью обусловлено: а) нарушением распределения – альвеолярное пространство получает в целом за единицу времени достаточное количество воздуха, но последний распределяется в лёгких неравномерно; гипervентиляция одних и гиповентиляция других альвеол; б) кровь, протекающая через гиповентилируемые альвеолы, является причиной внутрилёгочного шунта и артериальной гипоксемии; в) нарушением диффузии; альвеолярная вентиляция нормальна, но проникновение газов через альвеолярную стенку затруднено. Причинами возникновения гипоксемической ОДН, трудно устранимой кислородотерапией, чаще всего бывают тяжёлые паренхиматозные заболевания лёгких.

Вентиляционная дыхательная недостаточность (гиперкапническая, «насосная», ДН 2-го типа) обусловлена первичным уменьшением эффективности лёгочной вентиляции (альвеолярная гиповентиляция), что нарушает выведение CO_2 и нередко приводит к нарушениям кислотно-основного состояния (КОС), то есть характерным признаком является гиперкапния ($\text{P}_a\text{CO}_2 \geq 45$ мм рт.ст.), гипоксемия также присутствует, но хорошо поддаётся терапии кислородом. Уровень гиперкапнии прямо пропорционален степени уменьшения альвеолярной вентиляции.

Патофизиологические механизмы гиперкапнии:

- снижение минутной вентиляции лёгких (гиповентиляция)

- увеличение физиологического «мёртвого» пространства

- повышение продукции углекислоты.

При данном типе ОДН снижена альвеолярная вентиляция. За единицу времени в альвеолы поступает меньше воздуха, чем в норме: а) рестриктивные нарушения – дыхательная поверхность и эластичность лёгких уменьшены; б) обструктивные нарушения – нарушение бронхиальной проходимости, спазм бронхов, гиперсекреция слизи, отёк

Оказание скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности

Клинические рекомендации

слизистой оболочки бронхов; в) расстройстве нервной регуляции – гиповентиляция при поражении дыхательного центра или периферических нервов. Частые причины развития: хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), травмы груди и живота, пневмоторакс, дисфункция дыхательной мускулатуры, ожирение, кифосколиоз, заболевания, сопровождающиеся снижением активности дыхательного центра и пр.

Смешанная дыхательная недостаточность. Нарушено как распределение газа в лёгких (вентиляционно-перфузионные отношения, так и вентиляционная (насосная) функция лёгких. Компенсаторно возникает одышка – ранний и надёжный симптом ОДН, субъективно проявляющийся чувством нехватки воздуха или затруднения дыхания. При этом изменяются частота, ритм и глубина дыхания, сопровождающиеся повышением работы дыхательных мышц.

Степени тяжести синдрома ОДН

Вентиляционная ОДН:
 Норма: $\text{P}_a\text{CO}_2 = 35-45$ мм рт.ст.
 I степень (умеренная) – $\text{P}_a\text{CO}_2 < 50$ мм рт.ст.
 II степень (выраженная) – $\text{P}_a\text{CO}_2 = 51-69$ мм рт.ст.

III степень (тяжёлая) – $\text{P}_a\text{CO}_2 > 70$ мм рт.ст.
 гиперкапническая кома – $90-140$ мм рт.ст.

Паренхиматозная ОДН:
 Норма: $\text{P}_a\text{O}_2 = 80-100$ мм рт.ст. ($\text{SpO}_2 \geq 95$ мм рт.ст.)

I степень (умеренная) – $\text{P}_a\text{O}_2 = 60-79$ мм рт.ст. ($\text{SpO}_2 = 90-94\%$);

II степень (выраженная) – $\text{P}_a\text{O}_2 = 40-59$ мм рт.ст. ($\text{SpO}_2 = 76-89\%$);

III степень (тяжёлая) – $\text{P}_a\text{O}_2 < 40$ мм рт.ст. ($\text{SpO}_2 \leq 75\%$);

гипоксемическая кома – $39-30$ мм рт.ст.

На догоспитальном этапе обязательно используется пульсоксиметрия портативными аппаратами. Насыщение гемоглобина кислородом менее 90% указывает на ОДН (категория доказательств А, 1+).

Общие причины острой дыхательной недостаточности

Травматические и экзогенные

– угнетение регуляции дыхания: травма головы, передозировка седативными препаратами;

– нервно-мышечные поражения: травма спинного мозга, воздействие лекарственных средств (миорелаксанты, опиаты и пр.), интоксикация;

– поражение стенки грудной клетки и плевры: переломы рёбер, струп после ожога, торакопластика;

– поражение дыхательных путей: аспирация инородного тела, повешение;

– поражение лёгких: ушиб, ингаляционные поражения, цитотоксические препараты.

Сосудистые

– угнетение регуляции дыхания: острое нарушение мозгового кровообращения;

– нервно-мышечные поражения: поперечный миелит;

– поражение стенки грудной клетки и плевры: плевральный выпот;

– поражения дыхательных путей: аневризма аорты;

– поражение лёгких: ТЭЛА, острая сердечная недостаточность, шок, васкулиты.

Онкологические

– угнетение регуляции дыхания: первичный или метастатический рак;

– нервно-мышечные поражения: паранеопластические синдромы;

– поражение стенки грудной клетки и плевры: мезотелиома;

– поражение дыхательных путей: рак гортани, аденома бронхов;

– поражение лёгких: лимфангит при раке, диффузная лимфома.

Инфекционные

– угнетение регуляции дыхания: менингит, абсцесс мозга, энцефалит;

– нервно-мышечные поражения: полиомиелит, синдром Гийена – Барре, столбняк, ботулизм;

– поражение стенки грудной клетки и плевры: эмпиема;

– поражение дыхательных путей: ХОБЛ;

– поражение лёгких: пневмония.

Наиболее частыми причинами острой вентиляционной дыхательной недостаточности являются заболевания, вызывающие поражение:

– дыхательного центра – передозировка лекарственными и наркотическими препаратами (седативные, алкоголь), общая анестезия; первичная альвеолярная гиповентиляция; инсульт, опухоли мозга, резекция каротидного синуса;

– проводящих нервных путей – спинного мозга (травма, опухоль, сосудистая патология); демиелинизирующие периферические нейропатии (синдром Гийена – Барре); поражение передних рогов спинного мозга (полимиелит, боковой амиотрофический склероз); поражение диафрагмального нерва (травма, операция на сердце, опухоли);

– дыхательных мышц – воздействие миорелаксантов, мышечная дистрофия, полимиозит, дерматомиозит, миастения, столбняк, ботулизм; гипофосфатемия, гипокалиемия, гипомagneмия, микседема;

– грудной клетки – выраженный кифосколиоз, тяжёлое ожирение, травматическая асфиксия, тугие повязки грудной клетки;

– плевры – пневмоторакс, плевральный выпот;

– дыхательных путей – инородное тело, паралич голосовых связок, ХОБЛ, тяжёлое обострение бронхиальной астмы;

– заболевания или патологические состояния, приводящие к повышению вентиляции «мёртвого» пространства (ХОБЛ, ОРДС, гиповолемический или кардиогенный шок, ТЭЛА)

– к повышению продукции CO_2 (злокачественная гипертермия, сепсис, ожоги, тяжёлая травма, судороги).

ОДН развивается в период времени от нескольких минут до нескольких дней. Синдром ОДН необходимо устанавливать не только на основании клинических признаков. Требуется также исследование газового состава артериальной крови – парциального напряжения кислорода (P_aO_2) и углекислого газа (P_aCO_2), проведение пульсоксиметрии.

– поражение стенки грудной клетки и плевры: спонтанный пневмоторакс;

– поражение дыхательных путей: ларингоспазм;

– поражение лёгких: респираторный дистресс-синдром, фиброз лёгких.

Метаболические

– угнетение регуляции дыхания: кома, микседема, алкалоз;

– нервно-мышечные поражения: гипофосфатемия;

– поражение лёгких: ингибирование карбоангидразы, гипоксемия при циррозе печени.

Иммунологические

– угнетение регуляции дыхания: апноэ во время сна при аллергическом рините;

– поражение лёгких: ангионевротический отёк гортани, аллергическая форма бронхиальной астмы;

– поражение лёгких: аллергический пневмонит, трансфузионные реакции.

Наиболее частыми причинами острой гипоксемической дыхательной недостаточности являются гомогенные повреждения лёгких при:

– кардиогенном отёке лёгких (левожелудочковая недостаточность, острая ишемия левого желудочка, гипертонический криз, митральная регургитация, митральный стеноз, перегрузка объёмом, особенно при сочетании с почечной или сердечной недостаточностью);

– отёке лёгких, связанном с повышенной проницаемостью альвеолокапиллярной мембраны (сепсис и синдром системной воспалительной реакции, аспирация, массивные гемотрансфузии; а также утопление, панкреатит, воздушная или жировая эмболия, аортокоронарное шунтирование, пневмония, передозировка лекарств, ингаляционное повреждение, острая интерстициальная пневмония, ишемия-реперфузия);

– диффузных альвеолярных геморрагиях (микроскопический ангиит, системные заболевания соединительной ткани, синдром Гудпасчера, тяжёлая коагулопатия и трансплантация костного мозга);

– поражениях лёгочного интерстиция (экзогенный аллергический альвеолит, вирусная или атипичная пневмония);

– поражениях лёгочных сосудов (тромбоэмболия, лёгочные васкулиты, интракардиальные или интрапульмональные шунты);

– фокальных поражения лёгких (долевая пневмония, контузия лёгких, ателектаз доли);

– поражениях плевры (пневмоторакс, массивный плевральный выпот).

– поражение лёгких: ингибирование карбоангидразы, гипоксемия при циррозе печени.

– поражение лёгких: респираторный дистресс-синдром, фиброз лёгких.

Метаболические

– угнетение регуляции дыхания: кома, микседема, алкалоз;

– нервно-мышечные поражения: гипофосфатемия;

– поражение лёгких: ингибирование карбоангидразы, гипоксемия при циррозе печени.

Иммунологические

– угнетение регуляции дыхания: апноэ во время сна при аллергическом рините;

– поражение лёгких: ангионевротический отёк гортани, аллергическая форма бронхиальной астмы;

– поражение лёгких: аллергический пневмонит, трансфузионные реакции.

Наиболее частыми причинами острой гипоксемической дыхательной недостаточности являются гомогенные повреждения лёгких при:

– кардиогенном отёке лёгких (левожелудочковая недостаточность, острая ишемия левого желудочка, гипертонический криз, митральная регургитация, митральный стеноз, перегрузка объёмом, особенно при сочетании с почечной или сердечной недостаточностью);

– отёке лёгких, связанном с повышенной проницаемостью альвеолокапиллярной мембраны (сепсис и синдром системной воспалительной реакции, аспирация, массивные гемотрансфузии; а также утопление, панкреатит, воздушная или жировая эмболия, аортокоронарное шунтирование, пневмония, передозировка лекарств, ингаляционное повреждение, острая интерстициальная пневмония, ишемия-реперфузия);

– диффузных альвеолярных геморрагиях (микроскопический ангиит, системные заболевания соединительной ткани, синдром Гудпасчера, тяжёлая коагулопатия и трансплантация костного мозга);

– поражениях лёгочного интерстиция (экзогенный аллергический альвеолит, вирусная или атипичная пневмония);

– поражениях лёгочных сосудов (тромбоэмболия, лёгочные васкулиты, интракардиальные или интрапульмональные шунты);

– фокальных поражения лёгких (долевая пневмония, контузия лёгких, ателектаз доли);

– поражениях плевры (пневмоторакс, массивный плевральный выпот).

– поражение лёгких: ингибирование карбоангидразы, гипоксемия при циррозе печени.

– поражение лёгких: респираторный дистресс-синдром, фиброз лёгких.

Метаболические

– угнетение регуляции дыхания: кома, микседема, алкалоз;

– нервно-мышечные поражения: гипофосфатемия;

– поражение лёгких: ингибирование карбоангидразы, гипоксемия при циррозе печени.

Иммунологические

– угнетение регуляции дыхания: апноэ во время сна при аллергическом рините;

– поражение лёгких: ангионевротический отёк гортани, аллергическая форма бронхиальной астмы;

– поражение лёгких: аллергический пневмонит, трансфузионные реакции.

Категория доказательств А, 1++	$\text{P}_a\text{O}_2 < 60$ мм рт.ст.; $\text{P}_a\text{CO}_2 > 45$ мм рт.ст. $\text{S}_p\text{O}_2 < 90\%$ являются абсолютно достоверными признаками ОДН
--------------------------------	--

Клинические проявления ОДН

Клиническая характеристика расстройств лёгочного газообмена нередко затруднена. Обычно наблюдаются:

– нарушения сознания (спутанность, заторможенность вплоть до комы или возбуждение); см. шкалу ГЛАЗГО;

– одышка или удушье (увеличение частоты дыхания: ЧД более 24 в минуту является признаком ОДН; ЧД 27 ± 5 в минуту указывает на тяжёлую ДН; при крайне тяжёлой ОДН ЧД превышает 35 в минуту; ЧД 12 и менее является предвестником остановки дыхания);

– цианоз кожи и слизистых оболочек;

– повышенная потливость;

– тахикардия или сердечные аритмии;

– артериальная гипертензия;

– артериальная гипотензия (в очень тяжёлых случаях).

При острой гипоксемической дыхательной недостаточности клинический острый дефицит O_2 в тканях вызывает нарушение клеточного метаболизма и может приводить к необратимым изменениям наиболее чувствительных органов (мозга, сердца), наступающих в течение нескольких минут. Последствия острой гипоксемии варьируют от нарушений сердечного ритма до комы.

Клинические проявления

– со стороны органов дыхания: диспноэ, тахипноэ, гиперпноэ – углубление дыхания;

– со стороны органов кровообращения: тахи- или брадипноэ, аритмии, артериальная гипер- или гипотензия, цианоз слизистых оболочек, лёгочная гипертензия, правожелудочковая сердечная недостаточность.

При **острой вентиляционной дыхательной недостаточности** гиперкапния приводит к увеличению мозгового кровотока, высокие уровни CO_2 обладают наркотическим действием и приводят к нарушению сознания. Специфических клинических признаков гиперкапнии не существует. Выраженность клинических проявлений зависит от степени сопутствующего ацидоза и темпов его развития.

Клинические проявления:
– со стороны ЦНС обусловлены её поражением: головная боль, беспокойство, тремор конечностей, судороги, отёк диска зрительного нерва, спутанная речь, нарушение сознания (оглушение, сопор, кома);
– другие признаки: покраснение кожных покровов (багрово-синушное лицо), экзофтальм с гиперемией сосудов конъюнктивы; повышенная потливость, артериальная гипертензия и тахикардия, одутловатость лица.

Ключевые диагностические признаки основных заболеваний, сопровождающихся ОДН, представлены в таблице 1.

По уровню декомпенсации систем дыхания и кровообращения, сознания, содержания кислорода и углекислоты в крови различают III стадии ОДН.

I стадия ОДН. Пациент находится в сознании, жалуется на чувство нехватки воздуха, беспокоен, астеничен. Кожные покровы бледные, влажные, небольшой акроцианоз видимых слизистых. ЧД до 30 в минуту, ЧСС до 110 в минуту, АД в норме или не сколько повышено, P_aO_2 снижается до 70 мм

рт.ст., P_aCO_2 снижено из-за компенсаторной одышки.

II стадия ОДН. Больной жалуется на выраженное удушье, возможно развитие психомоторного возбуждения, нарушение сознания, бред, галлюцинаций. Кожные покровы влажные, цианотичные, нередко в сочетании с гиперемией. ЧД 30-40 в минуту, ЧСС 120-140 в минуту нередко аритмия, регистрируется гипертензия, P_aO_2 снижается до 60 мм рт.ст., P_aCO_2 повышается до 50 мм рт.ст.

III стадия ОДН. Сознание помрачено или отсутствует, возможно развитие судорожного синдрома из-за гипоксии мозга, наблюдается пятнистый цианоз, гипоксическое расширение зрачка с отсутствием реакции на свет. При прогрессировании процесса тахипноэ (ЧД > 40 в минуту) переходит в брадипноэ

(ЧД < 8 в минуту). Наблюдается гипотензия, тахикардия, P_aO_2 уменьшается до 50 мм рт.ст. и ниже, P_aCO_2 повышается до 90 мм рт.ст. и выше.

(Продолжение следует.)

Владимир ВОЛКОВ,
доктор медицинских наук, профессор.

Ольга ТИТОВА,
директор, доктор медицинских наук.

Семён ЧЁРНЫЙ,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.

НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

(Окончание. Начало в № 49 от 07.07.2017.)

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе
Диагностика (D,4)

Объём обследования
1. При сборе анамнеза выяснить обстоятельства, предшествующие развитию ОДН (чем болел ребёнок, когда началось данное заболевание, с чем оно связано, было ли подобное состояние раньше; наличие порока сердца, кардита, нарушений ритма, диагностированных ранее). Отягощённый семейный анамнез по заболеваниям сердца.

2. При физикальном обследовании следует провести осмотр, пальпацию, перкуссию и аускультацию сердца, оценить сердечный толчок, наличие расширения зоны относительной сердечной тупости, сердечные тоны, наличие III и IV тонов, шумов.

Оценка клинических данных: наличие акроцианоза, цианоза, одышки (чаще экспираторной или смешанной), боли за грудиной, беспокойство.

3. Определение варианта острой сердечной недостаточности: синдром малого сердечного выброса (кардиогенный шок) – характерны артериальная гипотония и признаки централизации кровообращения:

- прогрессирующее падение систолического артериального давления
- уменьшение пульсового давления – менее 20 мм рт.ст.
- признаки нарушения микроциркуляции и перфузии тканей – холодная кожа, покрытая липким потом, бледность, мраморный рисунок кожи, в ряде случаев – спавшиеся периферические вены.

4. Синдром застойной сердечной недостаточности характеризуется перегрузкой малого круга кровообращения (одышка, влажные хрипы, отёк лёгких), также – перегрузкой большого круга кровообращения (отёки, увеличение печени, контурирование шейных вен, асцит, гидроторакс).

5. Диагностические мероприятия: ЭКГ, пульсоксиметрия, мониторинг.

Лечение (D,4)
Кардиогенный шок

Оказание скорой медицинской помощи должно начинаться с мероприятий по устранению причин кардиогенного шока.

1. Обеспечить свободную проходимость дыхательных путей.
2. Кислородотерапия.
3. Обеспечить доступ к вене, так как иные пути введения лекарственных препаратов вследствие нарушений микроциркуляции неэффективны.
4. Ввести в/в капельно реополиглюкин 5-8 мл/кг, 10%-ный раствор глюкозы и 0,9%-ный раствор хлорида натрия в соотношении 2 : 1 в дозе 50 мл/кг, кокарбоксылазу 100-200 мг, 7,5%-ный раствор хлорида калия в дозе 0,5 мл/кг.
5. Ввести в/в гидрокортизон 10-15 мг/кг или преднизолон в/в струйно в дозе 2-5 мг/кг.

6. При выраженном болевом синдроме в/в струйно промедол 1%-ный раствор 0,1 мл/год жизни или баралгин 0,1-0,2 мл/год жизни или анальгин 50%-ный раствор 0,1-0,2 мл/год жизни.

7. При наличии психомоторного возбуждения – диазепам (седуксен, реланиум, сибазон) 0,5%-ный раствор 0,1-0,3 мг/кг в/в струйно или дроперидол 0,25% раствор 0,05 мл/кг в/в.

Госпитализация обязательна во всех случаях развития кардиогенного шока при.

Острая застойная сердечная недостаточность

- При I стадии ОДН:
- положение больного с опущенными ногами;
 - сосудорасширяющие препараты – папаверин;
 - лазикс 2-4 мг/кг;
 - доставка в стационар.
- При II стадии ОДН:
- положение больного с опущенными ногами;
 - доступ свежего воздуха;
 - лазикс 2-4 мг/кг;

Клинические рекомендации

- вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.
- При III стадии ОДН:
- положение больного с опущенными ногами;
- доступ свежего воздуха;
- преднизолон 5 мг/кг;
- вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи.

Скорая медицинская помощь при острой левожелудочковой недостаточности на догоспитальном этапе

- При I стадии ОДН:
1. Придать больному возвышенное положение полусидя с опущенными ногами, обеспечить доступ свежего воздуха.
 2. Провести ингаляцию увлажнённого кислорода для снижения пенообразования, пропущенного через 33%-ный этиловый спирт или 10%-ный раствор антифомсилана, в течение 25-30 минут с чередованием ингаляций воздушно-кислородной смесью по 10-15 минут.

3. При нерезко выраженном застое в лёгких, нормальном или повышенном артериальном давлении можно дать нитроглицерин под язык ½-1 таблетка, ввести сосудорасширяющие препараты (папаверин 2%-ный раствор 0,1 мл/год жизни, можно использовать никотилан, компламин).

4. Мочегонные средства: лазикс 1%-ный раствор в разовой дозе 1-2 мг/кг массы.
5. Кардиотрофические препараты и сердечные гликозиды показаны в условиях стационара.

При II стадии ОДН:

1. Тактика скорой медицинской помощи принципиально не отличается, но сосудорасширяющие средства не вводятся, могут быть добавлены кардиотрофические препараты: поляризующая смесь (глюкоза 10% – 5,0 мл/кг, панангин 1 мл/год жизни, кокарбоксылаза 8-10 мг/кг массы).

2. При появлении угрозы отёка лёгких при снижении артериального давления ввести преднизолон в/в в дозе 1-3 мг/кг в сутки.

3. При наличии психомоторного возбуждения ввести седуксен 0,5%-ный раствор в дозе 0,05 мл/кг или дроперидол 0,05-0,1 мл/кг.

4. Сердечные гликозиды показаны в условиях стационара.

При III стадии ОДН:

Требуется дифференцированное применение кардиотонической терапии в зависимости от уровня артериального давления (АД).

1. При пониженном АД:
 - титрованное введение допамина в дозе 3-5 мкг/кг/мин (0,01 мл/кг/мин) и поляризующей смеси;
 - при их неэффективности добавляются препараты с более выраженным В1-стимулирующим эффектом: добутрекс 10 мкг/кг/мин, изадрин или адреналин 0,5-1,0 мкг/кг/мин;
 - при неэффективности назначить сердечные гликозиды в дозе насыщения 0,1 мг/кг (0,4 мл/кг) для детей 1 года жизни, 0,075 мг/кг (0,3 мл/кг) – 2-3 лет и 0,06 мг/кг (0,24 мл/кг) – старше 3 лет. Половину дозы вводят одномоментно в/в, а 2-ую половину в/м.
2. При повышенном АД:
 - нитроглицерин титрованно в дозе 0,1-0,7 мкг/кг/мин, или
 - 0,25%-ный раствор дроперидола в дозе 0,1 мл/кг в/в или в/м, или
 - 5%-ный раствор пентамина детям

1-3 лет в дозе 1-3 мг/кг, старше 3 лет – 0,5-1 мг/кг, или 2%-ный раствор бензогексония детям 1-3 лет в дозе 0,5-1,5 мг/кг, старше 3 лет – в дозе 0,25-0,5 мг/кг в/м.

3. При выраженной тяжести состояния, угрозе остановки сердца и дыхания показано проведение интубации трахеи и перевод на ИВЛ.

Дальнейшее ведение пациента
Показания к доставке в стационар

Всем пациентам показана экстренная доставка в стационар с последующей госпитализацией в отделение (блок) интенсивной терапии или кардиореанимации. При выраженной левожелудочковой недостаточности доставка в стационар возможна после её купирования или специализированными бригадами скорой медицинской помощи. Пациентов с кардиогенным шоком следует по возможности доставлять в стационар, имеющий кардиохирургическое отделение. Госпитализация обязательна во всех случаях развития кардиогенного шока.

Больного транспортируют на носилках в

горизонтальном положении при кардиогенном шоке и правожелудочковой недостаточности и в сидячем положении при застойной левожелудочковой недостаточности на фоне продолжающейся оксигенотерапии.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Пациенты с острой сердечной недостаточностью госпитализируются в отделение реанимации, минуя СтОСМП.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Наталья КУПРИЕНКО,
доцент кафедры педиатрии
Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённых как 2+

Различные возрастные группы населения имеют разную степень восприимчивости к туберкулёзной инфекции, поэтому уровень заболеваемости в этих группах существенно различается. На фоне общей тенденции к снижению уровня заболеваемости населения прослеживается отрицательная динамика в возрастной группе 25-34 лет в виде роста распространённости туберкулёза.

Установлено, что молодые люди, заболевшие туберкулёзом, быстрее социально дезадаптируются. Это связано со многими факторами, например длительность, необходимость и непрерывность лечения, необходимость исключать таких больных из коллективов. Также надо помнить, что лица молодого возраста могут служить резервуаром очагов инфекции (студенты, преподаватели, солдаты, лица, находящиеся в местах лишения свободы и т.д.).

Актуальность проблемы

Лица молодого возраста – это наиболее работоспособная часть населения страны, и в свете неуклонного старения нации туберкулёз среди данной возрастной категории имеет не только эпидемиологическую значимость, но и несёт значительную экономическую нагрузку на государство.

Сложность проблемы туберкулёза в данной возрастной категории в значительной степени обусловлена трудностями и несвоевременностью его диагностики. Одной из причин этого положения является нерегулярность проведения флюорографических обследований молодых лиц. Туберкулёз у данной возрастной группы населения обычно выявляется лишь при обращении за медицинской помощью по поводу резко выраженных симптомов лёгочной патологии. Подобное обращение чаще всего бывает поздним из-за недостаточного внимания молодёжи к своему здоровью.

По данным официальной статистики, в 2015 г. в Российской Федерации показатели заболеваемости туберкулёзом и смертности лиц в возрасте 18-24 лет составляли, соответственно, 59,9 и 10,2 на 100 тыс. населения, лиц в возрасте 25-30 лет – 112,0 и 16,2 на 100 тыс. населения, что превышает аналогичные показатели у лиц в возрасте 31-75 лет (53,7 и 9,2 на 100 тыс. населения). Кроме того, в возрастной группе 18-30 лет один из самых высоких показателей заболеваемости туберкулёзом органов дыхания (ТОД) с выделением микобактерий туберкулёза (МБТ) и с высоким уровнем устойчивости к противотуберкулёзным препаратам (ППП), в том числе с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ), что составило 41,7 на 100 тыс. населения. Для сравнения: этот показатель у лиц в возрасте 31-75 лет составляет 25,4 на 100 тыс. населения. Наличие у больных ТОД МЛУ МБТ существенно снижает эффективность химиотерапии больных в возрасте 18-30 лет.

В то же время имеются данные о том, что особенности течения ТОД у лиц молодого возраста определяют состояние иммунореактивности, в том числе выраженности клеточного противотуберкулёзного иммунитета и гиперчувствительности замедленного типа (ГЗТ) к антигенам микобактерий туберкулёза.

В целом трудности диагностики туберкулёза у лиц молодого возраста обусловлены:

- острым и не всегда типичным началом заболевания,
- длительным течением туберкулёза под маской другого заболевания; поздним обращением пациента к врачу,
- неправильной трактовкой рентгенологических данных.

Это, в свою очередь, является неблагоприятным прогностическим признаком и определяет актуальность изучения проблемы особенностей диагностики, клиники и лечения туберкулёза у больных ТОД молодого возраста.

В последние годы в отечественной литературе имеются публикации по сравнительному изучению значения внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л с Диаскинтестом® в диагностике первичного

производилась в соответствии с Приказами Минздрава России № 109 от 21.03.2003 и № 855 от 29.10.2009.

Результаты и обсуждение

У 103 больных в возрасте 18-30 лет ТОД в 18,4% случаев (19 больных) был диагностирован при профилактических флюорографических обследованиях грудной клетки и в 81,6% (84 пациента) – при обращении в учреждения

только очаговый, инфильтративный туберкулёз лёгких и туберкулёма, а при обращении в УПМСП – практически все клинические формы, в том числе такие тяжёлые, как диссеминированный и фиброзно-кавернозный туберкулёз и туберкулёзный экссудативный плеврит.

У 19 больных, у которых ТОД был диагностирован при флюорографическом обследовании грудной клетки, специфический процесс в лёгких ограничивался только 1-2 сегментами, и только у 3 пациентов были выявлены мелкие каверны и

здоровых лиц молодого возраста, особенно в организованных коллективах, в том числе в образовательных средних и высших учебных заведениях. Следует отметить, что при изучении анамнеза и анамнеза медицинской документации у данного контингента больных было установлено, что флюорографическое обследование органов грудной клетки с давностью 2-3 года прошли всего лишь 9% пациентов, 3-4 года – 64%, более 5 лет – 10%, а 17% вообще не указывали данный вид обследования.

Исследования

Диагностика, клиническое течение и эффективность лечения впервые выявленных больных туберкулёзом органов дыхания молодого возраста

инфицирования МБТ и оценке активности туберкулёза у детей и подростков (3, 5, 6, 7, 8). Однако в отечественной литературе практически отсутствуют публикации по диагностическому значению этих внутрикожных проб у лиц молодого возраста.

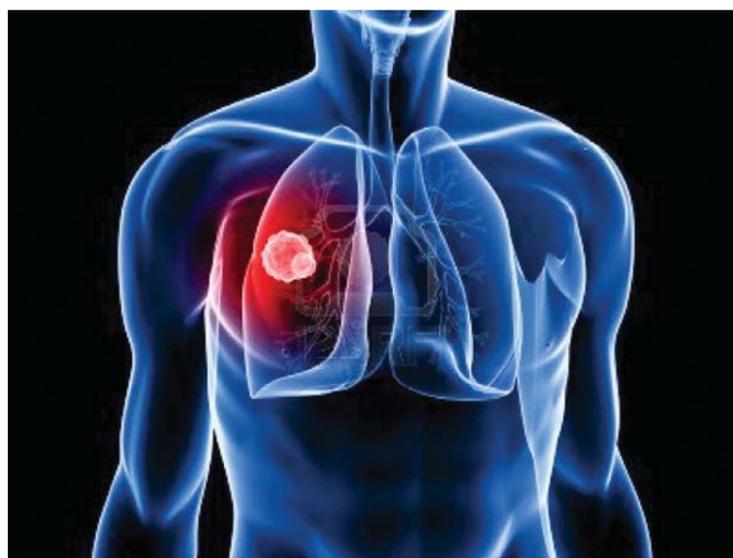
Цель исследования заключалась в изучении особенностей диагностики, в том числе с использованием внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л с Диаскинтестом®, клинического течения и эффективности лечения впервые выявленных больных ТОД в возрасте 18-30 лет.

Материалы и методы

За период 2013-2015 гг. под наблюдением находились 103 больных туберкулёзом в возрасте 18-30 лет: 41 (39,8%) мужчина и 62 (60,2%) женщины, при этом каждый пациент наблюдался в течение 12 месяцев. Доля учащихся высших и средних учебных заведений составляла 22,3% (23 пациента), рабочих – 60,2% (62 пациента), служащих – 6,8% (7 пациентов), из них 4,8% (5 пациентов) – медицинские работники, безработных – 10,7% (11 пациентов). 103 больных ТОД проводилось комплексное клиничко-рентгенологическое и микробиологическое обследование. Лечение проводилось индивидуализировано с учётом распространённости и наличия каверн в лёгких и микробиологических данных определения лекарственной чувствительности МБТ к ПТП. Результаты клинического исследования в наблюдаемых группах оценивались через 3, 6, 9 месяцев стационарного лечения и через 12 месяцев при завершении основного курса лечения по клиническим, микробиологическим и рентгено-томографическим показателям.

Также под наблюдением находились 109 клинически практически здоровых лиц в возрасте 18-30 лет (учащиеся средних и высших образовательных учреждений) – 39 (35,8%) мужчин и 70 (64,2%) женщин, которым проводилась цифровая флюорография органов грудной клетки.

Дополнительно 103 больным ТОД и 109 здоровым лицам в возрасте 18-30 лет одновременно ставилась внутрикожная проба Манту: на правом предплечье – 0,1 мл 2 ТЕ ППД-Л, на левом предплечье – 0,1 мл Диаскинтеста®. Оценка кожной реакции ГЗТ



первичной медико-санитарной помощи (УПМСП) с симптомами воспалительного бронхолегочного заболевания (64 пациента) или сопутствующего заболевания (болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы и т.п.), сочетанного с поражением лёгких (20 пациентов).

Из 19 больных, у которых ТОД был диагностирован при флюорографическом обследовании грудной клетки, очаговый туберкулёз лёгких имели 11 больных (57,9% случаев), инфильтративный – 5 (26,3%), туберкулёму – 3 (15,8%).

К эпидемиологическим особенностям этой возрастной группы относят большую частоту инфильтративного туберкулёза и диссеминированных процессов. В большинстве случаев это больные с достаточно ограниченной патологией (в случае с инфильтративными процессами в лёгких) с распадом лёгочной ткани и выделением МБТ. Из 84 пациентов, у которых ТОД был диагностирован в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, туберкулёз внутригрудных лимфатических узлов встречался у 1 (1,2%), диссеминированный туберкулёз лёгких – у 6 (7,1%), очаговый – у 4 (4,8%), инфильтративный – у 62 (73,8%), фиброзно-кавернозный – у 5 (5,9%), туберкулёма – у 2 (2,4%) и туберкулёзный экссудативный плеврит – у 4 (4,8%) пациентов.

Следовательно, при флюорографическом обследовании органов грудной клетки диагностировались

у 2 при посеве мокроты – скудное выделение МБТ, давшее рост не более 2-3 колоний. В то время как у 84 пациентов, у которых ТОД был диагностирован при обращении и при обследовании в УПМСП, в 46,4% случаев (39 больных) специфический процесс распространялся на одну и более долей лёгких, в 59,5% (50 больных) – при наличии каверн и в 66,7% (56 пациентов) – при обильном выделении МБТ как методом микроскопии, так и посевом мокроты на питательные среды, которые у 28 пациентов (50%) были устойчивы к ПТП. Монорезистентность к одному ПТП была установлена в 5,4% случаев, полирезистентность – к двум и более ПТП.

Следовательно, при профилактическом ежегодном флюорографическом обследовании грудной клетки у больных молодого возраста своевременно диагностируются ограниченные процессы в лёгких с редким образованием каверн и скудным выделением МБТ, что впоследствии улучшает прогноз течения заболевания и ускоряет восстановления трудоспособности человека.

В то же время при обследовании в УПМСП с симптомами бронхолегочного заболевания процессы в лёгких имеют распространённый характер с высокой частотой каверн (59,5%) и выделением МБТ (66,7%) с высоким уровнем устойчивости к ПТП (50%), в том числе с МЛУ (25%). Это свидетельствует об их высокой эпидемиологической опасности в заражении

Полученные данные об особенностях диагностики и клинического течения ТОД у лиц в возрасте 18-30 лет убедительно доказывают, что они должны относиться к группе повышенного риска заболевания туберкулёзом, и их ежегодные профилактические обследования в сочетании с флюорографией органов грудной клетки должны проводиться особенно тщательно. В этих случаях правильная организация выявления позволяет своевременно выявлять ТОД на ранних этапах развития с ограниченными клиническими формами (очаговый, инфильтративный туберкулёз и туберкулёма) и низким уровнем эпидемиологической опасности для окружающих.

Были проанализированы возможности внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и Диаскинтестом для своевременной диагностики ТОД у лиц в возрасте 18-30 лет.

Из 109 здоровых лиц кожная ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л в 11% случаев были отрицательными, в 7,3% – сомнительными, в 76,1% – положительными, в 5,5% – гиперергическими; а на Диаскинтест – соответственно в 34,8, 10,1, 50,3 и 5,7%. При этом существенные различия получены только по отрицательным кожным реакциям ГЗТ. Так, у здоровых лиц отрицательные кожные реакции на 2 ТЕ ППД-Л установлены в 11% случаев, что в 3,2 раза меньше, чем количество отрицательных кожных реакций на Диаскинтест (34,8%) ($p < 0,05$).

При одновременном флюорографическом исследовании органов грудной клетки у 3 (2,7%) из 109 человек был выявлен ТОД, подтверждённый на основании комплексного клиничко-рентгенологического и микробиологического обследования. У 2 больных был диагностирован очаговый туберкулёз лёгких, который ограничивался 1-2 сегментами и с выделением МБТ, при этом кожная ГЗТ на 2 ТЕ ППД-Л и на Диаскинтест® была положительной, а у 1 больного – инфильтративный туберкулёз лёгких, который также ограничивался 1-2 сегментами и отсутствием МБТ, и при этом кожная ГЗТ с 2 ТЕ ППД-Л была положительной, а с Диаскинтестом – отрицательная. Эти трое больных вошли в группу 19 больных с ТОД, диагностированных при флюорографическом исследовании органов грудной клетки.

Это нашло подтверждение также при сравнительном изучении

Ситуация

Вмешательство и профилактика

Особенности церебральной ангиографии

Пациента с острым нарушением мозгового кровообращения по типу транзиторной ишемической атаки и соответствующей клинической картиной доставили в Челябинскую областную клиническую больницу на «скорой». Мужчине 61 год, диагноз – инсульт, в результате – парез (рука и нога с левой стороны не работают). Выявлен критический стеноз с рыхлой бляшкой, при котором традиционное стентирование невозможно.



В. Игнатов

Поэтому в качестве метода исследования была выбрана церебральная ангиография с возможным одномоментным выполнением эндоваскулярного лечения – стентирования сонной артерии. В сонной артерии обнаружен тромб, который перекрыл весь просвет сосуда. При традиционном подходе с использованием дистальной защиты – так называемой ловушки – выполнить стентирование практически нереально без эмболических осложнений.

«Тромб может фрагментироваться, мигрировать и закупорить церебральные артерии, – объясняет заведующий отделением рентгенохирургических методов лечения и диагностики ЧОКБ Владимир Игнатов. – Та методика MoMa, которую мы будем применять сегодня, перекрывает кровоток в двух местах таким образом, что ретроградный поток (в обратном направ-

сом для поражённого участка и поддерживает артерию изнутри. «Есть много стентов, специально разработанных для сонных артерий. Тот, который я сегодня представляю, саморасширяемый, – уточняет руководитель сосудистого центра на базе Лечебно-реабилитационного центра Минздрава России, доцент кафедры рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, кандидат медицинских наук Сергей Волков. – Когда его выпускаешь из катетера, он раскрывается сам и принимает заданные форму и диаметр. Кроме того, он

являются главной причиной ишемического инсульта, – рассказывает руководитель сердечно-сосудистого центра ЧОКБ профессор Анатолий Фокин. – Он может привести к параличу и массе других тяжёлых жизнеугрожающих расстройств, в том числе к высокому проценту смертности. Когда сужение очень выраженное, критическое, больному помогает только хирургическое лечение: стеноз тем или иным путём надо ликвидировать. MoMa позволяет достичь не только хорошего результата – восстановить проходимость артерий, – но и сделать эту процедуру безопасной для больного».

В такой ситуации медицина ищет разные пути. В ЧОКБ уже на протяжении нескольких лет последовательно занимаются проблемами лечения и предотвращения острых нарушений мозгового кровообращения, и в последний год специалисты изменили стратегию – начали проводить вмешательства как в острой фазе, так и спустя две недели – как положено по имеющимся стандартам.

«Таких операций мы проводим пока немного, – пояснил главный врач ЧОКБ Дмитрий Альтман. – Начало было положено в прошлом году. Их выполнено всего 8 – с очень хорошим результатом, с минимальным неврологическим дефицитом, с более высоким качеством последующей жизни у пациентов, что чрезвычайно важно. Самое главное, что это превенция повторного инсульта, профилактика возможных ухудшений состояния и уверенность в том, что инсульт не повторится».

Продолжительность стентирования обычно варьируется в зависимости от опыта хирурга – от 30 до 50 минут. Заведующий отделением рентгенохирургических методов лечения ЧОКБ Владимир Игнатов и гость из Москвы С. Волков в один день установили три стента MoMa самым проблемным пациентам со стенозами сонной артерии.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.



Идёт операция

лении) поможет аспирировать этот тромб изнутри – забрать из артерии «по ходу течения». Мы перераспределяем поток не в голову, а из головы, чтобы кусочки тромба не попали в сосуды головного мозга и не закупорили их».

По словам специалистов, никеловые стенты (выполненные из сплава никеля и титана – никенала) практически незаметны для пациента, при этом создают полную защиту и комфорт. Материал обладает хорошим радиальным усилием, которое позволяет препятствовать сдавлению извне. По сути, это трубчатая сетка, которая повторяет изнутри диаметр сосуда. Такой стент служит карка-

мягкий. Шея – та часть нашего организма, которая находится в постоянном движении, – человек наклоняет голову, поворачивает, чтобы не было дискомфорта, не было деформации этого стента».

Проблема инсультов и острых нарушений мозгового кровообращения очень актуальна не только в Челябинской области. Ежегодно в РФ происходит примерно 450-500 тыс. инсультов, и первичный выход на инвалидность составляет 75%. Две трети пациентов становятся инвалидами. Важна проблема первичной и вторичной профилактики инсульта – вероятность его повторения в первый год составляет 50%.

«Болезни сонных артерий, связанные с сужением (атеро-

кожной реакции ГЗТ у 103 больных ТОД с отсутствием выделения МБТ и с выделением МБТ. При этом кожные реакции на 2 ТЕ ППД-Л как у больных с обнаружением МБТ, так и у больных с отсутствием МБТ были в основном только положительными (86,2 и 88,9% соответственно) и гиперергическими (17,8 и 11,1% соответственно) при полном отсутствии отрицательных реакций. В то же время кожные реакции ГЗТ на Диаскинтест в 25,9% случаев были отрицательными у больных ТОД с выделением МБТ и в 28,6% – без выделения МБТ, сомнительными – у 8,5 и 15,6%, положительными – у 60,3 и 51,1%, гиперергическими – у 5,2 и 4,4%.

Таким образом, внутрикожные пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и Диаскинтестом у здоровых лиц и больных ТОД молодого возраста отражают только выраженность иммунологической реакции ГЗТ, так как обладают низкой специфичностью в отношении диагностики активного туберкулёза и не могут с высокой степенью точности прогнозировать риск развития активного туберкулёза у инфицированных лиц.

Для своевременной диагностики активного туберкулёза у данного контингента остаются приоритетными регулярные профилактические обследования с флюорографическим (рентгенологическим) обследованием органов грудной клетки, а присутствие в организме больного человека активно размножающихся МБТ, необходимо проводить микробиологическое исследование для обнаружения МБТ при микроскопии и посеве мокроты на питательные среды.

Лечение больных молодого возраста должно быть комплексным и направленным на повышение функциональных возможностей организма. Если нет противопоказаний, больные должны придерживаться активного двигательного режима, заниматься физическими упражнениями, трудотерапией, так как под их воздействием повышается активность ферментативных систем и окислительных процессов. При анализе эффективности лечения (прекращение выделения МБТ и закрытие полостей распада) было установлено, что из 58 больных ТОД молодого возраста с положительными данными посева мокроты через 3 месяца лечения прекращение выделения МБТ было установлено у 53,4% пациентов, через 6 месяцев – ещё у 34,5%, через 9 – ещё у 10,3% и через 12 – ещё у 12%. При этом через 12 месяцев по окончании основного курса лечения прекращение выделения МБТ было достигнуто в 100% случаев. Из 53 больных ТОД молодого возраста с наличием каверн в лёгких через 3 месяца лечения прекращение выделения МБТ было установлено у 18,8% пациентов, через 6 месяцев – у 52,8%, через 9 – у 3,8% и через 12 – у 3,8%. При этом через 12 месяцев по окончании основного курса лечения каверны в лёгких сохранялись у 20,8% пациентов, но при этом отсутствовало выделение МБТ.

Среди клинических форм лучшие результаты лечения были достигнуты у больных с очаговым и ограниченным инфильтративным туберкулёзом лёгких и туберкулёмой, которые выявлялись при профилактическом флюорографическом обследовании органов грудной клетки. В этих случаях через 12 месяцев основного курса лечения у всех больных удалось достигнуть клинического излечения с формированием в лёгких малых остаточных посттуберкулёзных изменений и перевода в III группу диспансерного учёта. Менее эффективные результаты установлены у больных диссеминированным, распространённым инфильтративным и фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких с кавернами и МЛУ МБТ, которые выявлялось в УПМСП

при обращении и обследовании с симптомами бронхолёгочного заболевания лёгких. В этих случаях через 12 месяцев основного курса лечения только у 79,2% больных удалось достигнуть клинического излечения, но с формированием в лёгких больших остаточных посттуберкулёзных изменений и перевода в III ГДУ.

У 20,8% пациентов оставшиеся каверны в лёгких требовали продолжения лечения и возможно применения хирургического вмешательства с удалением поражённых участков лёгких. Следовательно, клинического излечения в более ранние сроки в основном удаётся добиться у больных в возрасте 18-30 лет с ограниченными формами ТОД, диагностированных при ежегодных профилактических флюорографических исследованиях органов грудной клетки. Это позволит снизить высокие показатели заболеваемости и смертности среди лиц молодого возраста, которые в настоящее время ещё превышают аналогичные показатели среди других возрастных групп. Эти данные доказывают, что необходимо повысить контроль УПМСП за организацией и обязательным проведением регулярных ежегодных профилактических осмотров лиц молодого возраста, самого продуктивного репродуктивного контингента населения.

При анализе причин неудовлетворительных исходов заболевания установлено, что в большинстве этих случаев имели место распространённые процессы и, по существу, необратимые формы туберкулёза, бессистемная химиотерапия в прошлом, а также большое количество отказов от лечения или нежелание находиться длительное время в стационаре. Реже причинами неудовлетворительных исходов являлись тяжёлые сопутствующие заболевания, в том числе наркомания и алкоголизм, МЛУ МБТ и непереносимость ПТП.

Выводы

1. Среди лиц в возрасте 18-30 лет у 18,4% туберкулёз органов дыхания диагностирован при профилактических флюорографических обследованиях грудной клетки и у 81,6% – при обращении в учреждениях первичной медико-санитарной помощи с симптомами воспалительного бронхолёгочного заболевания или сопутствующего заболевания, сочетанного с поражением лёгких.

2. У лиц в возрасте 18-30 лет внутрикожная проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л и с Диаскинтестом без флюорографического исследования органов грудной клетки не является методом своевременной диагностики туберкулёза органов дыхания.

3. У больных в возрасте 18-30 лет с туберкулёзом органов дыхания, диагностированным при флюорографических обследованиях органов грудной клетки, через 12 месяцев лечения в 100% случаев удалось достигнуть клинического излечения.

4. У больных в возрасте 18-30 лет с туберкулёзом органов дыхания, диагностированным при обращении в учреждения первичной медико-санитарной помощи, через 12 месяцев лечения только в 79,2% случаев удалось достигнуть клинического излечения, а в 20,8% – оставались каверны в лёгких, что требовало продолжения лечения ПТП и применения хирургических методов для удаления поражённых участков лёгких.

Илья МОРОЗОВ,
ассистент кафедры фтизиатрии
и пульмонологии Московского
государственного медико-
стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова,
заведующий 9-м лёгочным
туберкулёзным отделением
Туберкулёзной клинической
больницы № 3 им. Г.А.Захарьина,
кандидат медицинских наук.

VII съезд аритмологов России, прошедший недавно в Москве, обещает стать переломным событием как в жизни этого профессионального сообщества, так и отечественного здравоохранения в целом.

Дело в том, что в приветствии участникам форума министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, в частности, отметила: «Я уверена, на площадке съезда пройдёт обсуждение самых актуальных вопросов аритмологии, и выработанные вами, профессионалами, позиция будет положена в основу стратегического планирования борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями на национальном уровне». И собравшиеся в Москве более полутора тысяч врачей разных специальностей, объединённых интересом к аритмологии, воспользовались этим предложением министра. На съезде обсуждались не только сугубо научная тематика и современные технологии лечения нарушений ритма сердца, но также проблемы организации оказания аритмологической помощи в России, подготовки специалистов. Но об этом – чуть позже.

«Три кита» аритмологии

По словам президента Всероссийского научного общества аритмологов академика РАН Амираана Ревитшвили, есть три причины, которые обуславливают особую значимость аритмологии как раздела медицины.

Каждый человек хотя бы раз в жизни переживает эпизод нарушения ритма сердца, но у многих дело не ограничивается одним эпизодом. Кардиологи говорят, что в настоящее время уже каждый третий их пациент имеет аритмию, которая требует лечения. И быстрее других набирает темпы распространения мерцательная аритмия или фибрилляция предсердий (ФП), что связано с изменением демографического портрета популяции.

Второе, что не может не тревожить, – опасность своевременно не выявленной патологии, поскольку многие больные не знают о своей аритмии, она протекает бессимптомно. В классификации аритмий появился даже такой раздел – «немые» формы нарушений ритма сердца. Это настоящий «волк в овечьей шкуре». В нашей стране, по разным данным, от 1,5 до 2 млн человек имеют фибрилляцию предсердий, но из них 50% не знают о том, что больны. А если больной ФП при наличии показаний не принимает антикоагулянты, у него высокая вероятность возникновения ишемического инсульта, и подобных событий регистрируется несколько десятков тысяч в год.

Наконец, третье: с нарушением ритма ассоциировано такое социально опасное явление, как внезапная сердечная смерть (ВСС).

Фактически по каждому из перечисленных пунктов Минздрав уже может составлять отдельные целевые программы: организация диагностики нарушений ритма сердца у населения Российской Федерации, работа по профилактике внезапной смерти у пациентов с нарушениями ритма, выделение групп диспансерного наблюдения по поводу фибрилляции предсердий.

Генетика плюс возраст равно ФП

Сквозной на съезде стала тема фибрилляции предсердий – самого опасного и трудно корректируемого типа нарушений ритма сердца. В день открытия форума разным аспектам данной темы посвящали свои лекции профессор из США J.Сох, академик РАН Сергей Попов, директор Томского НИИ кардиологии, заместитель директора Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра им. Е.Н.Мешалкина, член-корреспондент РАН Евгений Покушалов. Кроме того, фибрилляции предсердий были посвящены несколько десятков докладов на разных секциях форума.

Особое внимание уделили обсуждению возможности и необходимости выполнения катетерных абляционных процедур пациентам с разными типами аритмий, в том числе с ФП. Методы интервенционной аритмологии позволяют быстро, буквально за полтора часа решить проблему, поэтому в 80% случаев симптомных аритмий и пароксизмальных форм фибрилляции предсердия, а также в 95% случаев симптомных тахикардий источник нарушения ритма устраняют путём абляции. Но! Делается акцент на слове «симптомные», потому что пациентов с асимптомной аритмией

никают рецидивы ФП. Последнее адресовано терапевтам и кардиологам первичного звена, которые сегодня в разговорах с пациентами по незнанию нередко дают заведомо невысокую оценку эффективности интервенционных технологий и открытой хирургии при мерцательной аритмии и тем самым дезориентируют больных.

– Всем ли пациентам надо делать катетерные процедуры при мерцательной аритмии? Нет, не всем. Это первое. Второе: а можем ли мы выполнить эти процедуры всем больным, которым они показаны? Нет, не можем. Сегодня в России только 5% пациентов с мерцатель-

карственной терапии и заканчивая хирургическим лечением.

Кроме мерцательной аритмии к числу самых трудноразрешимых проблем аритмологии относится внезапная сердечная смерть, о ней на съезде тоже много говорили. И второй документ, который был представлен для обсуждения, – клинические рекомендации по профилактике ВСС.

Казалось бы, как можно вести речь о профилактике того, что в принципе невозможно предугадать, а в 70% случаев ВСС происходит именно так: ничто не предвещало, и вдруг острый инфаркт миокарда, фибрилляция желудочков и смерть в течение бли-

10 лет улучшилась. Однако специалистов пока недостаточно: всего чуть больше тысячи аритмологов, и процентов 75% из них – это кардиологи, которые занимаются диагностикой и лечат больных аритмией медикаментозно. Клинических электрофизиологов и интервенционных аритмологов не больше 120, а должно быть в два, а то и в три раза больше. Медицинских центров, где проводится диагностика и лечение аритмий, в Российской Федерации около 80, этого тоже мало, должно быть не менее 2 аритмологических центров на один миллион населения. А российских клиник, где занимаются лечением мерцательной

Тенденции

Требуются перемены

Постарение населения сопровождается ростом числа больных аритмиями



Академик РАН А.Ревитшвили открывает работу съезда аритмологов России

не нужно сразу лечить хирургически, их надо наблюдать и обеспечивать профилактику возможных осложнений. Как подчёркивали на съезде ведущие специалисты, сама по себе тахикардия ещё не является основанием для выполнения абляции. Есть жёсткие показания для применения катетерных технологий: атриовентрикулярная узловая тахикардия, синдром Вольфа – Паркинсона – Уайта, мономорфная желудочковая тахикардия.

– У больных с пароксизмальной формой мерцательной аритмии технологии радиочастотной и криоабляции работают хорошо при условии, что фибрилляцию предсердий устраняют в первые два года от появления симптомов и выявления заболевания. И если не работают антиаритмические препараты. Это моё твёрдое убеждение! Первое, что я назначаю своим пациентам, – не операция и даже не катетерная процедура, а именно препараты по определённой схеме. Но при этом необходимо проводить многократное холтеровское мониторирование и верифицировать эффективность медикаментозной терапии мерцательной аритмии, – обращается к коллегам академик А.Ревитшвили.

Согласно приведённой на форуме статистике, 10–12% людей старше 70 лет имеют мерцательную аритмию, и в связи с постарением населения РФ число таких больных будет расти. Это одна сторона «медали». Вторая сторона не менее впечатляющая. Учитывая, что с возрастом в предсердиях возникают зоны кардиосклероза, фиброза, амилоидоза, можно говорить о реализации генетической программы: чем старше человек, тем выше риск возникновения ФП. Таким образом, аритмологи устраняют не причину мерцательной аритмии, а лишь факторы, которые приводят к её запуску, в то время как генетически детерминированный механизм ФП у пациента сохраняется.

Вот чем обусловлен тот факт, что даже после очень хорошо проведённого лечения с годами воз-

растает количество больных аритмией проводятся катетерные процедуры, а показание к ним имеют более 100 тыс. человек, – подчёркивает академик А.Ревитшвили.

И ещё один важный вывод из сообщений, прозвучавших на съезде аритмологов в разделе «фибрилляция предсердий»: кардиолог должен не просто правильно поставить диагноз и назначить лекарственную терапию пациенту с мерцательной аритмией, но и регулярно наблюдать больного, причём, независимо от его возраста! Потому что главная задача в этой ситуации –

предупреждение инсульта. Выбросы тромбов из ушка левого предсердия приводят к острому нарушению мозгового кровообращения, и это самая тяжёлая категория инвалидов. Затраты на реабилитацию – гигант-

ский. Но у 30% людей риск внезапной смерти можно заранее выявить и тем самым предотвратить катастрофу. Выявление такой предрасположенности на генетическом уровне сегодня стало реальностью, о чём в своих докладах рассказывали заведующая лабораторией медицинской генетики Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского доктор медицинских наук Елена Заклязьминская и научный руководитель Научно-исследовательского клинического института педиатрии им. Ю.Е.Вельтищева, доктор медицинских наук, профессор Мария Школьникова.

Есть генетически обусловленные состояния, такие как синдром удлинённого интервала QT, синдром Бругада, при которых существует риск внезапной смерти. Оптимальным решением было бы создание в нашей стране регистра людей с диагностированной генетической предрасположенностью к ВСС. В этом случае работа по профилактике внезапной сердечной смерти приобретёт реальные формы.

В мировой практике для профилактики ВСС часто используются

аритмии, ещё меньше – около 50. В итоге, если в скандинавских странах при фибрилляции предсердий выполняется около 300 абляционных процедур на миллион населения, в среднем по Европе – 60–90 процедур, то в РФ – всего 30.

Хотя есть и очевидные успехи. Сейчас мы делаем катетерных абляций на миллион населения 50% от европейского уровня, в то время как в 2002 г. их выполнялось не более 15% от европейского показателя. Изменилась и география: аритмологические центры есть уже не только в столичном регионе, но и во всех федеральных округах страны. Сформировались целые аритмологические школы, причём высокого европейского уровня, в Москве, Томске, Новосибирске, Санкт-Петербурге.

А что будет завтра? Вместе с Всероссийским научным обществом аритмологов разработкой стратегии развития отечественной аритмологической службы теперь будет заниматься главный кардиолог-аритмолог Минздрава России академик РАН Елена Голухова. Её назначение на эту должность произошло буквально через несколько дней после съезда.

На форуме же была озвучена идея выделить аритмологию в отдельную врачебную специальность. За этим последует проведение целенаправленной подготовки специалистов и создание аритмологических команд heart-team из кардиологов, клинических электрофизиологов, интервенционных аритмологов и кардиохирургов, которые будут на очень высоком уровне заниматься оказанием всех видов аритмологической помощи.

– Идеология аритмологических heart-team сейчас активно практикуется в США и странах Европы. Каждый из специалистов обрисовывает пациенту возможности своего метода лечения аритмии, а пациент должен выбрать, как его будут лечить. Допускаю, что в нынешних условиях эта модель, как рабочая, имеет право на существование. Более того, она уже прописана в российских клинических рекомендациях. Но в идеале, как я это вижу, в аритмологии всё необходимо сосредоточить в одних руках: здесь врач должен быть и диагностом-кардиологом, и интервенционным специалистом, и кардиохирургом. В этом случае больному не нужно будет ходить по разным кабинетам, он будет общаться с одним доктором и в выборе тактики лечения доверять его опыту. Да, это потребует от врача владения многими знаниями и навыками, таким специалистом невозможно стать за 3 года обучения в ординатуре, учиться придётся лет 10, а то и 15. Но так должно быть, – убеждает коллег А.Ревитшвили.

Примечательно, что участники съезда поддержали идею универсализации аритмолога. Конечно, не сейчас и сразу, а в перспективе.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Среди участников съезда академики РАН Ю.Белов и Б.Алекян

ские, а профилактика самая что ни на есть простая: при наличии факторов риска постоянный приём антикоагулянтов и ЭКГ-мониторинг.

Следуйте рекомендациям

В рамках съезда состоялось обсуждение нового сборника национальных клинических рекомендаций по проведению электрофизиологических исследований, катетерной абляции и применению имплантированных антиаритмических устройств. Интересно, что в данном случае НКР адресованы не только хирургам, но и кардиологам, то есть представителям терапевтической части аритмологического сообщества. Здесь собрана и систематизирована вся информация, начиная от патогенеза, механизмов возникновения аритмий, диагностики, ле-

бета-блокаторы, либо выполняется имплантация антиаритмических устройств (электрокардиостимуляторов, кардиовертеров-дефибрилляторов). Делать это можно уже в детском возрасте, чтобы гасить эпизоды жизнеугрожающего нарушения ритма сердца. Есть также опыт удаления ганглиев грудной симпатической цепочки как решение проблемы полиморфной тахикардии и риска внезапной остановки сердца.

По мнению специалистов, большие надежды в этом плане связаны с генной инженерией, а именно с возможностью проводить «коррекцию» генов, которые отвечают за эпизоды аритмии, вызывающей ВСС.

Будущее в идеале

Ситуация с организацией и доступностью аритмологической помощи в нашей стране за последние

Исследования

Эксперты из различных стран мира провели исследование, результаты которого ещё раз подчеркнули важность своевременно поставленного верного диагноза. Научная работа финансировалась изданием *The Lancet* – одним из старейших и известнейших медицинских журналов. Специалисты выявили, что по всему миру в здравоохранении крайне часты случаи как перестраховки врачей, назначающих излишние процедуры не нуждающимся в них пациентам, так и пренебрежения своими обязанностями, в результате которых больные не получают необходимой помощи вовремя.

В поисках золотой середины

Так, в Китае более чем половине пациентов (57%) назначают антибиотики в ситуациях, когда это не требуется. В США от 16 до 70% гистерэктомий можно было бы избежать (на Тайване – до 29%, в Швейцарии – до 13%). Больше четверти больных прошли через не нужную им операцию по замене сустава в Испании (26%) и свыше трети – в США (34%). Всемирная организация здравоохранения заявляет об огромном числе лишних медицинских манипуляций – так, по информации специалистов ВОЗ, в мире ежегодно делают более 6 млн кесаревых сечений в случаях, когда женщины могли бы родить самостоятельно. Половина таких операций – около 3,1 млн в год – происходит в Китае и Бразилии.

Исследователи сфокусировались на объёме, причинах и последствиях излишних и недостаточных медицинских манипуляций по всему миру. Они сообщили, что врачи могут одновременно «перелечивать» и «недолечивать» не только в одном и том же медицинском учреждении, но даже и одного и того же пациента. Кроме того, нередки ситуации, когда больным назначают ненужные и неэффективные дорогостоящие обследования, пренебрегая при этом дешёвой и проверенной терапией, которая с большой вероятностью помогла бы.

Алина КРАУЗЕ.

По информации Reuters.

Решения

Вот это смартфон!

Учёные из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе (США) создали специальное устройство, которое, будучи подсоединённым к смартфону, сможет на основе анализов пациента показать, выработали ли бактерии в его организме устойчивость к определённым лекарствам. Точность определения достаточно высока, и в сочетании с невысокой ценой и простотой в использовании она даёт возможность использовать изделие, например, в бедных ресурсами регионах.

Устойчивые к антимикробным агентам бактерии, в том числе возбудители диареи, сепсиса и пневмонии, – это серьёзная угроза общественному здоровью. Одной из связанных с этим проблем является то, что во многих регионах нет технической возможности определить, устойчивы

ли бактерии к антибиотикам, из-за отсутствия лабораторий, специалистов и оборудования. Именно эту проблему предлагают решить специалисты из США.

Они разработали прибор, который подключается к смартфону с помощью USB. Основное рабочее пространство устройства – панель с 96 лунками, в которые можно поместить пробы для тестирования. После этого в них добавляются различные дозы антибиотиков, а затем всё подсвечивается с помощью светодиодов.

Смартфон улавливает разницу в цветопередаче и отправляет информацию на компьютер, который в течение минуты обрабатывает данные об устойчивости к антимикробным агентам и возвращает результаты обратно.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

По информации Science Daily.

Пересадки органов и тканей сталкиваются с проблемой отторжения в результате атаки NK-CTL (иммунных клеток «натуральные киллеры» и «цитотоксические лимфоциты»). Решить её пытаются с помощью максимально тщательного иммунотипирования, то есть максимально близкого по антигенам донора (первая удачная пересадка почки была между братьями-близнецами). Затем пришли иммунодепрессанты, подавляющие активность иммунных клеток, что не есть хорошо, поскольку пролеченные таким образом пациенты вынуждены вести себя очень осторожно, боясь подцепить после операции «банальный» грипп. Но даже это не спасает половину реципиентов, отторжение у которых всё равно происходит через 10-12 лет. Что делать, никто в последние годы себе не представлял.

Молекулярные иммунологи одного из институтов Питтсбургского университета вот уже 35 лет специализируются на пересадках органов. Учёные «сконструировали» мышью без... макрофагов и обоих видов лимфоцитов, а также натуральных киллеров. Согласно классической

Гипотезы

Дендритный трансплантат

иммунной теории у таких животных не должно было быть реакции отторжения, однако она имела место. Попытка понять, в чём дело, привела к открытию гена, кодирующего синтез сигнального протеина (SIRP – Signal Regulatory Protein), регулирующего активность дендритных клеток (дендроцитов).

Известно, что последние, как и макрофаги, синтезируют белок лейкоцитарного интерфейса, активирующего лейкоциты, то есть клетки белой крови, отвечающие, помимо всего прочего, за воспаление. Лейкоциты являются близкими родственниками лимфоцитов, и оба вида иммунных клеток имеют на своей поверхности белковые рецепторы, улавливающие (рецептирующие) сигнальные молекулы. Взаимодействие рецепторов с белком SIRP, как выяснили в Питтсбурге, запускает реакцию распознавания «своего» и «чужого», что и приводит к отторжению даже при отсутствии иммунных

клеток-«эффекторов» реакции. Так получатель донорского органа или ткани оказывается беззащитным даже при введении мощных иммунодепрессантов, которые «бьют» не по адресу.

Что даёт новое открытие иммунологов? Оно прежде всего выявило новую мишень воздействия и более точно сфокусировало проблему. Новый механизм неспецифического иммунитета, действующий в обход специфических клеточных (лимфоцитов и NK), можно сравнить с возможностью обходить блокировки нежелательных сайтов. В первую очередь действует специфический иммунитет, на выработку которого уходит пара недель.

Опыты проводились на генномодифицированных мышах, поэтому исследователи хотят проверить, справедливо ли открытое ими «начало» для человека. Можно быть уверенным, что справедливо, поэтому надо будет искать

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Калужский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Федорова» приглашает вас принять участие в работе

Всероссийской научно-практической конференции «ФЕМОТЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПЕРЕДНЕГО ОТРЕЗКА ГЛАЗА», посвящённой 90-летию со дня рождения академика С.Н.Федорова,

которая состоится 29 сентября 2017 г.

Место проведения конференции:
Лечебно-диагностическое отделение Калужского филиала ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» в Смоленске.
Адрес: Смоленск, ул. Чаплина, 3.

Конференция пройдёт под эгидой Общества офтальмологов России.

Планируется аккредитация конференции в системе непрерывного медицинского образования.

Основные направления работы конференции:

- Фемтолазерные технологии в катарактальной хирургии
- Фемтолазерные технологии при патологии роговой оболочки
- Фемтолазерные технологии при детской офтальмопатологии
- Комбинированные лазерные технологии при патологии переднего отрезка глаза.

ПРОГРАММА конференции размещена на сайте:

http://www.eye-kaluga.com/specialists/konferensis_nauka/smolensk_conf/.

В программу конференции включены доклады ведущих офтальмологов России по современным методам лечения различной патологии переднего отрезка глаза с использованием фемтосекундного лазера, будет проведена «живая хирургия».

Материалы конференции будут опубликованы в журнале «Современные технологии в офтальмологии» (включён в базу данных Российского индекса научного цитирования). Электронная версия журнала размещается на сайте «Российская офтальмология онлайн».

Материалы для публикации в журнале принимаются до 1 августа 2017 г.

по электронной почте nauka@eye-kaluga.com, nauka2@eye-kaluga.com

Требования к оформлению статей размещены на сайте филиала:

http://www.eye-kaluga.com/specialists/konferensis_nauka/smolensk_conf/

Оргкомитет конференции:

Калужский филиал ФГАУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Федорова» Минздрава России, ул. Святослава Федорова, д. 5, Калуга 248007

Тел.: (4842) 505-767 – научный отдел, (4842) 505-795 – секретарь директора.

Факс: (4842) 505-717

e-mail: nauka@eye-kaluga.com, nauka2@eye-kaluga.com

Следите за информацией о конференции на сайте филиала <http://www.eye-kaluga.com>

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

Эндокринолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Уролог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Кардиолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты – 1 млн руб.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-20-41 – отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 – факс.

Резюме направлять по адресу:

sovhospital@sovbolnica.pf

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте:

www.sovbolnica.pf

учёным вторую половину награды получил немец П.Эрлих за «анти-тела», которые в высокой степени специфичны. Уже в 80-е годы была определена структура Y-образных молекул белковых антител, вырабатываемых В-лимфоцитами. Сегодня иммунный ответ видится как реакция мечниковских макрофагов, которые в тканях за их «древовидные» отростки называются дендритными клетками. Оба типа клеток предъявляют-презентируют чужие антигены Т-лимфоцитам, запускающим специфический иммунитет с его В-лимфоцитами и натуральными киллерами, называемыми также цитотоксическими лимфоцитами (CTL). Имя это связано с тем, что CTL подходят к их клеточным мишеням и делают в их оболочках самые настоящие дырки, несовместимые с жизнью.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Science Immunology.

Однако

В стране кленового листа

Канадские врачи при обследовании пациентки выявили у неё мозговую активность, характерную для эпилепсии, в моменты, когда она делала снимки «селфи» со вспышкой.

Врачи при обследовании подростка выявили у неё мозговую активность, характерную для светочувствительной (фотосенситивной) эпилепсии, достаточно редкой формы заболевания. Она встречается примерно у 3% страдающих эпилепсией. При обследовании с применением ЭЭГ девушка делала фотографию «селфи» со вспышкой в относительно тёмной комнате, скачки на энцефалограмме появлялись именно в этот момент. Это в итоге позволило установить диагноз. Ранее девушке не было известно о наличии у неё заболевания.

По предположению докторов, речь может идти о феномене «селфи-эпилепсии», то есть вспышки фотокамеры смартфона может быть потенциально достаточно для провоцирования приступа у эпилептиков. При этом врачи отмечают, что пока это лишь предположение на основе одного выявленного случая, и необходимо проведение масштабного исследования на эту тему, чтобы сделать какие-то выводы.

Другая группа исследователей из Канады пришла к выводу, что вегетарианская диета оказалась более эффективной, чем обычные низкокалорийные диеты для похудения. Кроме того, утверждается, что такие диеты улучшают метаболизм за счёт уменьшения мышечного жира. Потеря мышечного жира улучшает метаболизм глюкозы и липидов, что весьма

важно для людей с метаболическим синдромом и сахарным диабетом 2-го типа.

Всего в исследовании приняла участие 74 пациента с диабетом 2-го типа. Их разделили на 2 группы, одна из которых получала вегетарианскую диету. В неё входили овощи, бобовые, фрукты, орехи. Из продуктов животного происхождения была лишь порция нежирного йогурта в день. Вторая группа получала обычную диабетическую диету. При этом калорийность обеих диет не превышала 500 ккал в сутки.

Выяснилось, что вегетарианская диета оказалась в 2 раза эффективнее при снижении веса тела – потери массы составили в среднем 6,2 кг против 3,2 кг для обычной диеты. При помощи МРТ учёные исследовали бедра испытуемых, чтобы изучить, как диеты

воздействовали на подкожный, субфасциальный и внутримышечный жир.

Оказалось, что обе диеты вызвали одинаковое сокращение подкожного жира. Снижение субфасциального жира произошло только при вегетарианской диете. Она оказалась более эффективной для снижения внутримышечного жира.

Учёные считают данное исследование весьма важным, так как субфасциальный жир у пациентов с диабетом 2-го типа связан с резистентностью к инсулину, и таким образом оказывается благотворное влияние на метаболизм глюкозы. А снижение внутримышечного жира может улучшить мышечную силу и подвижность людей, страдающих диабетом, особенно это касается пожилых людей.

Мнения

Походы к стоматологу вызывают приступы страха и паники даже у взрослых. Теперь же такие медицинские мероприятия могут стать приятным времяпровождением с помощью шлема виртуальной реальности.

Попытка сбежать от себя

По словам британских учёных, если пациента погрузить в среду виртуальной реальности, то процедура будет проходить практически безболезненно. В ходе практических исследований было установлено, что не любой сюжет производит вышеописанный эффект. Так, пациентам стоматолога было предложено две картинка – прогулка по городу и отдых на пляже.

Как показали результаты, именно последний вариант максимально расслаблял пациента, и тот практически не ощущал страха и боли во время манипуляций стоматолога. По мнению учёных, ощущение того, что человек на отдыхе, помогает уменьшить приступы беспокойства, а следовательно, и боли. Однако не исключается, что это может быть индивидуальным восприятием, поэтому можно испытывать различные виртуальные миры.

Принимая во внимание такие результаты исследований, учёные рекомендуют всем стоматологическим клиникам практиковать данный метод. Следует отметить, что шлем виртуальной реальности ещё не был испытан в случае с маленькими пациентами, однако научные специалисты практически уверены в том, что будет наблюдаться такой же положительный эффект.

Отмечается и то, что в некоторых частных стоматологических клиниках уже начали внедрять новшество и с довольно хорошими результатами – даже те пациенты, которые панически боялись стоматологического кресла, проходят все процедуры гораздо спокойнее. Исследования в данной области ещё будут продолжаться, так как научные специалисты хотят выяснить, будет ли так же эффективно работать данная методика в случае с другими медицинскими манипуляциями.

Идеи

Вкусная профилактика

Учёные из Университета Вашингтона (США) сделали новое открытие. Так, по их мнению, натуральные компоненты, которые содержатся в мёде, эффективно «очищают» сосуды и помогают предотвратить развитие атеросклероза. Если быть точнее, то речь идёт о таком веществе, как трегалоза, то есть природный сахар.

Данный компонент активирует белок TFEB, который провоцирует начало процесса очищения стенок сосудов от жировых отложений. Для того чтобы подтвердить свои теоретические предположения, учёные решили провести практический эксперимент на лабораторных мышках. Грызуны, которые имели лишнюю массу тела, были разделены на две группы. Одна питалась по своему привычному рациону, а другая получала добавку в виде природного сахара.

По окончании исследования было установлено следующее – у мышей из той группы, которая получала трегалозу, жировых от-

ложений в сосудах было на 30% меньше. Таким образом, учёные пришли к выводу, что умеренное потребление натурального мёда может рассматриваться как эффективное средство не только против атеросклероза, но и других сердечно-сосудистых заболеваний.

На данный момент эффективность этого вещества доказана только путём введения инъекций. Что касается орального типа применения, то в таком случае положительный результат также присутствует, но не в столь выраженной форме. Кроме мёда трегалоза содержится в таких продуктах, как грибы и креветки, поэтому в качестве профилактики сердечно-сосудистых заболеваний целесообразно включать их в свой рацион.

Согласно статистике, сердечно-сосудистые заболевания чаще всего приводят к летальному исходу. Поэтому в качестве профилактики следует не только правильно питаться, но и соблюдать здоровый образ жизни в целом, своевременно проходить медицинское обследование у профильных врачей.

Гипотезы

Группа североамериканских учёных из Калифорнийского университета (США) идентифицировала гены, мутации в которых могут быть причиной синдрома Туретта. Так называют наследственное расстройство центральной нервной системы, которое характеризуется различными тиками, включая выкрикивание нецензурных слов.

Долгожданная идентификация

Исследователи сравнили кодирующую белки ДНК у 311 детей, страдающих синдромом Туретта, и их родителей, многие из которых не были больны. Учёные искали у больных мутации de novo – изменения в генах, которые впервые возникли при зачатии, а не были унаследованы от матери с отцом. Они могут оказывать более тяжёлое воздействие на организм, чем переходящие из поколения в поколение мутации, поскольку на последние действует естественный отбор.

Оказалось, что примерно 12% всех случаев заболевания связаны с мутациями, затрагивающими 400 раз-

личных генов. В частности, изменения в 4 генах, которые активны в клетках мозга, с вероятностью 70-90% вызывают синдром Туретта. Так, WWC1 участвует в развитии мозга, формировании памяти и реакции клеток мозга на гормон эстроген. Другой ген – NIPBL – регулирует активность других участков ДНК и отвечает за возникновение обсессивно-компульсивного расстройства и дефицита внимания.

Авторы надеются, что будущие исследования позволят идентифицировать остальные наследственные факторы заболевания и помогут разработать методы терапии.

Почему бы и нет?

Физическая активность женщин играет не последнюю роль в снижении риска развития рака молочной железы, утверждают учёные. К примеру, активные физические упражнения снижают риск этого заболевания примерно на 17% в молодом возрасте и на 10% – в зрелом. Умеренная физическая нагрузка, как, например, ходьба или занятия садоводством, снижает риск развития рака молочной железы на 13%.

Такие данные содержатся в докладе международной группы учёных Всемирного фонда исследования рака (WCRF). Фонд сформировал специальную международную группу экспертов, которая проводит непрерывные исследования о влиянии жизнедеятельности человека на развитие раковых клеток в организме. В частности, речь идёт о диете, питании, физической активности и массе тела.

Учёные утверждают, что физические нагрузки могли бы уберечь треть женщин от развития недуга.

Что не отдых — то активный



Они собрали данные всех исследований в мире по диете, питанию, физической активности и раку молочной железы, проанализировали доказательства из 119 исследований со всего мира, в которых было обследовано более 12 млн женщин и исследовано более 260 тыс. случаев рака молочной железы.

В докладе указывается, что ежедневное употребление даже небольшого бокала вина или пива увеличивает риск развития рака молочной железы на 5% у молодых женщин, на 9% – у зрелых. Вероятность заболевания также увеличивается с лишним весом и неправильным питанием. Учёные утверждают, что есть некоторые данные о влиянии диет на организм женщины. Благотворно влияют на все функции организма и овощи, не содержащие крахмала, а также продукты с высоким содержанием

кальция и продукты с каротиноидами – к примеру, морковь, абрикосы, шпинат и капуста. Есть также доказательства того, что грудное вскармливание также снижает риск развития этого заболевания.

В целом, по мнению экспертов, для того чтобы максимально уменьшить вероятность заболевания раком молочной железы, необходимо вести физически активный образ жизни, следить за весом и едой и ограничивать алкоголь. Когда речь идёт о раке, то здесь нет никаких гарантий, но важно знать и делать всё, чтобы уберечься от этого страшного недуга, считают учёные.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Seizure, Journal of the American College of Nutrition, who.int, ABC News, Science Daily, Scientific Reports, Fox News, Medical Xpress.

Учёные-историки, касаясь прошлого и настоящего Брянщины, утверждают, что маленький Севск по культурной значимости сопоставим с самыми известными городами России. Богат он и своей родословной. Так, Воскресенская и Ипатьевская летописи упоминают «Севско» ещё в 1146 г., когда он входил в состав Чернигово-Северской земли. А спустя какое-то время жители этого древнего города участвовали в воспоминании в «Слове о полку Игореве» походе северского князя против половцев. Известен Севск и тем, что по указу Ивана Грозного был назначен местом ссылки разного рода «беспокойных людей», а вся Севская округа получила название Комаричской. Именно сюда сослали в 1683 г. уцелевших от казни стрельцов после неудавшегося заговора против Петра I. Интересен город и тем, что сам Пушкин своей рукой вывел его название в драме «Борис Годунов». Глава так и называется «Севск». Дошло даже до того, что здесь создали монетный двор и чеканили деньги, называвшиеся «чехами».

купить оборудование, развернул строительство и ремонт зданий... При нём заложили фундамент для развития функциональной диагностики, открыли отделение эндоскопической хирургии...

«Островком благополучия среди всеобщей разрухи» стали называть Севскую ЦРБ, а её главному врачу вскоре предложили возглавить Брянскую областную больницу № 1.

Сразу неизмеримо вырос объём работ, увеличились масштабы ответственности. Но Александр Иванович, как всегда, принял



Севская ЦРБ сегодня

Вот это лечение!

Продолжая экскурс в историческое прошлое Севска, нельзя не упомянуть о том, что именно в окрестностях этого древнего города поправляла своё здоровье после 20-летнего заключения в Шлиссельбургской крепости неистовая революционерка Вера Фигнер. Её племянница работала тогда врачом на одном из сахарных заводов, и о том времени рассказано, например, в хранящемся в местном музее трёхтомнике воспоминаний Веры Николаевны «Запечатлённый труд».

А в редком издании Московского университета за 1876-1890 гг. содержатся интересные «Записки» архидиакона Павла Алеппского о путешествии по России антиохийского патриарха Макария. Оказывается, занедуживших в дороге путешественников принимали «пользовать», то есть лечить исконно русским способом: «Воевода послал принести большое количество напитков, водки, вина и прочих... Один из слуг обходил нас с тарелкой огурцов, другой – с тарелкой редиски...» Вот и всё лечение.

Сохранились в архиве Севской ЦРБ и сведения о становлении в крае официальной медицинской помощи. Как известно, только в конце XVIII века Павел I принял решение об учреждении губернской медицинской службы, однако в уездах её начали создавать значительно позже. В Севском, например, на всей территории существовала лишь одна платная больница на 10 коек, в которой работали доктор Григорович, 4 фельдшера и акушерка. Когда же больница перешла в ведение земства, управа пригласила на работу и второго врача Климантовича. Количество коек удвоили, сумели приобрести хирургические инструменты и бельё для больных.

Сохранился отчёт доктора Климантовича Земскому собранию в 1872 г. В нём говорится о «процветании множества болезней из-за несоответственного образа жизни крестьян». 84 различных заболеваний было зарегистрировано тогда в уезде! И только после Октябрьского переворота в здании бывшей Земской управы удалось открыть хорошую больницу и «обуздать» массовые эпидемии.

Новая эпоха

Однако все эти новшества «слизнуло» военное лихолетье. И, как правило, все последующие этапы восстановления и развития лечебного дела связывают с личностью руководителей больницы.

В 1962 г. на должность главного врача Севской ЦРБ была назначена выпускница Сталинградского медицинского института Лидия Уколова. И за 17 лет Лидии Тимофеевне удалось построить новые здания поликлиники, межрайонного фтизиатрического отделения, женской консультации и административного корпуса.

Малые города России

Под бой курантов

Древний Севск гордится своей медициной



О. Пулина

Больничный городок перевели на централизованное отопление, появились Доброводская участковая больница и 10 ФАПов... Недаром же Л.Уколова была награждена орденом Трудового Красного Знамени!

В последующие годы продолжала укрепляться материально-техническая база районного здравоохранения, был построен терапевтический корпус, появилось отделение восстановительного лечения, расширилась сеть медицинской помощи сельскому населению... Настоящий же период превращения провинциальной больницы в многопрофильное лечебное учреждение связан с именем заслуженного врача РФ Александра Пёхова, в честь которого на одном из зданий ЦРБ была открыта недавно мемориальная доска.

Приехавший сюда в конце 80-х годов прошлого века по распределению выпускник Курского государственного медицинского института на всю последующую жизнь остался верен личной клятве: «Здоровье людей – дело всей моей жизни». Начав практическую работу хирургом, последовательно занимал должности заведующего отделением, заместителя главного врача по лечебной работе и наконец возглавил Севскую ЦРБ. Одной из лучших в области признали тогда лечебно-диагностическую базу больницы, здесь появились 7 отделений и реанимационный блок.

И всё это произошло, отметим, в лихие 90-е, когда и лечить, и кормить пациентов было нечем. А Пёхов умел делать всё: доставал лекарства, «выбивал» продукты питания, находил возможности

на сбережении тепла и электроэнергии, переделали прачечное хозяйство. А развитие услуг платной медицины позволило приобрести аппаратуру для холтеровского мониторирования, современный электроэнцефалограф и спирограф...

Однако настоящий капитал Севской ЦРБ – её профессиональные кадры, без которых новейшее медицинское оборудование будет в лучшем случае лишь украшением интерьера.

По распределению, например, приехала в Севск после окончания Астраханского государственного медицинского университета Вера Солянкина. И в её трудовой книжке с тех пор всего одна запись: место работы – Севская ЦРБ. А в профессиональной сфере Вера Сергеевна удачно совмещает сразу несколько направлений своей врачебной деятельности. Она заместитель главного врача по лечебной ра-

боте, заведующая отделениями функциональной диагностики и терапевтическим, кардиолог... «Мобильным доктором» называют её между собой пациенты.

Дружный коллектив подобрался и в хирургическом отделении, которым руководит Марат Гызычев. И заведующий отделением, и работающие под его началом Алексей Корнев и Павел Шевяков освоили многие сложные оперативные вмешательства, постоянно совершенствуют своё профессиональное мастерство. И у жителей Севской глубинки нет больше необходимости обращаться в сложных случаях за хирургической помощью в лечебные учреждения областного центра.

Дом милосердия

Почти в 40 км от районного центра открыто в селе Подывотье отделение сестринского ухода на 15 коек. Когда-то здесь размещалась участковая больница, а теперь получают курсы лечения в основном пожилые люди. Пациентов регулярно осматривает участковый врач, они находятся под круглосуточным медицинским наблюдением.

Это лечебное заведение помимо сестринского ухода выполняет ещё функции ФАПа. В Подывотье проживают больше 500 человек, из которых около 100 детей. Так что работы медсёстрам и санитаркам хватает. Кроме ежедневного приёма пациентов, приходится проводить патронаж новорождённых, посещать на дому инвалидов. Есть в селе и небольшая аптечный пункт.

Открыто также недавно на территории Севской ЦРБ и единственное пока в области отделение паллиативной помощи на 7 коек. Есть соответствующая лицензия, с пациентами работают доктора.

Около 300 человек трудятся сегодня в Севской ЦРБ, и известная истина «кадры решают всё» здесь ярко подтверждается на практике. Поскольку Севск – город, в районе не действует программа «Земский доктор», рассчитанная, как известно, на село. Докторам приходится работать на несколько ставок, остро нужны окулист, оториноларинголог, другие узкие специалисты. Добавьте сюда проблемы хирургического отделения, которое располагается в здании постройки ещё XIX века...

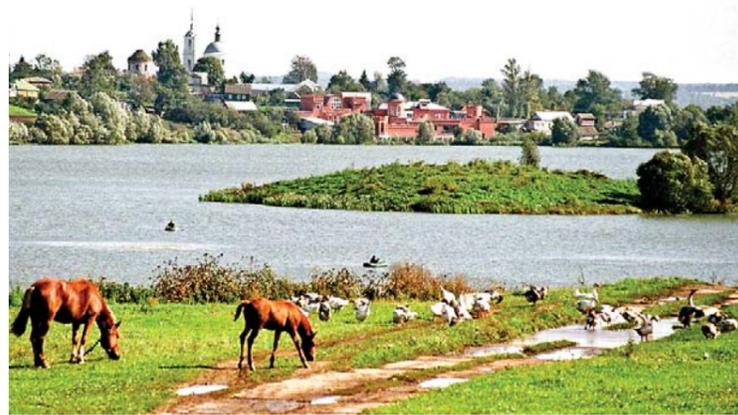
Однако проблемы – проблемами, а работа – работой. Мне довелось в своё время немного побыть в Севске редактором районной газеты, и знаю об этом городе не с чужих слов...

Атмосфера старины ощущается здесь как нигде на Брянщине. Почти все здания, например на улице Ленина – магазины, кафе и жилые дома, – памятники архитектуры. Есть даже своя наклонившаяся «Пизанская башня» – собор Троицкого монастыря. А на колокольне Успенского собора установили в начале прошлого века башенные часы-куранты. После реставрации колокольни часы заменили на электронные. Вот под бой этих курантов и трудятся севские медики...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Фото автора.



На просторах земли Севской

4 лет. Однако энергичному и деловому руководителю удалось удержать планку медицинских достижений на нужной высоте. В райбольнице, например, совсем нет кредиторской задолженности. Даже текущей. Коллектив крепко стоит на ногах, уверенно смотрит в будущее.

– Сначала мы модернизировали всё больничное хозяйство, – сказала корреспонденту «МГ» о сделанном Олеся Анатольевна. – Привели в порядок штатное расписание, серьёзно занялись диспансеризацией населения. Пошёл прилив денежных средств...

Вот так и погасили все 8 млн кредиторской задолженности. Научившись считать буквально каждую копейку, стали экономить

Был я лирик.
Стал – прозаик

Был я лирик.
Стал прозаик.
Что заставило меня
Изменить свои привычки?
Может, зрелые года?
Или, не лукавя боле,
Мне признать,
Что постарел?
Кровь не закипает в жилах.
Может, я устал
От дел,
От забот, хлопот, работы,
Недосыпа каждый день?
Может, на меня находит
Временами просто лень?
Я вино седые годы.
Много в жизни повидал,
Я творил, любил, работал...
Может, что-то потерял?

Пионы замерзали

Набежали строчки, набежали...
Синими чернилами плеснули.
На снегу пионы замерзали...
Как воробушки они уснули.
Два комочка лепестки сложили.
Снеги и ветра их обдували...
И в глаза девочки заглянули.
В сердце осторожно постучали.
Пожалей их, милая, родная.
Отогрей и напои слезами.
Зимними, холодными ночами
Я пишу письмо тебе стихами...

Памяти древних городов

Каменные
Пустыни...
И ячменные поля.
Лёсса жёлтые долины.
Густо – проседей тростника.
Городов святая древность.
Крепостей,
Камней, руин.
Что осталось
От Алеппо?..
От мечетей?
Камни... Дым.
Пепел сожженных
Столетий.
Прах отторгнутых
Веков.
Позабыта память предков.
И ЮНЕСКО городов.

Месопотамия –
страна шумеров

Каменные жёлтые хребты.
Благодатны лёссовы долины.

На литературный конкурс

За любовь благодарить не надо...



Сохранили память старины:
Отпечатки, слепки
в речной глине.
Высохшего древнего ручья.
Глиняной дощечки,
Вязь клинками.
Клиновидной
Формы письма,
Тонкая, невидимая связь
с веками.

В этой глине – таинства
Творца,
Повести,
Поэмы,
Песни
Басни,
Мифы...

Грусть

Грусть покрыла
улицы и крыши.
Серый снег оттаял
и не дышит.
Лужи не блестят –
покрыты жиром.

Фонари масляные
светом сырим.
Всё вокруг уныло
И убого.
Серая
разбитая дорога...
В трещину окна
пробился ветер.
Зверюга,
завывая, навевает тошноту
и скуку.

Краска с подоконника слезает,
С потолка слетает
штукатурка,
Память не хранит
воспоминания
Светлых дней,
А сплошь –
разочарования.

Волшебная сказка

Тигрятся берёзки под солнцем.
Кудрятся шипами ольха.
И белок шишками кормят
Мохнатая ель и сосна.

Ласкает еловою лапой
Берёзку хвойный народ.
Все любят красавицу нашу –
Тигровый наряд ей идёт.
К воде приглашает иву
Красивый строй лебедей...
Волшебная сказка природы!
Не наглядеться...
Поверь!

Ты спасибо мне
не говори...

Ты спасибо мне не говори:
За любовь благодарить не надо.
Этот мир мне подарила ты
Вот она и есть – твоя награда.
Я живу как в сказке волшебства.
Расцветает небо облаками.
Колосится кудрями земля.
Лес поёт красивыми басами.
Нежно ива струною тянет плач,
Будто скрипка по смычку сучает.
Вот постукивает дятел-врач
– перкуторно звук определяет.
Барабанит заяц по стволу,
Белка шишками в него кидает,
Из берлоги миша вылез...
И весну громким рёвом
На весь лес встречает!

Сине-белые цветы

Какие песни мне писать,
Чтоб ты хоть иногда звонила?
Какие ноты подобрать,
Чтоб ты меня любила?
Какой молиться мне судьбе?
Что подарить моей звезде?
Каким героем надо стать,
Чтобы в глазах любовь читать?
Какие песни петь тебе,
Чтоб на меня взглянула?
Какие краски подобрать,
Чтоб руку протянула?
Как оберечь тебя от бед?
Какой мне надо дать обет?

Какой великий пост держать?
Чтобы тебя, звезда, узнать...
И сине-белые цветы,
Покрытые вуалью,
Вуалью шёлковых лучей
И нежной песни шалью.
Каким героем надо быть,
Чтобы тебя в себя влюбить?
Какие песни петь тебе?
Какие песни петь тебе?

Я готов на всё

Я могу быть ласковым
и нежным,
Я могу быть робким и смешным,
Я могу быть саркастичным,
дерзким,
Я могу быть пьяным и лихим.
Я могу до одури смеяться,
Я могу тонуть в твоих глазах,
Музыку писать...
Рассветом наслаждаться!
Я могу не есть!
Не пить!
Не спать!
Я готов на всё!
Скажи, родная,
Где мне только
Молодость украсть!..

Москва.

ОБ АВТОРЕ. Гаврил Маркаров – член-корреспондент РАЕН, кандидат медицинских наук, лауреат нескольких европейских изобретений. Автор ряда патентов в области электромагнитной терапии, соавтор базовых справочников по физиотерапии. В настоящее время работает в Московской городской больнице № 13, занимается внедрением новых технологий физиотерапии и реабилитации в практическую медицину. Гаврил Суменович пишет стихи, песни, короткие рассказы.

Дерматит, препарат	Шахм. чемпион	"Походный... Галич"										Португ. мореплаватель	Желчегонное средство						
		"Иркутская история"	Коралловый остров	10 чарок	Груз. писатель	Декор. кустарник						Менделесон	Летчик	Высокий тон звука	Духовный сан				
Куски для шитья	Пептидный гормон				Пролив, Стамбул	Площадь у др. греков	Дуэль			"...мандрин", Кюи		Удивление	Храм, Аомынь						
		Изображение Христа	Шест, нарты	Сторожевой отряд	Клодроновая кислота					Семья нидерл. картографов									
Городской сад	Зубковская	Ударный идиофон		Стыд	Колчан (стар.)	Выслеживание преступников				Расслабленность	Часть гемоглобина								
		Джобс		Х/б ткань		Фа, соль	Великий Устюг, река												
Рос. фигурка	Синтет. волокно	От дождя		Голл. живописец	ФИАТ, модель														
		Знак Зодиака		Надежная защита															
Автор Валерий Шаршуков	"...Вавилон", Аррабаль			Гасман, фильм	Отч. холодильник														

С К А Н В О Р Д

Д Р О К К И И М И Д О К А Л М
 И Н Г А О Ш Д З Е Л Ь Ц И И И Н А
 О Т И У Н К Л И О Н Ю Т Р И А С Г Л
 В Ы Р У Р О Т А Е А Р Б А Л Е Т Р Л И Д О
 А Е Ш Е О Л Ф И З И К Э И Г Е Р Е Н У К
 Н Е Г А Н О С С Т У М А Н Т И Я Д А М А
 Л Ф Ф И Н Т А С Т Р А Л
 М Е Р О У Н О С К А Р Л И
 Н Т Р А Г И К А Н О Х И Н

Ответы на сканворд, опубликованный в № 48 от 05.07.2017.

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 редколлегия – В.КОРОЛЁВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-06-00327 Тираж 23 973 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.