

Медицинская

12 августа 2016 г.
пятница
№ 60 (7680)

Газета®

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

Санитарная зона

В условиях заражения

На Ямале уничтожают очаги сибирской язвы



Подразделения радиационной, химической и биологической защиты (РХБЗ) Министерства обороны России уничтожили в зоне карантина в Ямальском районе Ямало-Ненецкого автономного округа сотни туш павших животных.

«Мы с каждым днём наращиваем потенциал, – говорит начальник войск РХБЗ Центрального военного округа генерал-майор Валерий Васильев. – Выработана технология уничтожения павших животных. Оно проводится двойным методом. Первый – это сжигание высокотемпературным полем. Температурный режим уничтожения спор – более

Личный состав подразделений Минобороны России готовился работать в зоне вспышки в средствах индивидуальной защиты

110°C, как правило – 140-150°C. Мы доводим температуру до 400-500°C. А после сжигания проводим дезинфекцию с помощью хлорной извести, наносим второй удар по сибирской язве, гарантированно уничтожая её».

В настоящее время на данной работе задействовано 6 команд специалистов, в каждой есть медик-биолог, который следит за выполнением требований безопасности. Все специалисты войск РХБЗ привиты против инфекции и обучены работе в условиях заражения.

В.Васильев сообщил, что после обработки мест группового падежа скота будет проводиться воздушная доразведка для контрольного поиска одиночных павших животных. В последующем, в случае обнаружения отдельных туш, предусматривается создать мобильные команды, которые будут локально их уничтожать и дезинфицировать место.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

(Продолжение темы
см. на стр. 4.)

Перспективы

И сестра справится...

Министерство здравоохранения РФ начинает проводить подготовку медсестёр с высшим образованием для работы в школах. Об этом сообщила заместитель министра Татьяна Яковлева.

«У нас уже есть бакалавриат, где готовят медсестёр с высшим образованием, однако там нет такого модуля, который был бы направлен на школьную медицину. Сегодня мы его сформировали, и он будет внедрён в стандарт образования по сестринскому делу с высшим образованием. Скоро

начнём запускать его в школы», – сказала Т.Яковлева на молодёжном образовательном форуме «Территория смыслов на Клязьме».

Предполагается, что медсестры будут работать в школах как «две трети врача». Их основной задачей должна стать профилактика. «Нам нужно, чтобы фельдшеры, медсестры с высшим образованием занимались профилактикой», – отметила заместитель министра. И пояснила, что при необходимости врачи будут выезжать непосредственно к ученикам.

Пилотный проект по обучению медсестёр для работы в школах, согласно планам Минздрава России, будет запущен 1 сентября этого года в 5 регионах страны. Первые выпускники с таким образованием появятся через 3-4 года.

Подобный опыт уже освоили в школах Эстонии, где с 1 сентября позапрошлого года функцию школьных врачей-специалистов выполняет средний медперсонал.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сито!

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ:
О снятии карантина по сибирской язве пока рано говорить.
Стр. 4

Наталья ОСЫЧНАЯ,
главный специалист
Минздрава Рязанской области
по геронтологии и гериатрии:
В области разработана трёхуровневая система оказания помощи лицам пожилого возраста.
Стр. 6

Галина ИВАНОВА,
главный реабилитолог
Минздрава России, профессор:
Зарплату будут платить за достигнутый результат.
Стр. 10-11

Здоровая жизнь

Диаспартакиада в Приморье

Во Владивостоке состоялся трёхдневный спортивный турнир для детей с сахарным диабетом. В соревнованиях приняли участие юные спортсмены из 6 городов Приморского края – Владивостока, Артема, Уссурийска, Находки, Дальнегорска, Кавалеров, а также команда из Якутии.

Проект реализуется по инициативе общероссийской общественной организации инвалидов «Российская диабетическая ассоциация» совместно с Департаментом здравоохранения Приморского края. Региональные состязания проводятся в рамках Всероссийской образовательной программы для людей с сахарным диабетом «Каждый день – это ваш день!»

Диаспартакиада в Приморье получила символическое название «Пираты Японского моря». К слову, такие соревнования в стране проводятся уже 7-й год. За это время их участниками стали более 500 детей и подростков из 45 регионов России и стран СНГ. Коллективная спортивная игра призвана помочь детям с сахарным диабетом социально адаптироваться и приобрести навыки командной работы, взаимопонимания и поддержки. В Приморском крае подобные состязания прошли впервые.

На открытии спартакиады участников и гостей соревнований приветствовали почётные гости и организаторы турнира.

– Мы рады видеть всех участников и организаторов Диаспартакиады в Примор-

ском крае, – заявил Андрей Кузьмин, директор Департамента здравоохранения региона. – Сахарный диабет 1-го типа – серьёзное испытание, но современное лечение даёт возможность ставить перед собой высокие цели и покорять новые горизонты. Я желаю юным участникам соревнований успехов и побед. Ведь по праву жизнь ребёнка с диабетом должна и может быть такой же насыщенной, активной и интересной, как и всех его сверстников.

Кроме того, ребята смогли больше узнать о сахарном диабете. На острове Русском, в кампусе Дальневосточного федерального университета, работали врачи-эндокринологи, которые индивидуально и в группе провели обучение и ответили на все интересующие ребят вопросы, в частности, как максимально эффективно контролировать свой диабет.

Почётным гостем Диаспартакиады стала Татьяна Шурмистрова, российская спортсменка, чемпионка Европы по ушу. В своём приветственном слове она отметила, что есть много примеров тому, как люди достигли высоких побед при наличии диабета даже в профессиональном спорте. Например, «король футбола» Пеле, который болен сахарным диабетом 1-го типа с юности, что не помешало ему заработать титул лучшего футболиста XX века и быть известным во всём мире.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Новости

Новый фармацевтический кластер

На территории Волгоградской области создаётся фармацевтический кластер. В качестве инвесторов выступают Волгоградский государственный медицинский университет и Московский эндокринный завод, а общая сумма инвестиций составляет 8 млрд руб.

По сообщению Комитета промышленности и торговли Волгоградской области, в Центральном районе Волгограда уже возводится научный центр инновационных лекарственных средств. В нём будет предусмотрено своё опытно-промышленное производство новых препаратов.

В Волгоградском филиале Института катализа им. Г.К.Берескова СО РАН Московский эндокринный завод оптимизирует технологические процессы будущего производства субстанций. Первые серии фармацевтических препаратов уже произведены. Стороны активно сотрудничают в плане подготовки кадров, необходимых для предприятия по выпуску фармацевтических субстанций. Оно будет построено в городе Волжском.

На заводе будут создавать субстанции из животного сырья для получения жизненно важных препаратов, также планируется наладить производство пищевого желатина. На данный момент в рамках кластера специалисты и учёные ВолГМУ создали 5 новых препаратов.

Основополагающие решения по созданию кластера руководством области были приняты ещё в 2014 г., и теперь этот проект воплощается в жизнь.

Александр КУЗНЕЦОВ.

Волгоград.

Южноуральским донорам
не помешала жара

На днях в Челябинске и Магнитогорске прошла акция «Всероссийская суббота доноров». В ней приняли участие 144 человека, более 100 были допущены к донации, и пополнили банк крови на 46 л. 15 добровольцев в ходе акции впервые стали донорами. В Магнитогорске участники акции получили сладкие подарки и сувениры с символикой службы крови.

— Хочется выразить особую благодарность всем участникам, которые, несмотря на жару, пришли поделиться частичкой своей крови с теми, кому она необходима, — отметила главный трансфузиолог Минздрава Челябинской области, главный врач областной станции переливания крови Галина Рудакова.

В общей сложности с начала года в Челябинской области 20 322 донора пополнили резервный запас крови на 15 772 л. Общее количество донаций составило 32 609.

В течение 7 месяцев этого года медицинские бригады ЧОСПК 267 раз работали в муниципальных образованиях Южного Урала. В ближайшее время участниками выездных донорских акций станут коллективы крупных предприятий Южного Урала, а также жители ряда городов.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Централизуя детскую фтизиатрию

В Омской области завершили централизацию детской амбулаторной фтизиатрической службы, открыв для маленьких пациентов второе противотуберкулёзное отделение диспансерного типа.

Открытие первого состоялось ещё в 2015 г., и в нём лечат мальчишек и девчонок трёх округов города, а также их сверстников из сельского Омского района. Второе отделение рассчитано на детское население Центрального и Советского городских округов.

Важность такой централизации, считают специалисты, в том, что теперь детям не придётся избавляться от палочки Коха или от предрасположенности к ней во взрослых противотуберкулёзных диспансерах, что снижало для ребят доступность и качество лечения. Смешанные противотуберкулёзные ЛПУ очень опасны для детского здоровья.

Теперь нет проблем с приёмом детей фтизиатрами в две смены и полным комплексом диагностических мероприятий. К слову, как пояснила главный специалист отдела охраны здоровья матери и ребёнка регионального Минздрава Елена Беркасова, таких отдельно расположенных фтизиатрических детских отделений нет ни в одном регионе Сибирского и Дальневосточного федеральных округов. Поэтому в Прииртышье заболеваемость детей туберкулёзом значительно ниже, чем на всей зауральской территории России.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

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

События

Волонтёрское движение
набирает силу

Но добровольных помощников должно быть больше

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова встретила с представителями волонтёрских движений студентов медицинских вузов.

«Появление волонтёрских организаций свидетельствует о зрелости гражданского общества в России, и мне очень приятно, что студенты медицинских вузов активно участвуют в этих движениях», — сообщила министр.

Она отметила вклад волонтёров-медиков в ликвидацию последствий наводнения на Дальнем Востоке в 2013 г., которое продолжалось 2,5 месяца.

«Вы наряду с профессионалами включились в процесс оказания медицинской помощи пострадавшим, проводили вакцинацию прямо с лодок, работали в затопленных деревнях», — вспомнила Вероника Игоревна. Она также добавила, что сегодня движение волонтёров-медиков насчитывает уже несколько тысяч человек.

«Волонтёров среди студентов медицинских специальностей может быть ещё больше, поскольку медицинских вузов только в системе здравоохранения — 46, а ещё есть факультеты Министерства науки и образования РФ, класси-



Волонтёров всегда здесь ждут

ческие университеты с аналогичными факультетами», — сказала В.Скворцова.

Среди наиболее перспективных направлений здравоохранения, где медицинское волонтёрское движение может себя проявить, министр перечислила развитие донорства и паллиативной помощи, заботу о детях-инвалидах и пожилых людях, а также санитарно-просветительскую работу и ор-

ганизацию прививочных кампаний. Вероника Скворцова выразила уверенность, что волонтёры-медики приобретут большой профессиональный опыт и пройдут необходимую подготовку.

Министр пожелала собравшимся сил, здоровья и успехов.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Профилактика

Пневмококк всегда рядом

В Москве грядёт вакцинация против опасной инфекции



Идёт профилактическая вакцинация

Столичное управление Роспотребнадзора рекомендовало руководителям медицинских организаций Москвы организовать проведение профилактической вакцинации против пневмококковой инфекции среди граждан старше 40 лет, страдающих хроническими заболеваниями.

В документе, опубликованном ведомством, отмечается, что данная мера обусловлена ухудшением эпидемиологической обстановки в городе. По сведениям Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека за последние 6 месяцев 2016 г. (по сравнению с показателями прошлого года) заболеваемость пневмококковыми инфекциями выросла на 27%. Частота развития пневмококковой пневмонии повысилась в 1,9 раза, а показатели смертности от внутрибольничной пневмонии выросли в 1,5 раза.

В ведомстве также подчёркивают, что с каждым годом растёт удельный вес госпитализированных из числа заболевших внебольничной пневмонией: в 2014 г. — 70,9%, в 2015 г. — 75,8%, за 6 месяцев 2016 г. — 77%.

Игорь САВРАНСКИЙ.

МИА Cito!

Работают мастера

Хирурги Федерального центра нейрохирургии в Тюмени провели сложную операцию 12-летнему мальчику, удалив доброкачественную опухоль мозга, вызвавшую инсульт. Помочь подростку отказывались другие клиники, ФЦН стал для ребёнка последней надеждой.

«У 12-летнего Игоря Волкова из Самары внезапно случился инсульт. Обследование показало, что причиной поражения мозга стала гигантская доброкачественная опухоль. Местные врачи ничем не

Последняя надежда на спасение сбылась

могли помочь ребёнку. Состояние мальчика с каждым днём ухудшалось. Тогда было принято решение провести операцию у нас», — рассказал главный врач тюменского нейробиоцентра Альберт Суфианов.

Пациента доставили в Тюмень санитарным бортом медицины катастроф. На момент прибытия мальчик уже находился без сознания. По словам врачей, ещё несколько часов промедления — и

ситуация могла приобрести необратимый характер. Новообразование располагалось очень близко к стволу мозга. В таких условиях любое неверное движение могло стать фатальным. Поэтому к сложной операции подключили бригаду нейрофизиологов.

«Эти специалисты предварительно перед операцией устанавливают специальные электроды, которые, говоря простым языком, «прозва-

нивают» головной и спинной мозг постоянно, и только при помощи этой технологии удалось отделить опухоль от ствола мозга и иных жизненно важных структур, не повредив их. Операция длилась около 3 часов и прошла успешно», — продолжил главный врач.

Прооперировали Игоря в конце прошлого года. Месяцы ушли на реабилитацию, и сегодня жизни мальчика уже ничего не угрожает: он вос-

становливается, учится на отлично, штудирует английский, и ничего не говорит о том, что менее года назад он перенёс тяжёлую операцию. На днях семья Волковых приехала в Тюмень на дообследование. Прогноз врачей весьма оптимистичен.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Тюмень.

Накануне

О перинатальном центре доложено Президенту РФ

Осенью этого года в столице Республики Башкортостан Уфе откроется новый перинатальный центр, доложил на встрече с Президентом РФ Владимиром Путиным глава республики Рустэм Хамитов.

«В этом году мы запускаем новый суперсовременный перинатальный центр: 130 коек, финанси-

рование – 2,5 млрд, – сказал глава Башкирии. – Центр готов, сейчас идёт сдача, оформление документов. Осенью он заработает».

Информируя Президента о социально-экономической ситуации в республике и выполнении майских 2012 г. указов Президента, Р.Хамитов отметил: «Результаты уже неплохие. Мы видим даже по этому году снижение младенческой

смертности, уровень уже вполне приличный. И наша цель – до 2020 г. увеличить ожидаемую продолжительность жизни в республике с 70 до 72 лет, в том числе за счёт снижения смертности по многим направлениям».

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Решения

Если нужна экстренная помощь

Правительство РФ приняло Постановление «О мерах по защите прав потребителей туристских услуг в сфере выездного туризма».

Документом уточняются правила оказания экстренной помощи туристам, а также критерии отбора кредитных организаций, в которых могут размещаться средства компенсационного фонда объединения туроператоров в сфере выездного туризма. Постанов-

ление принято в целях создания эффективного механизма предоставления туристам такой помощи в стране временного пребывания и возмещения реального ущерба, возникшего в результате неисполнения туроператором обязательств по договору о реализации туристского продукта.

Уточняются также понятия «экстренная помощь», «перевозка туриста из страны временного пребывания», «оплата услуг по размещению туриста до начала

осуществления перевозки к месту окончания путешествия», а также наименование фонда, за счёт средств которого финансируются мероприятия по оказанию экстренной помощи туристам (резервный фонд).

Принятые решения направлены на защиту прав потребителей услуг в сфере выездного туризма.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Проекты

Эксперимент по маркировке

Минздрав России подготовил проект постановления Правительства РФ «О проведении эксперимента по маркировке контрольными (идентификационными) знаками лекарственных препаратов для медицинского применения». Эксперимент проводится для определения эффективности данного мероприятия в целях мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя и определения технических возможностей и эксплуатации соответствующей информационной системы.

В ходе эксперимента лекарственные препараты будут маркироваться контрольными знаками, которые можно будет идентифицировать с помощью специальной информационной системы. Документом будут определяться правила маркировки, в том числе

параметры информационной системы, а также перечень сведений, передаваемых участниками эксперимента в указанную информационную систему. Эксперимент проводится на добровольной основе.

Проведение эксперимента, а также методологическое со-

провождение и взаимодействие с участниками обеспечивают Федеральная налоговая служба, Министерство здравоохранения РФ и Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. Оценка результатов позволит впоследствии усовершенствовать порядок обращения лекарственных средств на территории Российской Федерации.

Планируемый срок вступления в силу нормативного правового акта – сентябрь 2016 г., а начало эксперимента – 1 января 2017 г.

Соб. инф.

Тенденции

69 поликлиник, находящихся в ведении Департамента здравоохранения Москвы, целиком и полностью перешли на электронные медкарты. Данный виртуальный документ получили свыше миллиона москвичей – это около 13% горожан. В карты занесены сведения более чем о 5 млн амбулаторных приёмов. Ежедневно создаётся более 8 тыс. новых электронных карт, которые заполняют по мере посещения врачей.

Электронная медкарта – один из самых ожидаемых сервисов Единой медицинской информационно-аналитической системы Москвы. Карты содержат данные о результатах осмотра, диагнозы, назначения, рецепты, направления, справки и листки нетрудоспособности.

Благодаря электронным картам врачи могут видеть полную клиническую картину здоровья пациента. Сервис также упрощает работу с документами. Пациенты, в свою очередь, обеспечиваются

Амбулаторная карта – в электронном виде

качественной медицинской помощью, основанной на принципах преемственности.

К сожалению, не все столичные доктора владеют методиками ведения новых медкарт. Согласно опросу, только 32% московских врачей в состоянии успешно выполнять эту рабочую функцию. В этой связи с целью качественного внедрения электронных медкарт сейчас идёт работа сразу по трём направлениям. Проводится обучение врачей на местах и в медвузах, где были организованы курсы повышения квалификации по работе с новыми картами. Более 7 тыс. специалистов из 23 тыс. обучены на местах, дополнительные курсы прошли около 3 тыс. медиков.

Вносятся поправки и в законодательную базу: электронные

документы станут эквивалентами бумажных, что позволит не распечатывать результаты осмотра. Сервис дорабатывают на основе предложений врачей, которые уже пользуются ими, и адаптируют к потребностям разных специалистов. Медики могут передать предложения службе качества в ходе ежемесячного опроса или оставить заявку в службе техподдержки совместно с сотрудниками группы внедрения. Тем не менее факт остаётся фактом: более чем в 80 медучреждениях столицы внедрён данный сервис, пусть в некоторых и частично.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Официально

Меняются требования к медицинской продукции

Правительство РФ приняло Постановление «О критериях отнесения лекарственных средств и медицинских изделий к промышленной продукции, не имеющей произведённых в России аналогов».

Согласно этому документу, после 1 января 2017 г. произведёнными в России лекарственными препаратами, сыворотками и вакцинами будут считаться зарегистрированные в установленном порядке в соответствии с российским законодательством лекарственные препараты, в отношении которых на территории стран ЕАЭС осуществляются технологические операции, соответствующие совокупности стадий технологического процесса производства готовой лекарственной формы, упаковки и выпускающего контроля качества.

Критерии отнесения продукции к промышленной продукции, не имеющей произведённых в России аналогов, были утверждены постановлением Правительства РФ № 719 от 17.07.2015. В соответствии с ним критерием отнесения является отсутствие на территории нашей страны производства этой продукции, подтверждённого с учётом установленных требований.

Однако до настоящего времени установленные указанным постановлением требования не распространялись на лекарственные средства и медицинские изделия. В связи с этим в целях реализации постановлений Правительства РФ № 1289 от 30.11.2015 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств лекарственных препаратов, включённых в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и № 102 от 05.12.2015 «Об ограничениях и условиях допуска отдельных видов медицинских изделий, происходящих из иностранных государств, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных

и муниципальных нужд» страна происхождения товаров определялась в соответствии с критериями, предусмотренными Соглашением о Правилах определения страны происхождения товаров в Содружестве Независимых Государств от 20 ноября 2009 г.

Новым постановлением кабмина постановление № 719 дополнено требованиями к медицинским изделиям и лекарственным средствам в целях их отнесения к продукции, произведённой в России. Эти требования предусматривают соблюдение процентной доли стоимости использованных при производстве изделий иностранных товаров, наличие у юридического лица – налогового резидента стран Евразийского экономического союза (ЕАЭС) прав на техническую и конструктивную документацию, наличие у производителя документального подтверждения внедрения результатов разработок в производство и (или) сервисного центра в России, наличие в России отдельных стадий производства, наличие исключительного права на компоненты специализированного программного обеспечения.

В частности, требованиями предусмотрено, что процентная доля стоимости использованных при производстве медицинских изделий иностранных товаров с 1 января 2019 г. должна снизиться на 10-40 процентных пунктов.

Фармацевтические субстанции будут считаться произведёнными в России, если сведения о них имеются в Государственном реестре лекарственных средств, а также если в отношении них на территории стран ЕАЭС осуществляются технологические операции химического синтеза, и (или) биотехнологического синтеза, и (или) выделения из природного минерального сырья, и (или) выделения из источников биологического и (или) животного происхождения, и (или) выделения из источников растительного происхождения.

Иван МЕЖОЖДИНСКИЙ.

МИА Сити!

Ну и ну!

Больничный за 50 тысяч!



В Ртищевском районе Саратовской области суд признал виновным в получении взятки и служебном подлоге врача ЦРБ, которого пациент отблагодарил за выдачу больничного листа куриным мясом. 73-летний врач-хирург был оштрафован на 50 тыс. руб. и лишён на год права заниматься врачебной деятельностью, связанной с выдачей листов нетрудоспособности.

При этом семь упаковок куриных грудок стоили пациенту 1005 руб. Взамен за полученные грудки врач внёс в листок нетрудоспособности заведомо ложные сведения об имеющемся заболевании – таков вывод сотрудников прокуратуры.

Как подчёркивает Следственное управление СКР, наказан будет и пожилой пациент, вручивший хирургу взятку куриным мясом. В отношении 61-летнего мужчины завершено расследование уголовного дела. Ему инкриминируют дачу взятки лично в размере, не превышающем 10 тыс. руб. «Следствием собрана достаточная доказательственная база, и с утверждённым обвинительным заключением уголовное дело направлено в суд для рассмотрения по существу», – поясняют в Следственном управлении.

Павел ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Саратов.

Диагноз «сибирская язва» подтверждён у 8 жителей Ямальского района Ямало-Ненецкого автономного округа, в том числе у троих детей. Один ребёнок погиб. В Салехардской больнице находятся 72 человека, в том числе 41 ребёнок из Яр-Салинской тундры. Профилактическое лечение получают 211 тундровиков.

Врачи ведут интенсивное лечение и применяют профилактические меры в отношении всех пациентов, в том числе и с отрицательным диагнозом. С первого дня медосмотров тундровиков в зоне карантина медики выбрали тактику действий по негативному прогнозу, сообщают в руководстве ЯНАО. Каждый человек с малейшими отклонениями в состоянии здоровья (царапины, фурункулы, начёсы, насморк и т.д.) направлялся на дополнительное обследование в Салехардскую окружную больницу. Решено проверить всех детей оленеводов, даже при отсутствии признаков недомогания. Всем без исключения семьям оленеводов из очага инфекции назначена и проводится профилактика антибиотиками. Кочевников, каслающих в непосредственной близости от места ЧП, оперативно начали вакцинировать.

Возбудитель заболевания – бацилла *Bacillus anthracis*. Ямал заказал и доставил в медучреждения дополнительно тысячу доз вакцины для населения. Все люди вывезены из карантинной территории в чистую зону, находятся под постоянным наблюдением врачей и медработников. В очаге идут работы по ликвидации падежа оленей и обеззараживанию территории. На месте уже работают ямальские специалисты, сотрудники Роспотребнадзора, Минобороны России, спасатели МЧС, доставлена спецтехника.

Как сообщает правительство автономного округа, уже спустя неделю после объявления карантина эксперты специальной лаборатории, развернутой в Салехарде по поручению главного санитарного врача, представили официальные результаты экспертизы проб, взятых у пациентов Салехардской больницы с подозрением на заболевание. Учитывая нетипичность случая для Ямала, лабораторные исследования Роспотребнадзора

проводились многоступенчато, с соблюдением всех правил диагностики сибирской язвы. Большая часть забранных у тундровиков проб оказалась отрицательной.

В связи со вспышкой в выходные министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова направила на помощь ямальским медикам главного инфекциониста Минздрава России профессора Ирину Шестакову, а также специалистов НИИ детских инфекций. Заместитель министра Сергей Краевой провёл видеоселекторное совещание, на котором ведущие эксперты страны по

для госпитализированных с подозрением на кожную форму сибирской язвы, в том числе специфическую профилактику вакцинами против болезни и особенности экстренной профилактики (превентивного лечения) антибиотиками. В Департамент здравоохранения ЯНАО направлены временные рекомендации по профилактике, диагностике и лечению сибирской язвы, подготовленные ведущими специалистами Минздрава России. Главный внештатный специалист по инфекционным болезням в Уральском федеральном округе

Как сообщает Роспотребнадзор, проводится экстренная профилактика антибактериальными препаратами 296 контактных лиц, подвергшихся риску заражения. Осуществляется диагностика материала от больных и контактных лиц.

Между тем в больнице округа скончался 12-летний ребёнок. Это первый случай гибели человека от сибирской язвы на Ямале. «Мне сообщили о смерти мальчика в нашей больнице, – сказал губернатор ЯНАО Дмитрий Кобылкин. – Нет никаких слов, чтобы передать моё

аэропортах Салехарда и Яр-Сале, развёрнуты пункты дезинфекции вертолётов и санитарных площадок.

Исследуются пробы воды, почвы, смывы из окружающей среды. Продолжается эпидемиологическое расследование ситуации с участием сотрудничающего с Всемирной организацией здравоохранения центра, функционирующего на базе Ставропольского противочумного института и Государственного научного центра прикладной микробиологии и биотехнологии, пояснили в Роспотребнадзоре.

Санитарная зона

Тактика действий — по негативному прогнозу

На Ямале произошёл первый случай гибели человека от сибирской язвы



Против сибирской язвы обработано более 23 тыс. м² территории ЯНАО

инфекционным болезням, представители Россельхознадзора, ФМБА России и медики региона обсудили лечебно-диагностические мероприятия, необходимые

Эдуард Кашуба провёл для региональных врачей обучающий семинар по оказанию медпомощи пациентам с подозрением на сибирскую язву.

состояние. Сочувствую, сопереживаю родителям. Видит Бог, мы с первого дня перестраховывались, делали всё возможное, чтобы сохранить жизнь каждого попавшего в беду. Но инфекция показала своё коварство. Вернувшись через 75 лет, она забрала жизнь ребёнка...»

По предварительным данным, заболевание развивалось в кишечной форме. Врачи пришли к выводу о том, что мальчик заражён сибирской язвой, слишком поздно. Губернатор Д.Кобылкин распорядился провести тщательное расследование гибели ребёнка.

Более 23 тыс. м² территории, где был зафиксирован очаг опасной инфекции, обработаны от сибирской язвы, отметили в окружном Управлении Роспотребнадзора. Ведомство сообщает, что проводится сплошная дератизация во всех объектах и в жилом фонде в посёлке Яр-Сале, который находится неподалёку от очага сибирской язвы. Дезинфекционные мероприятия осуществляются в

О массовом падеже оленей Ямальского района, где объявлен карантин по причине падежа оленей из-за инфекции сибирской язвы, стало известно 25 июля. По предварительной версии, олени наткнулись в тундре на старое захоронение животного, давно умершего от этого заболевания. Причиной заражения стало необычайно тёплое для Крайнего Севера лето: в течение месяца на Ямале держалась аномальная жара – до +35°С.

По данным правительства ЯНАО, в очаге заражения сибирской язвой уже погибли 2349 оленей – на сегодня падеж животных прекратился. Уцелевшее стадо полностью вакцинировано, кампания по вакцинации животных в других стадах продолжается.

Ведётся утилизация трупов животных: тела засыпаются хлоркой и сжигаются. Поиски тел погибших животных продолжаются.

Константин ШЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Вместо комментария

Карантин и «пояс безопасности»

Разобраться на месте со вспышкой сибирской язвы в регион прилетела министр здравоохранения Российской Федерации Вероника Скворцова. Она осмотрела пациентов окружной больницы и провела совещание с участием губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа Дмитрия Кобылкина.

Свою оценку оказания медицинской помощи в очаге инфекции Вероника Скворцова высказала на пресс-конференции по итогам заседания.

«Была налажена работа регионального штаба во главе с губернатором, который лично контролирует всё межведомственное и межмуниципальное взаимодействие на территории региона. Очень важно продолжать сложную работу», – отметила министр. В настоящий момент определена граница очага, она подтверждена многочисленными облётами. Через эту границу организовано 10 санитарных пропускных пунктов. Все пункты правильно оборудованы: люди, выходящие из очага, проходят химиопрофилактику и сдают одежду на осмотр.

Таким образом, риск этого очага инфекции для других регионов отсутствует и ситуация находится

под контролем. Министр напомнила, что начиная с 23 июля, когда появилось извещение ветеринарного надзора о падеже оленей на определённом участке тундры в Ямальском районе, медицинская служба округа полностью перешла на режим круглосуточной работы (о том, что причина гибели животных – сибирская язва, было объявлено только 25 июля).

«Проводились облёты территории медицинскими работниками и тотальный осмотр всех оленеводов и их семей в зоне распространения инфекции, через санитарные пропускные пункты были вывезены женщины, дети и часть мужского населения», – сообщила В.Скворцова. Она добавила, что эвакуированные были направлены в специально организованные пункты временного размещения. «Все, кто покидает очаг заболевания, не просто находятся на постоянном контроле – они проходят профилактическое лечение. От людей это заболевание практически не передаётся, только в отдельных случаях, например через кровь», – подчеркнула В.Скворцова.

В случае, если были выявлены признаки воспалительных процессов (повышение температуры, лимфаденит, увеличение лимфоузлов, кожные проявления, особенно

фурункулы и карбункулы), люди направлялись в инфекционные подразделения окружной больницы в Салехарде. «По итогам обхода, который я провела в инфекционной больнице, 34 человека из 90 госпитализированных были с признаками воспалительных проявлений. Сейчас они лабораторно обследуются на сибирскую язву, наличие заболевания подтверждено у 23 человек. У большинства состояние удовлетворительное, у 19 человек состояние средней тяжести (из них 10 детей), 4 – в реанимационном отделении. За прошедшие сутки новых поступлений не было», – пояснила министр.

Вероника Скворцова уточнила, что ранее состояние пациентов в реанимации было между среднетяжёлым и тяжёлым, но теперь у всех стабилизировалось, уменьшились проявления заболевания и «тяжёлых» на сегодняшний день нет. Говоря о погибшем от сибирской язвы в минувшее воскресенье ребёнке, министр отметила, что ребёнок был из семьи, где ели необработанное мясо оленя и пили кровь оленя. Мальчик поступил в субботу из очага карантинной зоны, у него развилась очень тяжёлая генерализованная кишечная форма, и за его жизнь 1,5 дня боролись лучшие

специалисты, которые прибыли из Москвы, Санкт-Петербурга, Тюмени. Каждый шаг согласовывался на консилиумах. Тем не менее ребёнок умер от тяжёлого инфекционно-токсического шока.

В регионе зарезервировано достаточно большое число инфекционных коек, а в 30 км от Салехарда развёрнута дополнительная база для контактных лиц. «Все лекарственные препараты есть в необходимом объёме, больные получают терапию согласно международным протоколам», – сообщила В.Скворцова. На сегодняшний день химиопрофилактику получают 400 человек, через 2 дня возможна их вакцинация. «Живая вакцина против сибирской язвы завезена в полном объёме, и люди, которые с начала недели были на химиопрофилактике, начнут вакцинироваться в середине текущей недели», – цитата из выступления министра. Сейчас в очаге заболевания работает межведомственная команда – это представители Министерства обороны, МЧС, надзорных служб и медицинских работники, которые первые вошли в очаг эпидемии и круглосуточно там находятся.

«Все специалисты также получают необходимую химиопрофилактику и проходят необходимый осмотр. Работают все

главные специалисты страны: инфекционисты, эпидемиологи, в том числе главный внештатный инфекционист Минздрава России профессор Ирина Шестакова и главный инфекционист ФМБА профессор Владимир Никифоров», – рассказала министр. В местах уничтожения трупов оленей была проведена дополнительная проверка, которая доказала, что возбудителя не осталось. Медицинские и спасательные подразделения МЧС завезли 80 полных палаточных комплектов со всем необходимым, включая печки и раскладушки. Сегодня формируется палаточный лагерь в чистой зоне, за несколькими санитарными пропускными пунктами. «О снятии карантина пока рано говорить, на каждый падеж животного, при каждом подозрительном случае проводится соответствующий комплекс мероприятий. Сейчас активно прививаются животные, на сегодняшний день 42 тыс. привито. Иммунизация продолжается и на чистых зонах тоже, для того, чтобы сделать пояс безопасности вокруг очага инфекции», – заключила Вероника Скворцова.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Салехард.

Острая тема

Кто у главного врача главный?

Получается, что секретарь в приёмной

Вот уже долгое время многим из нас, московским журналистам, приходится сталкиваться со странной практикой – своеобразной дискриминацией наших прав. В стране чуть ли не каждый день говорят о свободе прессы, открытой информационной политике, но есть структуры, ведомства, где получить необходимую информацию, нужный материал практически невозможно. Касается это и такой сферы, как наше здравоохранение.

Московское здравоохранение долгие годы отличалось своей открытостью и доступностью для представителей печати. Какой бы вопрос не возник, какая бы проблема, поставленная перед нашей «Медицинской газетой» читателями, не вставала, её легко было разрешить, даже если она была весьма сложна, посредством телефонного разговора. Но с приходом «открытого общества» каналы свободного общения с прессой всё более напоминают «границу на замке».

Не так давно мы попытались рассказать читателям о работе одной из лучших клинических больниц столицы. В последние годы, пережив смену нескольких главных врачей, это великолепное, без преувеличения, медицинское учреждение обрело нового руководителя, а значит, последовали какие-то организационные изменения, после длительного ремонта заработало отремонтированное неврологическое отделение, врачи на базе этого стационара учатся работать с чудо-роботом Da Vinci, наверняка поступило и другое новое оборудование, что небезынтересно не только москвичам, но и пациентам из регионов, которые стремятся получить здесь квалифицированную помощь. Решила созвониться с главным врачом больницы, чтобы договориться о возможной встрече и узнать от руководителя, как живёт и работает большой коллектив. В приёмной секретарь главного врача, несмотря на то, что я, как положено, представилась, выясняла, по какому вопросу я звоню и что я хочу. Пришлось объяснять, рас-

толковывать. Попросив подождать, мне сообщили: «Главный врач сказала, что никаких интервью давать не будет». И повесили трубку. Наш разговор наверняка не занял бы и полминуты, но так и осталось непонятным, почему руководитель не сочла нужным поднять трубку, объяснить ситуацию, проявила такое неуважение к газете, которая не раз рассказывала о прекрасном коллективе, высокопрофессиональной его работе. Руководитель просто переложила всё на плечи секретаря. Конечно, это проще и легче. Наверное, главный врач не учла, что, ко всему прочему, это и вопрос этики, культуры руководителя. Так и остался открытым вопрос: а всё же, почему секретарю переданы важные полномочия?

Ладно бы это был единственный случай, когда на секретаря главного врача возлагается решение вопроса: с кем соединить его, а кого дальше приёмной не пустить. Прошло уже достаточно времени с момента, когда пришлось столкнуться с ещё более парадоксальным фактом, который произошёл с главным врачом другой московской городской клинической больницы, профессором, доктором медицинских наук. Уважаемый человек, она удостоена звания лучшей руководителя здравоохранения Москвы. В течение полугода я сделала 10, а может, и больше звонков в её приёмную и каждый раз секретарь отвечала: «главный» на объекте, на совещании, у руководства. Но так и не соединила нас. В конце концов она уже стала раздражаться, голос её был явно недружелюбным. Эти примеры можно множить. И встаёт вопрос: почему в последнее время, когда так много говорят об открытости общества, об уважении к человеку, секретари руководителей здравоохранения обрели вдруг столь большие полномочия – «не пущать». Сколько раз была свидетелем, находясь в приёмных руководителей, как менялся тембр голоса секретаря, когда звонило высокое начальство, «свои люди». Факт налицо – сегодня им по какому-то праву даны высокие полномочия. Нередко они решают за журналиста, к кому надо обратиться, с кем вести переговоры.

Правда, во многих стационарах появились работники «по связям с общественностью». Но и им снова надо перезванивать, просить разрешения, убеждать, что материал в газете будет положительным, а иначе – от ворот поворот.

Есть, конечно, другие примеры, правда, к сожалению, единичные. Например, вы никогда не столкнётесь с подобными фактами, звоня директору НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского члену-корреспонденту РАН А.Хубутия или в приёмную директора Научного центра неврологии члену-корреспонденту РАН М.Пирадову, главному врачу больницы № 81 доктору медицинских наук Н.Вёрткиной, главному врачу больницы № 79 А.Косаченко. Даже если руководителя нет на месте, вам секретарь обязательно скажет: «Оставьте свой телефон, мы вам перезвоним».

Откуда взялась эта практика – возлагать на секретаря решение таких серьёзных вопросов, как взаимоотношения с прессой, да ещё со своей профессиональной «Медицинской газетой»? Проявлять высокомерие, оправдываясь занятостью?

А ведь в Законе РФ «О средствах массовой информации» в статье 47 «Права журналиста» ясно сказано, что он имеет право «быть принятым должностными лицами в связи с запросом информации».

Сегодня же, чтобы попасть в учреждение здравоохранения, надо, прежде всего, связаться с руководством здравоохранения столицы и получить его разрешение. Для этого по электронной почте редакция посылает запрос и ждёт ответа. Нелегко журналистам. А что же тогда говорить о простых просителях со своими проблемами?

Мы начали наш разговор с темы, которая волнует многих моих коллег. Как театр начинается с вешалки, так, наверное, учреждение здравоохранения – с приёмной руководителя. Где секретарь – фигура важная. И всё же не главная.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела здравоохранения,
член редколлегии «МГ».

Особый случай

Около 3 часов оперировали 2-летнего малыша в Амурском областном ожоговом центре, куда ребёнок поступил с глубокими ожогами тела.

состоянии и его жизни ничего не угрожает.

К слову, в областной ожоговый центр доставляются пострадавшие с термическими травмами и их

Рука мальчика будет спасена

В этом ожоговом центре всё налажено на высоком уровне

Трагедия произошла в Бурейском районе: мальчик вынул из ведра с водой включённый в розетку кипятильник и тот взорвался у него в руке. В район, как только поступило сообщение о происшедшем, незамедлительно выехали специалист ожогового центра и детский реаниматолог-анестезиолог. В эти же сутки транспортом территориального Центра медицины катастроф Амурской области пострадавшего с глубокими ожогами, площадь которых составила 25% тела, доставили в Амурскую областную клиническую больницу. Здесь в реанимационной палате малышу была проведена интенсивная терапия, купированы явления ожогового шока и на 3-и сутки сделана операция по пересадке кожи.

По словам хирурга высшей квалификации категории Ольги Фоминой, оперировавшей мальчика, кожа прижилась хорошо, и малышу провели необходимую в таких случаях вторую операцию. Предстоит ещё и третья. По прогнозу медиков, рука, в которой взорвался кипятильник, будет спасена. Сейчас ребёнок находится в удовлетворительном

последствиями из всех районов Приамурья. Отделение оснащено современными флюидизирующими противожоговыми кроватями, сеточными кроватями с тепло-вентиляторами, аппаратами для хирургического лечения ожогов и другим специализированным оборудованием. В лечении ожогов и ран используются современные раневые покрытия, биологические заменители кожи и прочие методы современной терапии ожоговой болезни. Врачи отделения регулярно обучаются в ведущих клиниках термических ожогов, преимущественно от кипятка. Всем им оказана специализированная медицинская помощь.

Николай ИГНАТОВ.

МИА Сити!

Благовещенск.

Тенденции

Удобно. Быстро. Доступно

До конца следующего года в московских поликлиниках появится новая услуга: по желанию пациента результаты анализов будут отправлять на электронную почту. Об этом сообщили в Департаменте здравоохранения Москвы.

Для того чтобы получить результаты анализов по электронной почте, пациенты должны будут подписать документ, в котором будет отмечено, что информация необходимо отправить на почту. Каждая пробирка и запрос на анализ защищены индивидуальным штрих-кодом, поэтому все данные будут сохраняться в обезличенной

форме. Благодаря этому информация будет защищена от взломов.

Работа по улучшению работы в области лабораторной диагностики идёт давно, сообщает заместитель руководителя Департамента информационных технологий Москвы Владимир Макаров. «Благодаря системе электронных анализов у большинства городских медицинских учреждений будет возможность снять нагрузку с процедурного кабинета». Значительную часть лабораторных исследований переведут в электронный формат до конца 2017 г., – заявил он.

Владимир СТРУНИН.

МИА Сити!

Москва.

Сотрудничество

Ведущий научный сотрудник отделения урологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена кандидат медицинских наук Кирилл Нюшко прилетел на Сахалин для проведения мастер-классов, участия во врачебных консилиумах. Сразу по прибытии на остров, прямо с самолёта, учёный направился в урологическое отделение областного онкологического диспансера, где его ждал больной с первичным множественным метастазным раком.

По признанию сахалинских врачей, этот клинический случай для них явился непростым, поскольку 3 года назад больному уже был удалён мочевого пузыря. Контрольное обследование показало рецидив – опухоль появилась в лоханке левой почки. Во время второй операции пациенту были удалены почка и мочеточник. Сложность для онкологов представляла образовавшаяся рубцовая ткань

Мастер-класс для онкологов

На Сахалине всегда рады помощи коллег



Кирилл Нюшко проводит одну из операций на Сахалине

и достаточно большие объёмы хирургического вмешательства.

За 2 дня работы в островном онкодиспансере московский специалист провёл ещё несколько операций, принял участие в обсуждении клинических случаев, определении дальнейшей тактики лечения сахалинских пациентов.

Ежегодно в стенах отделения урологии, рассчитанного на 30 коек, проходят лечение около 900 пациентов, проводится 500 операций. Это структурное отделение – единственное на Дальнем Востоке, имеющее такую узкую специализацию. Как правило, онкоурологические койки входят в состав отделений по абдоминальной или общей хирургии.

К.Нюшко высоко оценил пре-

имущества такой организации.

– По уровню квалификации специалистов, оснащению необходимым инструментом это лучшее учреждение на Дальнем Востоке, – заявил онколог. – Я второй раз приезжаю на Сахалин и каждый приезд убеждаюсь в высоком профессионализме островных врачей. Мы работаем слаженной командой, есть понимание на каждом лечебном этапе.

К слову, до конца этого года в онкологическом диспансере ожидается ещё несколько мастер-классов от специалистов ведущих научных центров страны.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Всё острее в регионах становится проблема медицинской помощи старшему поколению. Растёт число пожилых, они требуют всё большего внимания, что ложится нелёгким бременем на здравоохранение. Но опыт тех, кто заботится об организации этой помощи, может стать полезным для многих.

Что говорят цифры

Доля лиц старше трудоспособного возраста в возрастной структуре населения Рязанской области составляет 29% (по РФ – 24%). Население нашей области – 1 135 438 человек, из них лиц старше трудоспособного возраста – 329 210. Тех, кому 55-59 лет, – 92 477 человек; 60-64 года – 80 303 человека; 65-69 лет – 60 157 человек; 70 лет и выше – 136 902 человека.

Нельзя не сказать, что на учёте в медицинских учреждениях области состоит 67 974 ветерана войны: инвалидов Отечественной войны – 479 человек, участников Великой Отечественной войны – 1196. На учёте у нас состоят реабилитированные, пострадавшие от политических репрессий, лица из подразделений особого риска, ветераны Вооружённых сил, ветераны труда. В общем тех, кому мы помогаем в их непростой жизни, как видим, немало.

Три уровня помощи – оптимальный вариант

В области разработана трёхуровневая система оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста.

Первый уровень: первичное амбулаторное звено – городские поликлиники, ЦРБ, участковые больницы, врачебные амбулатории, офисы врачей общей практики, ФАПы.

Второй уровень – межрайонные центры.

Третий уровень – специализированные медицинские организации: госпиталь ветеранов войн, областная клиническая больница, областная больница им. Н.А.Семашко, кардиологический диспансер и др.

На первом уровне особое внимание уделяется сельской местности. Здесь проживает около 30% населения, причём преимущественно это лица старше трудоспособного возраста. Важным звеном, обеспечивающим доступность оказания первичной медико-санитарной помощи этому населению, являются ФАПы и ФП. На медицинских работников ФП и ФАПов возлагаются очень важные задачи по профилактике и раннему выявлению заболеваний, особенно социально значимых, а также патронажу и лекарственному обеспечению прикрепленного населения. В районах функционируют 530 ФАПов и ФП. Работниками ФАПов оказывается первичная доврачебная медико-санитарная помощь населению в сельских населённых пунктах, в том числе диагностика и лечение неосложнённых острых и хронических заболеваний. Для повышения доступности лекарственного обеспечения населения в сельской местности в рамках долгосрочной целевой программы «Старшее поколение» для реализации лекарственных средств населению имеют лицензию на фармацевтическую деятельность

293 пункта на базе ФАПов и 28 – на базе врачебных амбулаторий. Для оказания первой помощи жителям малонаселённых пунктов, где отсутствуют ФАПы, организованы домовые хозяйства. В области функционирует 463 домовых хозяйства.

На втором уровне медицинская помощь оказывается в межрайонных центрах, сформированных в 5 муниципальных образованиях области на базе ЦРБ. Оснащённость, структура и штаты межрайонных центров позволяют оказывать стационарную и амбулаторно-поли-

вал пилотный медико-социальный проект «Кнопка жизни», в рамках которого пожилые люди обеспечивались мобильными телефонами с организацией постоянной связи с медицинскими и социальными работниками. «Кнопка жизни» – отлаженная система вызова служб экстренного реагирования (скорая помощь, МЧС, геолокация). Принцип работы следующий: сигнал от «тревожной» кнопки поступает на пульт диспетчера, который в последующем переадресует данный звонок на соответствующую службу.

биохимический), регистрация ЭКГ с последующим динамическим наблюдением.

Совместно со службой социальной защиты организовано проведение «санатория на дому», который включает в себя выполнение инъекций (внутримышечных и подкожных), ЛФК, массаж, физиолечение аппаратом «Алмаг», прогулки на свежем воздухе. Пациенты осматриваются терапевтом, процедуры выполняют медицинские сёстры службы соцзащиты с последующим наблюдением.

Утверждён Порядок взаимодей-

деления расположен геронтологический центр, основной задачей которого является планирование и координация деятельности госпиталя ветеранов с медицинскими организациями области и города. Администрация РОКГВВ в рамках выездной работы проводит совещания, лекции и семинары для врачей области и города с обеспечением методической литературой (листовками, брошюрами, памятками). В 2015 г. по циклу «Геронтология» обучено 2 врача-терапевта. В настоящее время проводится активная подготовка

Ориентиры

Госпиталь: современный вариант

Сегодня его можно и нужно превратить в надёжную клиническую и учебную базу

клиническую медицинскую помощь как в плановом, так и в экстренном порядке. Межрайонные центры участвуют в программах по оказанию медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, онкологической патологией, пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях.

На третьем уровне населению оказывается специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь. Головным учреждением является областная клиническая больница, областная клиническая больница, областной клинический кардиологический диспансер и др.

Качество и доступность

Для повышения доступности и качества оказания медицинской помощи маломобильным гражданам пожилого возраста широко используется выездная работа. Мультидисциплинарные медицинские бригады формируются с привлечением специалистов областных медицинских организаций и Рязанского государственного медицинского университета. В состав бригад входят специалисты следующих профилей: терапевт, невролог, оториноларинголог, офтальмолог, уролог, хирург, стоматолог, лаборант, врач функциональной диагностики и др. Всего за 2015 г. в ходе выездной работы количеством проведённых осмотров и консультаций составило на 325 больше, чем в 2014 г.

По инициативе губернатора области с 2012 г. осуществляются выезды социального автопоезда «Забота и здоровье». За 4 года выполнено 114 выездов, в ходе которых осмотрено 30 102 человека, дано 79 679 консультаций. Подавляющее большинство потребителей услуг автопоезда являлись гражданами пожилого возраста. По результатам работы автопоезда всем им были проведены лечебно-оздоровительные мероприятия. Выездная работа продолжается в нынешнем году.

В 2013 г. в нашей области старто-



Важной частью медицинского обеспечения ветеранов войн является ежегодная диспансеризация, которая осуществляется в объёме, соответствующем приказу Минздрава России № 36 от 03.02.2015 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определённых групп взрослого населения» в медицинских организациях в амбулаторно-поликлинических условиях либо на дому. По результатам диспансеризации организуется проведение необходимых лечебно-диагностических мероприятий, в том числе амбулаторно-поликлиническая помощь и адресное лекарственное обеспечение, стационарное лечение и медицинская реабилитация, санаторно-курортное лечение, а также отбор и направление пациентов на МСЭ с разработкой индивидуальной программы реабилитации инвалида (ИПРи). Для маломобильных пациентов широко используются «стационары на дому», где проводится осмотр врачами-специалистами с назначением внутривенного, внутримышечного введения препаратов, забор анализов крови (общий и

ствия между медицинскими организациями, социальной службой и пунктами отпуска лекарственных препаратов, адресная доставка медикаментов на дом.

Наша опора

Рязанский областной клинический госпиталь для ветеранов войн – наша опора и наше ведущее учреждение. В структуру госпиталя входит поликлиническое отделение, которое осуществляет амбулаторное обслуживание ветеранов (на дому – маломобильных пациентов) и стационарное отделение на 120 коек.

Поликлиническое отделение госпиталя работает в две смены и рассчитано на 100 посещений в смену, 57 804 посещения в год. Амбулаторный приём в поликлиническом отделении осуществляется по специальностям: терапия, неврология, эндокринология, оториноларингология, офтальмология, гинекология, урология, хирургия, дерматовенерология, терапевтическая и ортопедическая стоматология, кардиология.

На базе поликлинического от-

делением – сформированы заявки на обучение в Научно-клиническом центре геронтологии Минздрава России в Москве главного врача и его заместителя, а также 4 врачей-терапевтов поликлиники и стационара. В 2017 г. совместно с Рязанским государственным медицинским университетом им. И.П.Павлова планируется провести обучение по циклу «Геронтология» терапевтов для каждой медицинской организации Рязанской области.

Стационарное отделение представляет собой мощную лечебно-диагностическую базу на 120 коек – 105 коек терапевтического, неврологического и 15 коек пульмонологического профиля. Отделение оснащено необходимым современным оборудованием. Госпиталь является клинической базой кафедры терапии факультета дополнительного профессионального образования с курсом семейной медицины Рязанского ГМУ им. И.П.Павлова.

Кроме того, на базе стационара функционирует центр медицинской и медико-психологической реабилитации на 20 коек, где ветераны войн и участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС получают индивидуально подобранный комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включающий квалифицированную помощь клинического психолога.

Мы не забываем о повышении уровня знаний терапевтов по вопросам геронтологии – проведение семинаров, конференций, циклов тематического усовершенствования, издание методической литературы. Дальнейшее совершенствование системы оказания медицинской помощи лицам пожилого возраста позволяет нам искать всё новые формы работы.

Наталья ОСЫЧНАЯ,
главный специалист
Минздрава Рязанской области
по геронтологии и гериатрии.

Рязань.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Статистика

Выживаемость детей, родившихся с экстремально низкой массой тела, в Москве за последние 6 лет увеличилась более чем в 2 раза.

Об этом сообщила главный неонатолог Департамента здравоохранения Москвы, главный врач детской городской клинической больницы № 13 им. Н.Ф.Филатова, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательско-

Столичный прорыв в неонатологии

го медицинского университета им. Н.И.Пирогова Антонина Чубарова.

«За последние 6 лет выживаемость детей с экстремально низкой массой тела увеличилась с 30 до 64%, то есть более чем в 2 раза. В прошлом году в городе родилось 450 детей с массой тела от 500 г

до 1 кг, трое деток – с массой ниже 500 г. А в I квартале 2016 г. у нас появилось на свет около 130 детей с экстремально низкой массой тела», – отметила А.Чубарова, добавив, что весом от 1 кг до 1,5 кг в прошлом году родилось 766 детей – их выживаемость на сегодняшний день составляет 95%.

По словам А.Чубаровой, таких показателей удалось достичь благодаря программе модернизации медучреждений, в результате которой сегодня все родильные дома в столичном регионе на 100% обеспечены необходимым новейшим лечебным и диагностическим оборудованием.

«Уровень наших больниц поднялся до мирового», – акцентировала А.Чубарова.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Аналитический центр Vademecum впервые в России подсчитал практикующих в стране сертифицированных пластических хирургов. По состоянию на май 2016 г. в государственных и частных клиниках были задействованы 1352 специалиста, которые занимаются эстетической и реконструктивной пластической хирургией – операциями по восстановлению внешности после радикального лечения онкологических заболеваний, травм, ожогов и т.п.

Самым серьёзным кадровым потенциалом обладает Центральный федеральный округ, где работают 604 пластических хирурга. Далее следуют Северо-Западный федеральный округ (176), Приволжский (160), Сибирский (150), Уральский (93).

Эстетические пластические хирурги могут совмещать практику не только в нескольких клиниках в пределах одного города или региона, но и в нескольких регионах и даже федеральных округах. Не более 10 человек заявляют о своей клинической практике за рубежом – в странах СНГ, а также в Германии, Франции, Италии, на Кипре.

Лидером по числу практикующих пластических хирургов среди регионов, как и ожидалось, оказалась Москва – здесь удалось обнаружить 488 профильных специалистов. Именно они генерируют более половины – около 5,4 млрд руб. по итогам 2014 г. – совокупной выручки рынка эстетических вмешательств (при общем по стране обороте свыше 10 млрд руб.). В Москве сконцентрировано и максимальное количество клиник – в прошлом году на столичном рынке действовало более 150 профильных медицинских центров. На второй строчке рейтинга регионов по численности пластических хирургов – со 146 специалистами – Санкт-Петербург, на третьей с ещё большим отрывом – Новосибирская область, где обнаружены 37 пластических хирургов.

С 2009 по 2015 г. специальность «пластическая хирургия» можно было получить, обладая базовым высшим медицинским образованием (по специальности «акушерство и гинекология», «детская хирургия»,

Кагры

Пластические хирурги открывают «лицо»

Каким видится потенциал в этой сфере?



Восстановление внешности требует работы целой бригады специалистов

«торакальная хирургия», «травматология и ортопедия», «челюстно-лицевая хирургия», «хирургия» или «урология»), с помощью краткосрочных курсов профессиональной переподготовки. Эта возможность способствовала резкому росту численности кадрового состава отрасли.

Оказывается, у большинства российских пластических хирургов первичная специальность – хирургия и/или челюстно-лицевая хирургия: 63,5 и 17,1% от общего числа сертифицированных врачей соответственно. Довольно весомой оказалась доля онкологов – 6,9% практикующих пластических хирургов. И это тоже вполне логично: онкологи часто сами

занимаются маммопластикой, реконструктивными операциями после удаления доброкачественных новообразований и мастэктомии злокачественных новообразований. Это направление курирует и продвигает Минздрав, а с 2014 г. одномоментная маммопластика собственными тканями и отсроченная реконструкция молочной железы с помощью имплантата проводятся за счёт средств ОМС.

Многие врачи, до того как обратились к пластической хирургии, имели один-два сертификата о специализации, а если эти аккредитации не подходили для старта в «пластике», доучивались. Например, 3,8% от общего числа пластических хирургов изначально

специализировались на оториноларингологии, что не годилось для получения сертификата по «пластике», поэтому они дополнительно проходили подготовку по челюстно-лицевой или общей хирургии.

Тем не менее получением сертификата по пластической хирургии озаботились очень немногие непрофильные врачи. Из офтальмологии, например, легальным путём в отрасль пришли лишь 0,7% от общего количества пластических хирургов, хотя блефаропластикой, как показывает проведённое исследование и свидетельствуют участники рынка, занимаются в десятки, а то и в сотни раз больше офтальмологов. Та же картина в гинекологии: многие представители направления занимаются интимной пластикой, тогда как базовую специальность «акушерство и гинекология» имеют лишь 0,9% сертифицированных пластических хирургов.

С 1 января 2016 г. в России отменена сертификация после профессиональной переподготовки по пластической хирургии. Получить сертификат теперь можно только по окончании двухгодичной ординатуры. В связи с этим численность специалистов стремительно меняется в ближайшее время не будет.

В исследовании учитывались только сертифицированные пластические хирурги, практикующие в частных и государственных центрах. Список клиник, в которых есть эстетическая и/или реконструктивная пластическая хирургия, был состав-

лен на основании двух источников: собственной базы, наработанной за 3 года исследования рынка, и реестра лицензий Росздравнадзора.

Дополнительным источником сведений о хирургах стали реестры профессиональных сообществ федерального и регионального уровня – Российского общества пластических хирургов, Северо-Восточного некоммерческого партнёрства пластических хирургов и реконструктивных хирургов, ассоциаций Челябинской и Волгоградской областей, Республики Бурятия, Сибири и др.

Кроме того, собирались и сопоставлялись сведения из различных источников – с персональных сайтов врачей и официальных страниц государственных учреждений, от самих специалистов и их руководителей, а также в социальных сетях.

При итоговой сверке не учитывались врачи, чаще всего офтальмологи, оториноларингологи и гинекологи, не имеющие вообще никаких документов о профильном образовании, но активно практикующие каждый в своём сегменте «пластики», так как установить их точное число не представляется возможным.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Проекты

Рядом с беременной женщиной

Она часто нуждается в серьёзной консультации специалиста

«Психологическая помощь женщине в ситуации репродуктивного выбора» – семинар под таким названием, организованный Министерством здравоохранения Калининградской области, состоялся в областном центре сертифицированных видов медицинской помощи.

Участники мероприятия – акушеры-гинекологи, психологи, работающие в медицинских организациях и оказывающие психологическую помощь беременным женщинам в ситуации репродуктивного выбора, представители Калининградской епархии Русской православной церкви – обсудили актуальные проблемы демографии, особенности консультирования женщин, обращающихся по поводу прерывания беременности; духовную сторону материнства; соматические и психологические последствия аборт и другие вопросы.

В ходе семинара было отмечено, что психологическое доабортное консультирование является одной из наиболее эффективных стимулирующих мер для сохранения беременности и повышения рождаемости в стране.

Свой проект, призванный решать различные вопросы по психологи-

ческой помощи женщине в ситуации репродуктивного выбора, представили сотрудники учебно-методического центра психологического доабортного консультирования (Вологда) – заместитель директора по научной работе Юлия Пучкова и консультант проекта Сергей Башкиров. Также вологодские коллеги провели интересные мастер-классы по заявленной теме.

«Анализ результатов деятельности нашего проекта позволяет увидеть два важных эффекта, – пояснила Ю.Пучкова. – Первый – то, что с помощью такого консультирования многие женщины меняют решение и отказываются от аборта, сохраняя своё репродуктивное здоровье, беременность, а затем и жизнь своему ребёнку. Второй – отсроченный эффект в виде повышения показателей рождения вторых, третьих и последующих детей в семье, существенно влияющий на общую демографическую ситуацию в России».

Как рассказала начальник отдела охраны здоровья материнства и детства областного Министерства здравоохранения Ирина Черкес, в настоящее время задача снижения количества абортов является приоритетной при решении вопроса увеличения численности населения

янтарного края и находится на особом контроле регионального правительства. Данные о количестве абортов в абсолютных цифрах, которые проведены в учреждениях разной формы собственности за последние 3 года, также свидетельствуют о том, что отмечается положительная динамика в снижении их числа. Так, в 2015 г. было проведено на 123 прерывания беременности меньше, чем в 2014-м.

В целях снижения уровня абортов в медицинских организациях региона, в том числе в муниципальных, приём беременных женщин в ситуации репродуктивного выбора проводят 9 психологов. В Балтийской, Неманской, Полесской, Славской ЦРБ, а также Светловской ЦГБ эта работа осуществляется во взаимодействии со специалистами РПЦ, социальных служб органов местного самоуправления.

По словам И.Черкес, сотрудничество с вологодским учебным центром, организация семинаров по доабортному консультированию и проведение мастер-классов будут продолжены.

Инна СЕРГЕЕВА,
внешт. корр. «МГ».

Калининградская область.

Угроза

Эпидемический очаг чумы в Кош-Агачском районе Республики Алтай ликвидирован. Заболевший бубонной чумой ребёнок после успешно проведённого курса терапии выписан из стационара. Об этом сообщили в территориальном управлении Роспотребнадзора.

признаки чумы. Настороженность врачей по данному заболеванию поднята до предела, – подчёркивают в Роспотребнадзоре по Республике Алтай.

В ситуации «чумного аврала», естественно, не осталась в стороне и Алтайская противочумная станция. Её сотрудники провели дезин-

Сурок на мушке

Оказывается, каждый второй из них инфицирован бубонной чумой

В связи с обострением эпизоотической и эпидемической ситуации по чуме в регионе за 2 недели, прошедшие с момента ЧП, был проведён большой объём противоэпидемических и профилактических мероприятий.

По информации главного государственного санитарного врача Республики Алтай Леонида Щучинова, план вакцинации населения против чумы выполнен в регионе на 104%.

Специалисты надзорного ведомства провели обход 6640 дворов в Кош-Агачском районе, заглядывали даже в холодильники – посмотреть, нет ли там разделанных тушек сурков. Врачи осмотрели 11 316 человек, с каждым провели беседу и вручили памятку по профилактике заражения чумой.

– Медицинские работники с особой тщательностью осматривают больных ангинами, фарингитами, лимфаденитами, чтобы ни в коем случае не упустить начальные

секцию и дератизацию более чем на 60 животноводческих стоянках в Кош-Агачском районе. В очаге чумы ветеринары сделали прививки даже верблюдам. В свою очередь, представители муниципалитета каждый день объезжают все животноводческие стоянки, чтобы пресечь возможное пребывание здесь детей и предотвратить несанкционированную охоту на сурков.

А санкционированной охотой (попросту – отстрелом) на сурков и сусликов занялись специально мобилизованные группы охотников. Как сообщают в республиканском Роспотребнадзоре, жертвами профилактики распространения чумы пали уже 448 грызунов. По результатам лабораторных исследований части тушек, эпизоотия приняла в Горном Алтае серьёзные масштабы: инфицированным оказался каждый второй сурок.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Горно-Алтайск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 56 (1995)

Артериальная гипертензия (АГ) в настоящее время является одним из наиболее широко распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы. Отсутствие адекватного контроля артериального давления (АД) нередко приводит к развитию осложнений АГ, самым частым и серьёзным из которых, обуславливающим развитие фатальных осложнений, является гипертонический криз (ГК). Однако существующие рекомендации по лечению ГК противоречивы, в них приводятся устаревшие или не имеющие разрешения для использования в России лекарственные средства, предлагаются нерациональные их комбинации. Публикация настоящих рекомендаций представляется своевременной и важной, так как они содержат анализ имеющихся исследований по диагностике и лечению АГ с позиций доказательной медицины, уточняют и расширяют представления врачей о тактике ведения пациентов с ГК в амбулаторно-поликлинических условиях.

Доказательная медицина – добросовестное, открытое и разумное применение наилучших имеющихся доказательств для определения тактики ведения конкретных пациентов. Авторы рекомендаций попытались критически оценить обоснованность различных подходов к диагностике и лечению ГК с позиции доказательной медицины. С этой целью все представленные рекомендации были классифицированы в соответствии с уровнем доказательности:

● **Уровень А:** данные получены в нескольких рандомизированных клинических исследованиях или обобщены в метаанализе. Доказательства основаны на хорошо спланированных рандомизированных исследованиях, проведены на достаточном количестве пациентов, необходимо для получения достоверных результатов. Могут быть обосновано рекомендованы для широкого применения.

● **Уровень В:** данные получены в одном рандомизированном клиническом исследовании или нерандомизированных исследованиях. Доказательства основаны на рандомизированных клинических исследованиях, однако количество включённых пациентов недостаточно для достоверного статистического анализа.

● **Уровень С:** нерандомизированные клинические исследования. Доказательства основаны на нерандомизированных клинических исследованиях или исследованиях, проведённых на ограниченном количестве пациентов.

● **Уровень D:** мнения экспертов. Доказательства основаны на выбранном группой экспертов консенсусе по определённой проблеме.

Все рекомендации подлежат чёткой классификации по уровню научных доказательств (табл. 1).

Определение

Гипертонический криз – это внезапно возникшее выше привычных цифр повышение АД, сопровождающееся клиническими симптомами, требующее немедленного и контролируемого его снижения с целью предупреждения или ограничения поражения органов-мишеней.

В большинстве случаев ГК развивается при систолическом АД (САД) >180 мм рт.ст. и/или диастолического (ДАД) >120 мм рт.ст., однако возможно развитие этого неотложного состояния и при менее выраженном повышении АД.

Классификация

ГК подразделяют на две большие группы – осложнённые (жизнеугрожающие) и неосложнённые (нежизнеугрожающие).

ГК считают осложнённым в случае развития:

- гипертонической энцефалопатии;
- мозгового инсульта;
- острого коронарного синдрома (ОКС);
- острой левожелудочковой недостаточности;
- расслаивающей аневризмы аорты;
- преэклампсии и эклампсии беременных.

Осложнённым ГК считают также: ГК при феохромоцитоме, высокой АГ, ассоциированной с субарахноидальным кровоизлиянием или травмой головного мозга, у послеоперационных больных, а также при

угрозе кровотечения и на фоне приёма амфетаминов, кокаина.

Неосложнённый ГК, несмотря на выраженную клиническую симптоматику, не сопровождается клиническими проявлениями нарушенной функции органов-мишеней (головной мозг, сердце, почки, сетчатка глаза).

Этиология и патогенез

Причины, способствующие развитию гипертонического криза:

1. Экзогенные:
 - физическая нагрузка;
 - психоэмоциональный стресс;
 - метеорологические влияния;
 - избыточное потребление поваренной соли;

В патогенезе ГК выделяют сосудистый и кардиальный механизмы. Сосудистый механизм реализуется за счёт повышения общего периферического сопротивления в результате увеличения вазомоторного (нейрогуморальные влияния) и базального (задержка натрия) тонуса артериол; кардиальный – связан с увеличением сердечного выброса в ответ на повышение частоты сердечных сокращений (ЧСС), объёма циркулирующей крови (ОЦК), сократимости миокарда и увеличения фракции изгнания.

Клиническая картина

Клиническая картина ГК характеризуется:

- относительно внезапным началом (от нескольких минут до нескольких часов);
- индивидуально высоким уровнем АД;
- наличием жалоб церебрального, кардиального и невротического характера (интенсивная головная боль, головокружение, тошнота, рвота, нарушение зрения, преходящая слепота, двоение в глазах, мелькание «мушек» перед глазами);
- развитием очаговой мозговой симптоматики (онемение рук, лица, снижение болевой

нием симптомов, присущих артериальной гипертензии, но нередко больные не знают о своём заболевании.

Каковы привычные и максимальные цифры АД? Как правило, при ГК САД больше 180 мм рт.ст., ДАД превышает 100-120 мм рт.ст.

У молодых пациентов клиника криза может появиться и при более низких цифрах АД. Пожилые больные могут быть адаптированы к высокому уровню АД (200/110-120 мм рт.ст.).

Чем обычно субъективно проявляется повышение АД, каковы клинические проявления в настоящее время? Необходимо уточнить клинику ГК у данного пациента. Бессимптомное повышение АД, как правило, не требует неотложной терапии.

Получает ли пациент регулярную гипотензивную терапию? Криз может развиваться на фоне неадекватной гипотензивной терапии или при отмене терапии (например, бета-адреноблокаторов, клофелина).

Когда появилась симптоматика и сколько длится криз? При кризе АД нарастает в течение минут или часов.

Были ли попытки самостоятельно купировать ГК, чем раньше удавалось снизить АД и

Гипертонические кризы

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Таблица 1

Класс I	Польза и эффективность диагностического метода или лечебного вмешательства доказаны и/или общепризнаны
Класс II	Противоречивые данные и/или расхождение мнений по поводу пользы/эффективности метода
Класс IIa	Имеющиеся данные свидетельствуют о пользе/эффективности лечебного вмешательства
Класс IIb	Польза/эффективность менее убедительны
Класс III	Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что лечение бесполезно/неэффективно и в некоторых случаях может быть вредным

- злоупотребление алкоголем;
- приём гормональных контрацептивов;
- внезапная отмена гипотензивных препаратов;
- острая ишемия головного мозга при резком снижении АД;
- реанимационные мероприятия во время и после операций.

2. Эндогенные:

- у женщин на фоне гормональных расстройств в климактерическом периоде;
- обострение ИБС (острая коронарная недостаточность, сердечная астма), ишемия головного мозга;
- нарушения уродинамики при аденоме предстательной железы;
- резкое нарушение почечной гемодинамики (включая гиперпродукцию ренина, вторичный альдостеронизм);
- серповидно-клеточный криз;
- психогенная гипервентиляция;
- синдром апноэ во сне.

Наиболее часто ГК возникают при эссенциальной артериальной гипертензии (около 70%), среди других причин – реноваскулярная гипертензия (до 10%), диабетическая нефропатия (до 10%), заболевания нервной системы (6,7%) и феохромоцитомы (около 3%).

Среди более редких причин – первичный гиперальдостеронизм (менее 1%), употребление наркотических средств симпатомиметического действия (кокаина, амфетамина, ЛСД), преэклампсия и эклампсия, коллагенозы и другие редкие патологии. Несоблюдение режима приёма гипотензивных препаратов – одна из важных и главных причин ГК. Особое значение имеет развитие ятрогенных ГК, связанных с использованием различных лекарственных препаратов, среди них:

- синдром отмены гипотензивных средств (клонадин, бета-блокаторы, мидодол и др.);
- побочные гипертензивные эффекты (бета-адреномиметики, псевдоэфедрин, НПВС, глюкокортикостероиды и др.);
- лекарственное взаимодействие (ингибиторы MAO).

чувствительности в области лица, губ, языка, ощущение ползания мурашек, лёгкой слабости в дистальных отделах рук), возможны преходящие гемипарезы (до одних суток), кратковременная афазия, судороги;

- жалобами кардиального характера: боль в области сердца, сердцебиение, ощущение перебоев, возможно появление одышки;
- жалобами невротического характера и признаками вегетативной дисфункции: озноб, чувство страха, раздражительность, потливость, иногда чувство жара, жажда, в конце криза – учащённое, обильное мочеиспускание с выделением светлой мочи.

Диагностика

Диагностика ГК основывается на следующих основных критериях:

- внезапное начало;
- индивидуально высокий подъём АД;
- наличие церебральных, кардиальных и вегетативных симптомов.

Среди клинических симптомов наиболее характерна триада таких признаков, как головная боль, головокружение и тошнота.

Обязательным при ГК является выполнение ЭКГ, что позволяет не только диагностировать поражение сердца при гипертонической болезни, но и выявить возможные проявления коронарной недостаточности.

Лабораторная диагностика ГК на догоспитальном этапе не проводится. ГК необходимо дифференцировать со следующими состояниями:

- панические атаки (вегетативные кризы);
- головная боль напряжения;
- кластерная головная боль;
- делирий;
- гипертиреоз;
- синдром Кушинга;
- острый инфаркт миокарда;
- инсульт.

Для установления диагноза «гипертонический криз» врач при анализе клинической картины должен получить ответы на некоторые вопросы.

Регистрировались ли ранее подъёмы АД? Как правило, ГК характеризуется обостре-

нием эффекта? Эффективность ранее применявшихся препаратов должна учитываться при выборе гипотензивного средства. Если больной уже принял какие-либо лекарства, необходимо учитывать возможность их взаимодействия с назначаемым препаратом.

Выбор места лечения

Показаниями к госпитализации при ГК являются:

- впервые выявленный неосложнённый ГК;
- неясный генез АГ;
- некупирующийся ГК (уровень D);
- повторные кризы;
- настойчивая просьба пациента.

Лечение пациентов с осложнённым ГК должно проводиться в отделении неотложной кардиологии или палате интенсивной терапии кардиологического или терапевтического отделения (уровень D).

При наличии мозгового инсульта целесообразна госпитализация в палату интенсивной терапии неврологического отделения или нейрореанимацию.

Рекомендации по лечению на догоспитальном этапе

Терапия неосложнённого ГК

При неосложнённом ГК применяются пероральные лекарственные средства. Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% от исходных цифр за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии.

При выборе перорального лекарственного средства для лечения ГК необходимо руководствоваться следующими критериями:

- препарат должен соответствовать критериям медицины, основанной на доказательствах (Evidence Based Medicine);
- иметь быстрое (20-30 мин) начало действия при пероральном приёме; продолжающееся 4-6 часов, что даёт возможность назначить базовое средство;
- обеспечивать дозозависимый предсказуемый гипотензивный эффект;
- иметь возможность применять у большинства пациентов (отсутствие побочных эффектов);
- быть доступным.

При отсутствии бурной клинической симптоматики и осложнений средством выбора может служить каптоприл (уровень В) перорально или сублингвально по 12,5-25 мг.

Каптоприл (уровень В) – ингибитор ангиотензинпревращающего фермента (АПФ). После приёма внутрь быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта. При сублингвальном приёме эффект наступает в течение 5 минут и продолжается 4-8 часов.

Дозировка: по 12,5-25 мг перорально за 1 час или 2 часа после еды или под язык, при необходимости повторно.

Показания: препарат выбора при неосложнённом ГК и АГ, инфаркте миокарда (ИМ), хронической сердечной недостаточности (ХСН), (уровень А).

Побочные эффекты: сердцебиение, прилив крови к лицу, ацидоз.

Передозировка: артериальная гипотензия, брадикардия, гиперкалиемия.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, двусторонний стеноз почечных артерий, беременность, лактация, возраст до 18 лет, умеренное повышение креатинина или калия, тяжёлая обструкция выносящего тракта левого желудочка.

При внезапном повышении АД и выраженной тахикардии показан приём бета-адреноблокатора, желательна обладающего свойствами вазодилатора (можно использовать перорально карведилол или эсмолол).

Карведилол (уровень А) – неселективный бета-адреноблокатор, обладающий периферическим вазодилатирующим свойством за счёт блокады альфа-адренорецепторов.

Дозировка: по 12,5-25 мг перорально, при необходимости повторно.

Показания: неосложнённый ГК (уровень А), а также сократительная дисфункция левого желудочка после ИМ (уровень А), стенокардия (уровень А), ХСН (в дополнение к ингибиторам АПФ).

Побочные эффекты: ортостатическая гипотензия, головокружение, головная боль, отёки и боль в конечностях, сухость во рту.

Передозировка: артериальная гипотензия, брадикардия, гиперкалиемия, тромбоцитопения, лейкопения.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ), СССУ, атриовентрикулярная блокада II-III степени, тяжёлый периферический атеросклероз, феохромоцитом.

Нифедипин (уровень С) – дигидропиридиновый антагонист кальция, расслабляет гладкую мускулатуру сосудов и расширяет коронарные и периферические артерии, не обладает антиаритмической активностью. Препараты нифедипина короткого действия не рекомендуют для базового лечения АГ, поскольку их использование может сопровождаться быстрым и непредсказуемым снижением АД с рефлекторной активацией симпатической нервной системы и развитием тахикардии.

Дозировка: по 10 мг перорально или сублингвально, при необходимости повторно до 40 мг.

Показания: препарат выбора при неосложнённом ГК (уровень А).

Побочные эффекты: короткодействующие препараты способны вызывать резкое падение АД и рефлекторную тахикардию, что может вести к ишемии миокарда и головного мозга, поэтому их не следует использовать без бета-адреноблокаторов.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, обострение коронарной болезни сердца (без одновременного применения бета-адреноблокаторов), выраженный стеноз устья аорты, беременность, лактация.

Для закрепления гипотензивного эффекта необходимо применять длительно действующие производные дигидропиридина (например, амлодипин перорально по 5-10 мг). Нормализация АД достигается постепенно, в течение 24-48 часов.

Амлодипин (уровень А) – длительно действующий дигидропиридин, в большей степени влияет на гладкую мускулатуру артериол, чем на сократимость и проводимость миокарда, не обладает антиаритмической активностью.

Дозировка: по 2,5-5 мг перорально, при необходимости повторно до 10 мг.

Показания: препарат выбора при неосложнённом ГК, сочетающемся со стенокардией (уровень А).

Побочные эффекты: тошнота, сердцебиение, покраснение кожи, периферические отёки, стеноз устья аорты, избегать резкой отмены (возможность усугубления стенокардии).

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, тяжёлая артериальная гипотензия, обострение коронарной болезни сердца (без одновременного применения бета-адреноблокаторов), выраженный стеноз устья аорты, беременность, лактация.

У больных с признаками задержки жидкости возможно применение диуретиков (фуросемид перорально 40-80 мг).

Фуросемид (уровень В) – наиболее мощный из петлевых диуретиков.

Дозировка: по 40 мг перорально, при необходимости повторно до 80 мг.

Показания: неосложнённый ГК (уровень А), а также ГК на фоне ХСН.

Побочные эффекты: гипокалиемия, гипонатриемия, гипомagneмизация, гипохлоремический алкалоз, артериальная гипотензия.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, прекома при циррозе печени, анурия.

Терапия осложнённого ГК

Лечение зависит от поражения органов мишеней. Используют внутривенное введение лекарственных средств, действие которых начинается через несколько минут, тщательно контролируя состояние больного. Обычно в первые 30-120 минут АД стремятся снизить на 15-25% от исходных цифр, в течение следующих 2-6 часов – до 160/100 мм рт.ст. Как правило, не стоит пытаться снизить АД до нормальных цифр, поскольку это может привести к уменьшению перфузии органов. Осложнённый ГК – показание к госпитализации в отделение интенсивной терапии.

Используются следующие парентеральные препараты:

Нитропруссид натрия (уровень А) – вазодилатор быстрого и короткого действия, расширяет артериальные и венозные сосуды.

Дозировка: 0,3-1,5 мкг/кг/мин, начало действия – немедленное, продолжительность 2-5 минут.

Специальные показания: большинство неотложных состояний с повышением АД, связь с повышенным внутричерепным давлением.

Побочные эффекты: обычно связаны с быстрым снижением АД – тошнота, рвота, потливость, мышечные подергивания.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, выраженный дефицит витамина В₁₂, атрофия зрительного нерва, компенсаторная АГ (артериовенозный шунт, коарктация аорты).

Нитроглицерин (уровень А) – мощный коронарный вазодилатор, также расширяет артериальные сосуды (снижение АД).

Дозировка: 5-100 мкг/кг/мин, начало действия через 2-5 минут, продолжительность 3-5 минут.

Специальные показания: ГК с острой левожелудочковой недостаточностью и ишемией миокарда.

Побочные эффекты: головная боль, тошнота, толерантность при продолжительном применении.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, тяжёлый аортальный и субаортальный стеноз, тампонада сердца, констриктивный перикардит, тяжёлый митральный стеноз, выраженная анемия, кровоизлияние в мозг, приём силденафила в предшествующие 24 часа.

Эналаприлат (уровень В) – ингибитор АПФ для внутривенного введения.

Дозировка: 0,625-1,25 мг каждые 6 часов внутривенно, начало действия через 15-20 минут, продолжительность 6 часов.

Специальные показания: ГК, осложнённый острой левожелудочковой недостаточностью.

Побочные эффекты: вариабельность ответа; существенное снижение АД при гипернатриемии.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, двусторонний стеноз почечных артерий, тяжёлая обструкция выносящего тракта, избегать при остром инфаркте миокарда.

Фуросемид (уровень В) – наиболее известный из мощных петлевых диуретиков.

Дозировка: 20-40 мг внутривенно или внутримышечно, начало действия через 5 минут, продолжительность – 2-3 часа.

Показания: ГК, осложнённый острой левожелудочковой недостаточностью.

Побочные эффекты: гипокалиемия, гипонатриемия, гипомagneмизация, гипохлоремический алкалоз, артериальная гипотензия.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, прекома при циррозе печени, анурия.

Метопролол (уровень А) – конкурентно блокирует β₁-адренорецепторы.

Дозировка: внутривенно болюсно 3 инъекции по 5 мг с 2-минутным интервалом, суммарная доза 15 мг, начало действия через 10-20 минут, продолжительность – 2-4 часа. Специальные показания: ГК, осложнённый расслаивающей аневризмой аорты, ОКС.

Побочные эффекты: брадикардия, нарушение атриовентрикулярной проводимости, усиление симптомов сердечной недостаточности, гипокалиемия при сахарном диабете, бронхиальная обструкция.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, бронхиальная астма, ХОБЛ, декомпенсированная сердечная недостаточность, синдром слабости синусового узла, атриовентрикулярная блокада II-III степени.

Эсмолол (уровень В) – кардиоселективный бета-адреноблокатор, оказывает антиангинальное, гипотензивное и антиаритмическое действие.

Дозировка: внутривенно капельно 250-500 мкг/кг/мин в течение минуты, затем 50-100 мкг/кг за 4 минуты, начало действия через 1-2 минуты, продолжительность – 2-4 часа.

Специальные показания: ГК, осложнённый расслаивающей аневризмой аорты, ОКС.

Побочные эффекты: головокружение, сонливость, брадикардия, нарушение атриовентрикулярной проводимости, боль в груди, сердцебиение, синкопе, сухость во рту, бронхоспазм.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, бронхиальная астма, ХОБЛ, декомпенсация СН, СССУ, атриовентрикулярная блокада II-III степени.

Урапидил (эбрантил) – антигипертензивное средство центрального и периферического действия, относится к препаратам, блокирующим постсинаптические альфа-1-адренорецепторы, благодаря чему снижается периферическое сопротивление, влияет на активность сосудодвигательного центра. Кроме того, урапидил регулирует центральный механизм поддержания сосудистого тонуса и обладает слабым бета-адреноблокирующим действием. Причём ЧСС, сердечный выброс при его введении не меняются. Ортостатических явлений, как правило, урапидил не вызывает.

Дозировка: внутривенно 25 мг в течение 5 минут, при недостаточном эффекте через 2 минуты ещё 25 мг, можно повторно ещё 50 мг. При эффекте после 1-го, 2-го или 3-го введения переходят на медленную капельную инфузию 9-30 мг/ч, начало действия – 2-5 минут, продолжительность – 30-60 минут.

Специальные показания: рефрактерная и тяжёлая АГ, ГК, резистентный к действию других лекарственных средств; ГК, осложнённый гипертонической энцефалопатией (уровень А).

Клонидин – антигипертензивное средство центрального действия, стимулирует постсинаптические альфа-адренорецепторы и имидазолиновые I₁-рецепторы в продолговатом мозгу, угнетает сосудодвигательный центр, уменьшает синаптическую активность, снижает АД и ЧСС.

Дозировка: внутривенно медленно 0,1-0,2 мг или 0,1 мг внутримышечно, начало действия через 3-6 минут, продолжительность – 2-8 часов.

Специальные показания: ГК в результате отмены клонидина.

Побочные эффекты: коллапс, брадикардия, сухость во рту, слабость.

Противопоказания: гиперчувствительность к препарату, артериальная гипотония, порфирия.

Особые состояния

Алкогольиндуцированные ГК

ГК у лиц, злоупотребляющих алкоголем, – нередкое явление. Резкое повышение АД возможно как в фазу интоксикации (опьянение), так и в фазу абстиненции. Наиболее часто оно наблюдается в фазе абстиненции. До начала гипотензивной терапии целесообразно провести регидратацию для восстановления волюмического статуса больного. Для купирования гипертонического криза могут быть использованы β-блокаторы, поскольку алкогольиндуцированные ГК в своей основе имеют стимуляцию симпатической нервной системы. Возможно назначение ингибиторов АПФ.

Следует избегать:

- прямых вазодилаторов – могут усилить характерную для абстиненции тахикардию;
- диуретиков – возникает опасность усугубления интоксикации и гиповолемии;
- клонидина – потенцирует эффект алкоголя.

ГК у пожилых пациентов

У пожилых больных особенно опасно развитие гипотонии с потенциальной гипоперфузией органов, в первую очередь головного мозга, сердца, почек. В результате инволюции эластических структур сосудистой стенки, атеросклеротического поражения артерий и нарушения функции миокарда у пожилых пациентов снижен мозговой, коронарный и почечный кровоток. При оказании неотложной помощи важен правильный выбор препаратов для гипотензивной терапии.

Известно, что уровень АД зависит от объёма циркулирующей крови, сократимости миокарда, общего периферического сопротивления сосудов. Поэтому неотложная гипотензивная терапия должна быть направлена на все три указанных механизма регуляции АД с акцентом на ведущую причину его повышения, учитывая основное и сопутствующие заболевания, предшествующую терапию и реакцию на применение гипотензивных препаратов в прошлом. Основным препаратом для купирования криза является каптоприл, клонидин per os, которые обеспечивают плавное и устойчивое снижение АД.

Препаратом второй линии является нифедипин с длительным высвобождением действующего вещества per os. Не рекомендуется: нифедипин в обычных формах с быстрым освобождением действующего вещества, гидралазин, эналаприлат. С целью дальнейшей реабилитации пациентов в составе комплексной терапии рекомендуется назначение триметазидина (римекор МВ) в таблетках 35 мг 2 раза, что способствует профилактике приступов стенокардии и снижает резкие колебания АД.

ГК с гипертонической энцефалопатией требует осторожного снижения АД. Для этого используют внутривенную инфузию нитроглицерина (уровень В) или нитропруссид натрия (уровень А). Кроме того, возможны внутривенные инфузии бета-адреноблокаторов ультракороткого действия (эсмолола), а также внутривенное введение урапидила. При судорожном синдроме вводят диазепам (внутривенно 10 мг), магния сульфат (внутривенно 1,0-2,5 г в течение 10 минут).

ГК с острой левожелудочковой недостаточностью. Гипотензивная терапия должна вызывать достаточно быстрое снижение АД примерно на 30 мм рт.ст. В последующем показано более медленное снижение АД до значений, отмечавшихся до ГК (обычно в течение нескольких часов). Первоначальный эффект может быть достигнут при внутривенном введении нитроглицерина (уровень В), а также петлевых диуретиков (уровень В). При отсутствии тяжёлых симптомов и острого ИМ возможно внутривенное струйное введение эналаприлата (0,625-1,25 мг в течение 5 минут, при необходимости повторно каждые 6 часов).

ГК с инсультом. При ишемическом инсульте гипотензивную терапию не следует применять у больных с САД ниже 220 мм рт.ст. и/или ДАД ниже 120 мм рт.ст. (кроме случаев, когда планируется тромболитическая терапия); при более высоком АД допустимо его осторожное снижение на 10-15%, если это не приводит к усугублению неврологической симптоматики. При внутричерепных кровотечениях гипотензивную терапию рекомендуют начинать при САД выше 200. У больных без повышения внутричерепного давления предлагают снижать АД до 140-160/90 мм рт.ст. с повторной оценкой состояния больного каждые 5-15 минут; при повышении внутричерепного давления терапия не должна приводить к чрезмерному снижению церебрального перфузионного давления. Рекомендуют применять внутривенные инфузии или периодическое внутривенное введение гипотензивных средств (урапидил, нитропруссид натрия, нитроглицерин).

В условиях острого нарушения мозгового кровообращения резкие колебания АД приводят к несостоятельности ауторегуляции мозгового кровотока с усугублением его ишемии. Ряд рандомизированных клинических исследований продемонстрировал, что гипотензивная терапия у больных с инсультом сопровождается увеличением риска смерти и худшим неврологическим прогнозом. Именно поэтому на фоне инсульта нельзя снижать АД менее 180/100 мм рт.ст.

Препарат выбора – эналаприлат (внутривенно медленно в течение 5 минут или капельно в 0,9%-ном растворе NaCl; по 1,25 мг в 1 мл), урапидил внутривенно медленно 10-50 мг, допустимы малые дозы бета-блокаторов. Препаратом, обеспечивающим существенное улучшение прогноза у больных с субарахноидальным кровоизлиянием, является нормодипин.

(Окончание следует.)

Список сокращений

- АГ – артериальная гипертензия
- АД – артериальное давление
- ГК – гипертонический криз
- ДАД – диастолическое АД
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ИМ – инфаркт миокарда
- НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты
- ОКС – острый коронарный синдром
- САД – систолическое АД
- СССУ – синдром слабости синусового узла
- ЧСС – частота сердечных сокращений
- ЭКГ – электрокардиограмма

Такие форумы проводятся под эгидой Национальной ассоциации по борьбе с инсультом (НАБИ) и Союза реабилитологов России (СРР) ежегодно (см. «МГ» № 51 от 15.07.2009 и № 63 от 19.08.2011). При этом состав участников и тематика расширяются. Нынешний собрал около 2300 специалистов, входящих в мультидисциплинарные бригады – неврологов, врачей ЛФК, физиотерапевтов, логопедов, нейропсихологов, реаниматологов, кардиологов, клинических психологов и психиатров.

Ключевые слова

Собравшихся приветствовал председатель Национальной медицинской палаты, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, профессор Леонид Рошаль. «Определённый путь нейрореабилитации прошёл, но ещё больше предстоит сделать», – заявил он, подчеркнув особое значение реабилитации в детском возрасте. – Если вопросы стационарной реабилитации относительно решены, то амбулаторный этап нуждается в развитии, не выстроена цепочка поздней реабилитации».

Преодолеть отставание можно, заимствуя зарубежный опыт. На церемонии открытия также с пленарными докладами выступили всемирно известные специалисты – бывший редактор журнала Stroke профессор Марку Кастэ (M.Kaste, Финляндия) и генеральный секретарь секции физической реабилитации европейской ассоциации (UEMS) Мауро Замполини (M.Zampolini, Италия).

Директор Научного центра неврологии, член-корреспондент РАН Михаил Пирадов (Москва) отметил резкий подъём интереса к нейрореабилитации в последние годы, что привело к пересмотру существовавшего взгляда на неврологических и нейрохирургических больных как на безнадежных. С помощью роботизированных устройств можно не только восстанавливать утраченные функции, «но и трансформировать головной мозг таким образом, что человек средних способностей становится очень способным». В частности, путём электрической и магнитной стимуляции можно повышать память, не говоря уже об улучшении двигательной активности.

Ключевым понятием в реабилитации является междисциплинарность, что и было проиллюстрировано выступлением академика РАО психолога Юрия Зинченко (МГУ им. М.В.Ломоносова). Главным достижением отечественной нейрореабилитации он назвал пилотный проект для подготовки реабилитационной команды.

Деловые встречи

Время собирать камни

В Москве прошёл VIII Международный конгресс «Нейрореабилитация – 2016»



В президиуме

«Запустить его в условиях кризиса – это подвиг», – сказал Ю.Зинченко. В этой команде психологи играют очень важную роль. Во главе угла – выздоровление больного.

«Мы на грани новых величайших открытий», – заявил патриарх нейрореабилитации и логопедии, академик РАО Виктор Шкловский (Москва), создавший 30 лет назад уникальный Центр патологии речи и нейрореабилитации. Он отметил, что прописанные в правилах ОМС 3 недели реабилитации после инсульта или черепно-мозговой травмы (ЧМТ) являются слишком коротким сроком. К сожалению, коммерческие реабилитационные центры для большинства больных недоступны. Систему, при которой всё измеряется рублём, он назвал порочной, осудив «торговцев здоровьем».

Научная программа конгресса открылась докладом вышеупомянутого профессора Кастэ о неотложной помощи больным с ишемическим инсультом. Основной тезис – больной должен быть госпитализирован в кратчайшие сроки, а реабилитация должна начаться в первые 3 дня после поступления.

Доктор Замполини в своём докладе подробно рассказал о пользовании Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ) (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF), которая позволяет однозначно оценивать исходы и

степень инвалидизации. Нарративный (описательный) подход незаменим в медицине. Задача в том, чтобы трансформировать историю конкретного больного в код МКФ.

Профессор Катарина Стибрант Суннерхаген (K.Stibrant Sunnerhagen, Швеция) выступила на конгрессе по скайпу. Её доклад был посвящён социальной интеграции больных после инсульта. Отмечается повышение риска суицидов после инсульта, особенно в молодом возрасте. Разрыв между желаниями и возможностями приводит к фрустрации и депрессии. Такие больные утверждают, что их жизнь не стоит того, чтобы жить. Мир суживается до размеров больничной палаты. Чтобы преодолеть отрицательные эмоции, создана специальная видеокамера, имитирующая ходьбу по улице. Резко ухудшается материальное положение больных. Для возвращения к работе им необходима трудотерапия (vocational rehabilitation).

После пленарных докладов выступила главный реабилитолог Минздрава России профессор Галина Иванова (Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва). «Зарплату будут платить за достигнутый результат», – суммировала она новую парадигму реабилитации. По словам Г.Ивановой, «у нас очень избалованное население и избалованные врачи». Больной должен быть удовлетворён своим участием в повседневной жизни и иметь возможность зарабатывать: «Увеличение инвалидности государству неинтересно». МКФ позволяет объективизировать квалификацию специалиста.

На втором пленарном заседании с докладом о состоянии и перспективах развития медицинской реабилитации в Европе выступил президент Европейского совета по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) профессор Альвидас Юоцявичюс (A.Juosevicius, Литва). Помимо рассказа о деятельности самого совета (см. www.euro-rgm.org) было чётко выделено три этапа реабилитации. Первый этап проходит, когда больной находится в отделении интенсивной терапии и/или в неврологическом/нейрохирургическом отделении: врач ФРМ составляет и назначает реабилитационный план. На втором (стационарном) этапе реабилитация осуществляется командой

специалистов, причём никакой административной «вертикали» нет (каждый специалист работает самостоятельно и отдельно, а врач только координирует работу и обеспечивает качественную связь между специалистами). «Реабилитация – это командная работа», – подчеркнул докладчик. Третий этап – амбулаторная реабилитация.

Концепция клинического антропоцентризма

Одним из новых направлений является реабилитация больных в безответном бодрствовании (термин «вегетативное состояние» является устаревшим и неприемлемым с этической точки зрения) и состоянии минимального сознания. Этой теме было посвящено два секционных заседания. Как отметила их сопредседатель профессор Наталья Иванова (Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова, Санкт-Петербург), российская статистика по данному вопросу отсутствует. Сколько больных нуждается в респираторной поддержке? Где и сколько нужно создавать центров для таких больных? «Пока у нас пустыня. Давайте попытаемся превратить её в зелёный лес», – предложила она.

Профессор Андрей Белкин (Свердловская областная клиническая больница № 1, Ека-

отмечается посттравматическая гидроцефалия. Её устранение является условием успешной нейрореабилитации. Чем более выражены когнитивные расстройства, тем меньше шансов на улучшение. Большую роль играет фармакологическая поддержка. Например, назначение селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) повышает общий тонус, мотивацию и двигательную активность. Доклад завершился известным гиппократовским афоризмом: «Излечивает природа, а врач ей лишь помогает». В продолжение этого доклада прозвучало ещё несколько выступлений из НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, посвящённых ранней нейрореабилитации в отделении реанимации, работе с детьми в глубоких бессознательных состояниях после повреждений головного мозга, фармакотерапии и нейропсихологическим синдромам в процессе восстановления психической деятельности после нейротравмы у детей и т.д.

Подводя итоги работы секции, профессор Наталья Иванова отметила, что чем больше мы узнаём о работе мозга с помощью фМРТ и ПЭТ, тем больше восхищаемся нашими учителями, такими как А.Лурия и Н.Бернштейн, предугадавшими современные достижения нейронаук. Вопросы «кто виноват?» и



М.Кастэ (слева) и М.Замполини

теринбург) поделился опытом «реанимационной реабилитации». Для этой цели применяется стимуляция циркадных ритмов (светолечение) и «вертикализация, невзирая на когнитивный статус». Второй сопредседатель, доктор медицинских наук Жанна Семёнова (НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, Москва) предложила концепцию восстановления повреждённого мозга у детей с минимальным уровнем сознания после тяжёлой ЧМТ – «концепцию клинического антропоцентризма». Для восстановления утраченных функций нужен, во-первых, субстрат и, во-вторых, условия (для дальнейшего спонтанного выздоровления). Например, необходимо устранить дефицит веса ребёнка, нормализовать соматические нарушения. Известен синдром трепанированного черепа. Краниопластика – тоже реабилитационная процедура. При этом увеличивается перфузия, нормализуется церебральный метаболизм, улучшается неврологический статус. У 12% после тяжёлой ЧМТ

«что делать?» также не утратили своей актуальности. Например, в наших больницах нет ставок психологов и нейропсихологов. «На одних технических средствах реабилитации далеко не уедешь, нужно привлекать психологов», – сказала она. Необходимо разработать протокол ведения больных в состоянии безответного бодрствования.

Уроки немецкого

Нельзя не отметить симпозиум, посвященный организации «острой» реабилитации в Германии. Эту страну справедливо называют колыбелью медицинской реабилитации, возникшей здесь во времена Бисмарка (вторая половина XIX века). Сейчас в Германии имеется 12 тыс. реабилитационных центров на 166 тыс. коек. В 10 немецких университетах имеются кафедры ФРМ. Председатель Немецкого общества ФРМ профессор Уве Кох-Громус (U.Koch-Gromus) рассказал о современных тенденциях развития реабилитации. Сейчас наблюдается сдвиг в сторону амбулатор-



В зале

ной (поликлинической) реабилитации). Профессор Клаус Валлеш (C.Wallesch) поделился опытом ранней нейрореабилитации (фаза Б) на примере своей клиники в Эльзахе на 190 коек. Там работает 500 человек. Больные переводятся на раннюю реабилитацию через неделю после инсульта или ЧМТ. Многие находятся на ИВЛ. Продолжительность реабилитационных мероприятий составляет 300 минут в день, а ежедневная стоимость пребывания (койко-день) составляет 500-600 евро. Медсестра Зинди Лаутеншлэгер (S.Lautenschläger) из этой же клиники продемонстрировала терапевтический уход (therapeutic nursing) за такими больными, направленный на повышение уровня их самостоятельности и автономии. Задача такого ухода – как можно дольше удерживать внимание больного при проведении различных процедур (обмывание, обтирание, тактильная стимуляция). При этом на одного больного приходится 4 медсестры. В заключение симпозиума выступил его организатор, доктор Инго Фитце (I.Fietze), рассказавший о сне и его расстройствах в

в наших клиниках, особенно в повседневной работе нейрососудистых отделений. Сегодня этого ещё нет в кардиологических отделениях, но, думаю, недалёк тот день, когда этот опыт получит дальнейшее развитие. В общем «вирус» мультидисциплинарной реабилитации распространяется. Самое главное, что он нравится как больным, так и специалистам, потому что это реальные программы, которые дают реальный клинический эффект. Специалисты меньше выгорают, выполняя более качественную, более разнообразную, более интенсивную и более понятную работу. Это совершенно другой организационный формат, новая управленческая структура. За прошедшие 6 лет совершенно изменился парк оборудования для реабилитации и технологии. Ещё 3 года назад мы не говорили о таком количестве роботизированных устройств и интерфейсов «мозг-компьютер». В прошлом году наш конгресс открывался докладом о пересадке головы. Этот фантастический сюжет стремительно развивается. Фонд «Сколково» провёл несколько

За последние несколько лет всё кардинально изменилось. Поэтому мы наблюдаем внимание к конгрессу со стороны вузовских преподавателей.

– На конгрессе обсуждался пилотный проект по инсульту. В чём его суть?

– Суть пилотного проекта – создать «под ключ» систему оказания медицинской помощи больному с церебральным инсультом. Она начинается в первые часы, а заканчивается либо выздоровлением больного, либо передачей его органы социальной опеки. Мы должны понимать, чем живут наши больные не только в остром периоде, но и через год, через 5 лет. На пленарном заседании прозвучал очень интересный доклад профессора Стрибант Суннерхаген из Гётеборгского университета в Швеции...

– Я бы сказал, очень грустный доклад...

– Но если мы с вами не будем знать этих цифр или будем от них отворачиваться, то зачем все наши вложения? Мы должны понимать конечную точку для того, чтобы знать, как шить костюм в самом начале. Каких специалистов готовить? На что обращать внимание? Предикиторы каких процессов надо выявлять? Возникает очень много новых вопросов. Если раньше вопрос заключался в выявлении типа инсульта и проведении тромболизиса, то сегодня вопрос, что дальше делать с таким больным в подостром и отдалённом периоде.

– Но не плодим ли мы тем самым инвалидов: выживают те, кто раньше умирал?

– Это большая этическая проблема. Мы анализируем исходы в зависимости от оказываемой помощи. Если мы, исходя из имеющейся статистики, понимаем, какой может быть исход у поступающего больного, мы можем выбрать такую тактику его ведения, чтобы избежать нежелательных результатов. Какая цель лечения и реабилитации должна быть поставлена? Зачем возвращать к труду человека нетрудоспособного возраста? Он уже не трудился. Как пенсионеру почувствовать себя востребованным? Быть нужным внукам и детям. Как повлиять на этот процесс? Может быть, этот вопрос находится за пределами медицины? Но он должен быть поставлен. Если вопросы культурных традиций, воспитания не будут обсуждаться, мы продолжим плодить инвалидов. Ведь мы не можем не оказывать помощь, правда?

– Есть, наверное, какие-то пределы, в том числе финансовые, оказания медицинской помощи...

– В нашей стране есть финансовые ограничения на выживание, а пределов на оказание ургентной помощи нет. Потому что 323-й закон говорит, что спасти от смерти надо всех. На это всегда находятся деньги, даже если ничего не останется потом на реабилитацию. Вопрос, кого надо спасать, сегодня никто даже не задаёт. Поэтому в пилотном проекте мы пытаемся выстроить всю цепочку и собрать материал, какой бывает пациент в разные периоды. Мы в первые полгода (после инсульта) смотрим больных уже десятки лет. Но смотрят неврологи и больше никто. А инструмента для диагностики социальных, психологических и других проблем у невролога нет. Он констатирует появление какого-то симптома, но пропускает начало его развития. А когда мы начали смотреть больного мультидисциплинарно, мы поняли, что многие вещи в клинической картине формируются в процессе лечения, потому что нужная помощь вовремя не оказывается. На основании этого мы меняем протокол её оказания



М. Богатырёва

в нейрососудистом отделении в остром периоде. Там теперь нет пневмоний, не пахнет мочой, нет пролежней, тромбоэмболия стала редкостью.

– Что касается нейрореабилитации, обсуждается ли новый порядок её проведения?

– Нет, вносятся дополнения в существующий порядок. Когда мы его создавали, мы были в начале пути, и сами многих вещей до конца не понимали, потому что не было опыта. Сегодня у нас этот опыт есть, что позволяет сделать конкретные выводы по острому периоду и приступить к всеобъемлющему анализу второго этапа. И наконец, заняться самым трудным, третьим, или амбулаторным этапом. Там больше всего вопросов. Мы утешаемся тем, что у нас есть поликлиники с кабинетами массажа, но это самообман.

– Как вы намерены развивать нейрореабилитационную службу в условиях уменьшаемого финансирования?

– Как я показала в сегодняшнем докладе, у нас ригидные нейрососудистые отделения, которые не очень перестраиваются. Госпитализируют больного с инсультом, получают за него свои 100 тыс. руб. и разводят руками: «Что вы хотите? Это же инсульт – 90% инвалидов». Оправдываются тем, что инсульт – самое тяжёлое заболевание. А если у нас будет дифференцированный подход и мультидисциплинарная команда, то денег, выделенных только на острый период, хватит на все три этапа нейрореабилитации. Это посчитали уже иностранцы, написавшие Хельсингборгскую декларацию (Хельсингборгская декларация о ведении инсульта, опубликованная в 1996 г. – Б.Л.). Даже имеющееся на сегодняшний день финансирование при правильной организации позволяет оказать полноценную помощь без ущемления прав врачей других специальностей.

– Значит, повышать финансирование не надо?

– Надо, но для чего? Чтобы удлинить пребывание больного в реабилитационных учреждениях, если это необходимо (больные из отдалённых регионов, с тяжёлыми неврологическими нарушениями). Сейчас больной за счёт ОМС может находиться в отделении реабилитации только 3 недели. Вот об этом нужно нам думать.

Наши неврологи мыслят агрессивно

Директор Института инсульта профессор Людмила Стаховская (РНИМУ им Н.И.Пирогова) отметила, что конгресс прошёл на высоком уровне и поставил рекорд по посещаемости:

– Нам пришлось три раза допечатывать бейджи. Было много молодых и крайне заинтересованных лиц, все залы были заполнены до отказа. Конечно, остаётся много нерешённых проблем. Во-первых, чрезвычайно

важна работа с населением. К сожалению, об инсульте и его признаках знают мало. По проведённым опросам, только 20% населения знает, что надо делать при появлении симптомов инсульта. Поэтому больные поступают к нам поздно. Просвещать надо все возрастные группы, включая школьников, которые сталкиваются с инсультом у своих бабушек и дедушек. Во-вторых, первичная профилактика. Это мотивация людей на здоровый образ жизни. Молодёжь сейчас больше занимается спортом, но в целом мотивация низкая. В группах риска необходимо контролировать артериальное давление, определять уровень липидов в крови и т.д. В-третьих, развитие реабилитации, чему поможет пилотный проект. В-четвёртых, повышение квалификации врачей и других специалистов по новым технологиям оказания помощи больным с инсультом (путём проведения курсов, выездных циклов, образовательных программ на конгрессах. НАБИ и СРР совместно создали образовательную программу «Стоп-инсульт», которая и будет заниматься этими тремя направлениями.

Своими впечатлениями от конгресса поделилась кандидат медицинских наук Мадина Богатырёва, возглавляющая региональный нейрососудистый центр в Ставропольской краевой клинической больнице:

– В нашем центре 12 нейрореабилитационных коек и 48 реабилитационных. За прошлый год мы сделали 10 тромбоэкстракций, то есть больше, чем внутривенных тромболизисов (их за год было всего 6). К сожалению, вопрос о финансировании тромбоэктомии по линии ВМП (высокотехнологичной медицинской помощи) пока не решён. Тромболизис обходится примерно в 70 тыс. руб., а тромбоэктомия – в разы дороже. Это общая проблема. Наши неврологи мыслят агрессивно. Мы приветствуем каротидную эндартерэктомию в остром периоде инсульта. Начинаем реабилитацию у себя в отделении, а потом переводим больного в городскую клиническую больницу, в отделение реабилитации. Работаем по системе КСГ (клинико-статистические группы), когда длительность госпитализации больного ограничена по времени. За прошедшие 8 лет у нас стало больше первичных нейрососудистых отделений (ПСО), которые развивались за счёт средств региона. Открылось 3 новых ПСО. Значит, стало больше первичной реабилитации. Кроме того, в Ставрополе появилось отделение реабилитации, к которому прикреплены определённые территории нашего края, второй год функционирует краевой реабилитационный центр. Там отрабатывается второй этап реабилитации. В будущем будем развивать третий этап. Это отразилось на результатах – больные лучше адаптированы к повседневной жизни.

Этот конгресс отличается от предыдущих большим международным участием, большим числом образовательных программ и мастер-классов. Как главному неврологу Ставропольского края мне были интересны в первую очередь организационные вопросы, опыт других регионов (в частности, Свердловской области) по созданию системы нейрореабилитации. Нужно перераспределять финансы в нашу пользу.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ»,
доктор медицинских наук.

Москва.

Фото автора.



Г.Иванова и В.Шкловский

реабилитации. Речь шла, прежде всего, о синдроме обструктивного апноэ во сне и бессоннице. Хроническая бессонница является фактором риска ишемического инсульта. Самым популярным снотворным является мелатонин (мелаксен), приём которого снижает размер зоны повреждения после инфаркта миокарда и инсульта. «Здоровый сон имеет такое же значение, как полноценное питание и движение», – отметил доктор Фитце.

«Вирус» мультидисциплинарной реабилитации распространяется

По завершении конгресса корреспондент «МГ» попросил его организаторов и участников поделиться своими впечатлениями с нашими читателями. Главным действующим лицом была профессор Галина ИВАНОВА.

– Галина Евгеньевна, вы давали подробное интервью нашей газете по итогам II конгресса по нейрореабилитации (см. «МГ» № 63 от 19.08.2011). Каковы итоги нынешнего, восьмого? Что изменилось в отечественной реабилитологии за прошедшие 5 лет?

– На этом конгрессе выступило более 430 докладчиков из 9 стран. Впервые, с помощью Германского дома науки и техники, состоялся симпозиум по острой реабилитации. За прошедшие годы мы выросли профессионально. Наконец, клиницисты и остальные специалисты тоже стали понимать свою роль в медицинской реабилитации. Мы сегодня говорим о мультидисциплинарности не как о зарудившей диковинке, а как о явлении, которое присутствует

ко конференций по роботам, в нашей стране 4 лаборатории начали производить экзоскелеты, 5 лабораторий занимаются интерфейсами «мозг-компьютер», ведутся разработки по генной инженерии, очень серьёзный прорыв по иммунологии в связи с восстановлением функций. Очень интересные исследования по микробиологическому консенсусу внутри человека. Мы привыкли говорить о микро- и макросреде, об окружающей среде. А ведь когда человек формируется на стадии гастрюлы, бластулы, эмбриональных пузырьков, то его желудочно-кишечный тракт – это ведь внешняя среда, где идёт своя жизнь. Как говорят микробиологи, у человека весом 70 кг имеется около 17 кг бактерий. Сейчас новая тема – микробиота человека и его восстановительный потенциал, его жизнеспособность. Это напрямую связано с развитием онкологических заболеваний и возможностью реабилитации в онкологии. Интереснейшая тема! Сейчас все эти специалисты начинают собираться и слышать друг друга – мультидисциплинарность в обсуждении. Наверное, наступило время собирать камни – время собрать воедино всё, что мы знаем о человеке. Неврологи многому научились у нейропсихологов и логопедов и наоборот. Вырос уровень обсуждения судьбы больного, клинической ситуации и, соответственно, это меняет результаты, меняет атмосферу учреждения.

Оказание практической помощи больным с инсультом так продвинулось вперёд, что вузовское образование не успевает готовить врачей. Практические врачи могут дать сто очков федральным работникам, которые этой проблемой не занимаются.

В рамках VIII Международного конгресса «Нейрореабилитация-2016» под эгидой компании EVER Neuro Pharma состоялся практический семинар «Верю – не верю», или зачем практикующему врачу разбираться в научных публикациях».

Среди отечественных неврологов (как, впрочем, и врачей других специальностей) бытует превратное отношение к экспериментальным исследованиям. Зачастую они рассматриваются как виньетки для украшения диссертационных работ. Иногда эксперимент проводится только потому, что на него даёт деньги спонсор.

Зачем практикующему врачу экспериментальная наука? Ответ на этот вопрос прозвучал в выступлении кандидата медицинских наук Алексея Шмонина (1-й Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова). По его словам, экспериментальная наука позволяет, во-первых, выявить механизм действия новых и старых препаратов, аппаратов и методов диагностики и лечения. Во-вторых, изучить их эффективность и безопасность. В-третьих, выбрать оптимальную схему обследования и терапии. В-четвертых, тестировать новые молекулы, приборы или операции (т.е. проводить клинические испытания). Трансляционная медицина (т.е. внедрение полученных в эксперименте данных в клиническую практику) стала глобальным трендом. Однако нельзя, конечно, автоматически переносить на человека данные экспериментов на животных. Например, церебральная ишемия моделируется обычно на крысах или мышах, но мозг крысы намного меньше человеческого. Поэтому при испытании новых лекарственных средств используются не менее трех видов животных.

Также важен вопрос адекватности используемых моделей. Например, инфаркт мозга у крысы вызывается путем окклюзии средней мозговой артерии введенной в просвет сосуда нитью. Однако при этом также необходимо исключение из крово-

Акценты

Пейзаж после битвы

Как и зачем читать научные статьи?

тока обеих сонных артерий. Кроме того, нужно учитывать последствия мозгового инсульта для организма в целом (системный иммунодефицит, гиперкоагуляция, обострение хронических заболеваний и т.д.). Для визуализации инсульта у грызунов применяется специальный магнитно-резонансный томограф, а для оценки у них выраженности неврологического дефицита используются особая шкала и тест обращения с вермишелью (vermicelli handling test).

Недочет специфики доклинических исследований явился причиной того, что в клинических испытаниях (КИ) многие так называемые нейротекторы оказались неэффективны. По мнению экспертов, низкое качество исследований, отсутствие единой методологии, замалчивание негативных результатов привели к кризису в этой области. Рекомендации по проведению доклинических исследований при инсульте (STAIR) включают адекватную дозу препарата, доказательства достижения им мишени, соблюдение терапевтического окна, использование адекватной модели, слепые рандомизированные исследования с формулировкой критериев включения/исключения, с достаточной выборкой и адекватным числом показателей, отсроченную оценку и т.д. В настоящее время предлагается проводить мультицентровые рандомизированные доклинические испытания (III фаза доклинических исследований MULTI-PART).

Кандидат медицинских наук Андрей Алашеев (Свердловская клиническая больница № 1, Екатеринбург) посвятил свой доклад методологии КИ, то есть способам избежать ошибок и отделить случайное от закономерного. Зачем ее знать? Чтобы самостоятельно оценить качество

научных публикаций и не дать себя обмануть. Качество КИ зависит от того, насколько контролировались случайные и систематические ошибки. В отличие от идеального эксперимента, реальные КИ характеризуются неоднородностью выборки, возможным несоблюдением режима лечения, неконтролируемостью влияющих на исход факторов, затруднительностью и субъективизмом оценки. Если какую-либо ошибку не удаётся контролировать, об этом должно быть указано в публикации.

Особое внимание должно уделяться описанию исследуемой популяции и методу формирования выборки. Важен также размер выборки (она должна быть достаточной, осуществимой и оправданной). Математически выраженная цель исследования называется конечной точкой. Она должна быть исчислима и измерима. Первичная конечная точка всегда одна и выражает основной значимый показатель (например, независимость от посторонней помощи). Процесс случайного распределения участников КИ по группам лечения называют рандомизацией. Дизайн КИ имеет большое значение и включает этические аспекты (недопустимо назначать плацебо, если есть доказанный способ лечения). КИ должны находиться в одном из регистров (российском, европейском, американском и т.д.). Самым важным разделом публикации, позволяющий оценить качество КИ, является раздел «методы».

Кандидат медицинских наук Татьяна Харитонова (НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе, Санкт-Петербург) рассказала об уровнях доказательности и критическом анализе публикаций результатов исследований. Самым высоким уровнем надёжности обладают клинические

рекомендации и протоколы. Выделяют три класса рекомендаций (I-III) и три уровня доказательности (A-C). Самый высокий уровень – IA (данные многих рандомизированных КИ или метаанализов). Очень часто представители фармкомпаний стремятся убедить практикующих врачей в достоверности преподносимой информации с помощью нескольких мантр.

«Проведено двойное слепое рандомизированное плацебоконтролируемое КИ», – гласит первая мантра. Однако никому ведь в голову не приходит провести исследование эффективности парашюта, рандомизировав испытуемых на две группы (одна будет прыгать с парашютом, а другая – без парашюта). Всякое ли КИ оправдано? КИ не нужны в случае явно спасительного вмешательства в экстренной ситуации, а также при наличии метаанализа с однозначным выводом.

Вторая мантра – большая выборка. Но если обратиться к истории, то первое рандомизированное КИ, доказавшее пользу цитрусовых для профилактики цинги, включало всего 12 матросов, разбитых на 6 групп. Используются и другие трюки. Например, при проведении КИ намеренно сужаются критерии включения и исключения. Препарат сравнения может быть заведомо неэффективен и/или назначаться в недостаточной дозе. Статистическая значимость полученных результатов, которой всегда можно достичь большим размером выборки, не всегда соответствует их значимости для врача и больного.

Практическим примером критического анализа стала «бита рецензентов» (А.Алашеева и Т.Харитоновой) при разборе статьи в журнале Stroke о результатах CARS – рандомизированного плацебо-

контролируемого двойного слепого многоцентрового КИ церебролизина в сочетании с реабилитацией в остром периоде инсульта. Если первый подчеркивал сильные стороны данного пилотного КИ (например, правильная постановка вопроса), то вторая отмечала его недостатки. Например, в данном КИ не были включены больные с дисфазией, которым трудно было понять информированное согласие. Значит, преобладали больные с правополушарным инсультом, течение которого имеет свои особенности. Не проводился расчет выборки. В качестве первичной конечной точки был принят суррогатный показатель – изменение силы в руке относительно исходного уровня по тесту функции руки (ARAT) на 90-й день с начала инсульта.

Как выяснилось, почти никто из присутствующих в зале никогда не слышал об этом тесте. Благоприятный балл (от 0 до 1) по модифицированной шкале Рэнкина (mRS) был отмечен у 42,3% больных в группе церебролизина по сравнению с 14,9% в группе плацебо. Такой разницы в исходах не получали даже при КИ альтеплазы (при внутривенном тромболитизисе)! Прозвучала рекомендация продолжить КИ CARS с использованием большой выборки заранее рассчитанного объема, в более широкой популяции больных из различных регионов, включающей все патогенетические и морфологические подтипы инсульта, с расширенными критериями включения, оценкой исходов по твёрдым контрольным точкам и тщательным контролем потенциальных источников дисбаланса.

Как отметил председатель симпозиума – главный специалист-невролог Департамента здравоохранения Москвы профессор Николай Шамалов (РНИМУ им. Н.И.Пирогова), он впервые присутствует на мероприятии подобного формата, что свидетельствует о доверительном подходе компании EVER Neuro Pharma к аудитории практических врачей.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Решения

Условия конкурса меняются

В столице расчищают дорогу молодым учёным

На заседании президиума правительства Москвы было принято решение о повышении возрастного ценза для молодых учёных, претендующих на премию столичного правительства в области науки. Это характерно, наряду с этим были увеличены номинации премии правительства Москвы молодым учёным.

«Мы предлагаем по просьбе совета по науке при Департаменте науки и промышленной политики расширить номинации. Номинации дать для докторов наук в возрасте от 36 до 40 лет, а также перегруппировать их, чтобы достичь более высокой конкуренции», – отметил в ходе заседания руководитель Департамента науки, промышленной политики, и, что характерно, столичный мэр Сергей Собянин поддержал данную инициативу.

Как известно, конкурс молодых учёных ежегодно проводится в течение 3 последних лет. Начиная с прошлого года размер премии исчисляется 1 млн руб. Премии присуждаются участникам, выступающим индивидуально, либо коллективу до 3 человек.

Оказывается, ранее для того, чтобы участвовать в конкурсе, учёным должно было быть не бо-

лее 35 лет. Однако в соответствии с принятым правительством и одобренным столичным градоначальником постановлением теперь в список включены молодые доктора наук в возрасте от 36 до 40 лет. Примечательно, что участвовать в конкурсе учёные данной категории могут только индивидуально. Пять премий выделят для докторов наук.

Власти Москвы решили установить некоторые рамки для участия в конкурсе: подать заявление на участие можно только на одну номинацию. И, кроме того, если участник уже стал лауреатом конкурса прошлых лет, то подавать заявку повторно ему возбраняется. Количество премий и грантов в размере 1 млн руб. осталось таким же – 31.

Считается, что нынешние условия для участия в конкурсе и получения премии наиболее оптимальные, так как дают возможность проявить себя большому количеству молодых учёных. Наряду с этим были внесены и другие правки: по номинациям в области исследований кандидатуры выдвигаются учёными (научными, научно-техническими) советами, советами молодых учёных и специалистами. По номинациям в области разработок – руководителями организаций.

Кроме того, С.Собянин в ходе заседания столичного правительства рассказал о строительстве медицинского кластера в Сколково. «Нам было отдано 50 га под медицинский кластер, и мы начали строительство первого корпуса. Это большая площадь, на ней можно разместить около 400 тыс. м² недвижимости под медицинский центр: профилактические, лечебные, диагностические корпуса», – поведал столичный глава. «В течение 5 последних лет в столичном регионе активно развивается собственная медицина, оснащённая на мировом уровне. Мы активно помогаем любым частным инвесторам, которые в этот сектор заходят. Плюс Государственная дума РФ приняла закон о медицинском кластере. В соответствии с ним, на определённой территории в Москве можно будет оказывать услуги не только российским, но и иностранным клиникам по требованиям и стандартам стран ОЭСР (Организация экономического сотрудничества и развития. – Я.Я.) с их лицензиями и квалификацией врачей», – подчеркнул мэр.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сито!

Москва.

Тенденции

Работа по профилактике и снижению количества аборт в Омске и сельских районах Прииртышья проводится в рамках плана комплексных мероприятий, стимулирующих повышение рождаемости.

ликатной работе являются и законодательно утверждённые профилактические мероприятия: предоставление женщине «недели тишины» на обдумывание решения, демонстрация сертифицированного плода при ультразву-

Помогая осознать счастье материнства

Искусственных прерываний беременности в Прииртышье становится меньше

Региональным Министерством здравоохранения в 5 городских женских консультациях и 32 ЦРБ несколько лет назад созданы центры и кабинеты кризисной беременности, в которых опытные акушеры-гинекологи, психологи, специалисты по социальной работе и юристы помогают женщинам принять верное решение – сохранить беременность. Подготовка к осознанному материнству тех, кто по разным причинам надумал избавиться от уже зачатого плода, – задача сложная, очень кропотливая, но всё чаще завершается успешно. С 2014 г. количество абортов в регионе снизилось с 10 411 до 7913.

Эффективными мерами в этой весьма непростой, даже де-

ковом исследовании, а также информирование о возможных негативных последствиях аборта для её здоровья. Но пока, к сожалению, не удаётся охватить этими мероприятиями 100% женщин, желающих прервать беременность. Однако, как считает начальник отдела охраны здоровья матери и ребёнка Минздрава Омской области Элеонора Кролевец, «главным результатом проводимой работы является принятое женщиной решение о сохранении беременности. И каждая будущая жизнь для нас – большая награда».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Дословно

Учёные Китая из Университета Чэнду в очередной раз «всколыхнули» мир, сообщив, что решили использовать ДНК-редактирование для борьбы с неизлечимыми формами рака лёгких, для чего отобраны 30 добровольцев. Речь идёт о редактировании-подавлении активности гена программированной клеточной смерти, который приводит к развитию иммунной толерантности, или «слепоте» цитотоксических лимфоцитов в отношении раковых клеток. Американские учёные в силу более жёстких требований к безопасности и медлительности работы FDA – Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США – свои испытания начнут только в конце 2016 г. Редактирование, как надеются, будет значительно эффективнее и дешевле широко применяемых моноклональных антител МАТ (курс лечения ипилимумабом или пембролизумабом обходится в 100 тыс. долл. и больше).

иммунитет, стимулируя тканевые макрофаги – дендритные клетки и Т-хелперы. Эти лимфоциты, помогающие запустить иммунный ответ, являются одной из основных мишеней ВИЧ. Активированные Т-лимфоциты синтезируют интерлейкин и интерферон-гамма, являющиеся одними из главных активаторов цитотоксических лимфоцитов и натуральных киллеров. Последние являются эффекторами противоопухолевого иммунитета, протеины которых «пробивают» гигантские бреши в стенках, вышед-

Микро или ЭДИТИНГ

Второй причиной иммунной «слепоты» является белковый антиген на поверхности цитотоксических лимфоцитов, против которого и применяют МАТ. Борьба с толерантностью предлагается также с помощью генномодифицированных сальмонелл и... токсоплазм. Учёные уже давно научились отсекают опасные гены вирусов, в результате чего те могут проникать в клетки, но не размножаться в них. Тот же принцип ген-отбора предложен и для микроорганизмов, вызывающих летние кишечные расстройства. В Калифорнийском университете Сан-Диего обратили внимание на опухолевые сосуды, по которым к раковым клеткам доставляется химиотерапия. GE-сальмонеллы доставляют в опухоли вещества, разрушающие оболочки клеток опухоли, стимулирующие клеточный апоптоз, а также стимуляторы иммунного ответа. В геноме микробов встроен также ген аутолизиса, автоматически включающий распад их клеток по достижении определённого численного порога. Ген включается уже через час после размножения сальмонелл в опухоли, а через 1,5 часа после их введения наступает синхронизированный лизис.



Т-лимфоцит, своими отростками «обнюхивающий» клетку

Токсоплазма не микроб, а простейшее, живущее в мозгу и глазах 2 млрд людей. Исследователи Дартмутского колледжа в Ганновере, штат Нью-Гемпшир, модифицировали клетки *Toxoplasma gondii* с их роптриями. Это палочковидные жёлёзки, секретирующие ферменты, которые «пробивают» клеточную мембрану (что в случае инфицирования глаз приводит к гибели фоточувствительных палочек и колбочек и, как следствие, к слепоте). Естественно, что «поселяемые» в опухоли клетки токсоплазмы не могут бесконтрольно размножаться и тем самым поддерживать инфекцию здоровых тканей и органов. Вместе с тем ГМ-токсоплазма способна поддерживать противоопухолевый

ших из-под иммунного надзора раковых клеток. Авторы надеются, что со временем повышать антираковый иммунитет можно будет с помощью «чистых» белков упоминавшихся роптрий. Обе группы подчёркивают, что использование микроорганизмов имеет преимущество в том, что они способны проникать и в сердцевину опухоли, в которой нет кровеносных сосудов. Они обращают внимание на тот печальный факт, что резистентность опухолей к химиотерапии как раз и обусловлена наличием этих зон, лишённых кровоснабжения. Теперь надо ждать одобрения биотехнологического метода борьбы с опухолями со стороны медицинско-пищевых бюрократов от администрации. Китайцы же, а именно специалисты Медицинского университета в Гуанчжоу, в апреле поразили мир, сообщив о том, что с помощью ДНК-редактирования смогли исправить ген на уровне человеческого эмбриона, «излечив» последний от генетического заболевания.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature.

Исследования

О культуре питания

На ежегодной научной встрече Общества ожирения в Лос-Анджелесе (США) были представлены результаты исследования, проведённого учёными из Корнельского университета, согласно которому, чтобы быть стройным, нужно не голодать, а выбирать качественные продукты.

Вероятно, каждый человек обращал внимание на своих знакомых, которые, как ему кажется, без всяких усилий и диет остаются в прекрасной форме. Обратили на этот факт внимание и диетологи. Они собрали две группы добровольцев,

не склонных к полноте. В первую группу вошли люди, которые не придерживались жёсткой диеты, во вторую были включены те, кто особенно ответственно относился к своему питанию и регулярно сидел на диете. Эксперты предложили добровольцам ответить на ряд вопросов о диете, физических упражнениях и образе жизни. Проанализировав ответы, они обнаружили, что люди из первой группы на подсознательном уровне игнорировали традиционные рекомендации по контролю веса и чаще прислушивались к своему внутреннему голосу. В основном они предпо-

читали еду, приготовленную дома из продуктов высокого качества, и у них не возникало чувства вины из-за переедания, как у участников из второй группы. По мнению ведущего исследователя Анны-Леены Вуоринен из Университета Темпере в Финляндии, эти результаты являются обнадеживающими, поскольку они предполагают, что вместо того, чтобы поставить ограничения на диету и избегать любой пищи, увеличение веса может быть предотвращено на ранней стадии обучения. «Нужно лишь научиться слушать внутренние сигналы, сделав при этом упор не на количество, а на качество еды», – подчеркнула она. Ян РИЦКИЙ. По сообщению Reuters.

Новые подходы

Аутоиммунные заболевания развиваются, когда иммунитет атакует тело хозяина. Но его можно натренировать особым образом, чтобы иммунная система атаковала саму себя. Это позволит справиться с тяжёлыми недугами.

Учёные смогли это сделать в рамках терапии мышей с *Pemphigus vulgaris* (редкое заболевание кожи). По их словам, они инициировали «гражданскую войну» в иммунной системе животных. И это спасло животных

от неприятных поражений кожного покрова. При *Pemphigus vulgaris* некоторые иммунные В-клетки начинают вырабатывать антитела, которые атакуют вещество (белок десмоглеин), соединяющее клетки кожи. Итог – волдыри на коже и слизистой ротовой полости, горла, гениталий. Иногда данное расстройство приводит к смерти. Если принимать по-

давливающие иммунитет препараты, повышается риск инфекций. Новый подход исключает эту опасность. Есть один вариант манипулирования иммунитетом. Можно, например, переделать Т-клетки, которые обычно уничтожают заражённые клетки. В случае рака это приводит к тому, что Т-клетки начинают атаковать опухоли. Сотрудники Университета Пенсильвании усовер-

Однако

Альцгеймер у ребёнка?

Согласно новому исследованию, ген, провоцирующий болезнь Альцгеймера и повышающий риск развития деменции, оказывает влияние даже на 3-летнего ребёнка, уменьшая объём головного мозга и снижая когнитивные функции.

Около 14% людей являются носителями мутационного гена APOEε4. В результате исследования, проведённого учёными из Гавайского, Йельского и Гарвардского университетов, было выявлено, что наличие у детей гена APOEε4, повышающего вероятность развития деменции в 15 раз, ухудшает их память и внимательность. Также было обнаружено, что объём областей мозга, которые поражаются болезнью Альцгеймера, гиппокампа и извилин теменной доли, сокращается на 22%. Учёные заявляют, что скрининг на наличие гена может помочь врачам определить, каким детям необходимо раннее вмешательство.

В исследование были вовлечены 1187 пациентов в возрасте от 3 до 20 лет, которые прошли сканирование головного мозга и приняли участие в генетических испытаниях, а также в серии тестов по оценке когнитивных функций. Нарушений мозговой деятельности или других проблем, которые могли повлиять на развитие мозга, выявлено не было. Результаты тестов носителей мутационного гена APOEε4 показали негативное воздействие гена на структуру головного мозга и когнитивные функции. Исследователи полагают, что ген APOEε4 замедляет развитие головного мозга. Также известно, что мутационный ген APOEε4 является причиной восприимчивости пациентов к болезням, и некоторые учёные считают, что болезнь Альцгеймера может быть вызвана инфекцией и поддаётся лечению антибиотиками.

Игорь САВЕЛЬЕВ.
По материалам The Telegraph.

Находки

Хирург-оригами

Учёные Массачусетского технологического института, Университета Шеффилда и Токийского технологического института создали робота, который должен проглатываться, разворачиваться в желудке и удалять оттуда инородные тела вроде батареек. Разработчики называют эту систему «робот-оригами». И она может стать альтернативой полноценных операций.

Секрет в материалах, из которых сделан робот. Один материал усыхает в ответ на повышение температуры, а другой – внешний – имеет множество прорезей и контролирует, как робот будет сворачиваться, когда теплочувствительный материал начнёт сжиматься. Что важно, материалы биологически совместимы. Это форма высушенного кишечника свиньи (используют

ещё для приготовления сосисок) и чувствительный к теплу Biolefin – биоразлагаемая термоусадочная плёнка. Внешне робот представляет собой прямоугольное устройство, состоящее из перпендикулярных складок, напоминающих аккордеон, и имеющее углы. Эти складки позволяют роботу ужиматься и помещаться в капсуле, а углы – крепиться к поверхности тканей. Двигается устройство, преимущественно вращаясь. Его контролируют магнитные поля вне тела. Кстати, в одной из складок располагается магнит, улавливающий эти поля. Магнит также помогает захватывать проглоченные батарейки. Кирилл ОРЛОВ. По материалам Medical News Today.

В согласии с собой

от неприятных поражений кожного покрова. При *Pemphigus vulgaris* некоторые иммунные В-клетки начинают вырабатывать антитела, которые атакуют вещество (белок десмоглеин), соединяющее клетки кожи. Итог – волдыри на коже и слизистой ротовой полости, горла, гениталий. Иногда данное расстройство приводит к смерти. Если принимать по-

давливающие иммунитет препараты, повышается риск инфекций. Новый подход исключает эту опасность. Есть один вариант манипулирования иммунитетом. Можно, например, переделать Т-клетки, которые обычно уничтожают заражённые клетки. В случае рака это приводит к тому, что Т-клетки начинают атаковать опухоли. Сотрудники Университета Пенсильвании усовер-

шенствовали технологию – теперь иммунные Т-клетки умеют атаковать только один элемент иммунной системы, повинный в развитии *Pemphigus vulgaris*. То есть производится выборочная корректура иммунитета без снижения качества общей защиты против инфекций. Что удобно, у Т-клеток есть встроенная «система наведения» – они самостоятельно находят

врагов в теле. То есть нужно им просто дать новую цель. Получается так называемые CAR Т-клетки. Следовательно, используя десмоглеин, учёные смогли прицельно натравить CAR Т-клетки на белые кровяные клетки, вырабатывающие опасное антитело. Но учёные признают: у других аутоиммунных заболеваний более сложный механизм. Поэтому в текущей версии терапии не спасёт от диабета 1-го типа или рассеянного склероза. Василий СЕВАСТЬЯНОВ. По материалам BBC.

Акценты

На Олимпиаде в Рио работают около 22 тыс. медиков

Организационный комитет учёл опыт Олимпийских игр 2012 г. в Лондоне. Тогда медики оказали 11,3 тыс. консультаций и госпитализировали 320 человек, 170 из которых составляли зрители. Ожидается, что потребность в медицинской помощи на нынешней Олимпиаде будет выше.

Как сообщила генеральный секретарь здравоохранения Рио-де-Жанейро Еллен Миямото, в пробах пищи и воды не было обнаружено опасных для здоровья веществ. Также нет сообщений о проблемах, возникших из-за загрязнения воды в океанском заливе Гуанабара и лагуне Родригу-ди-Фрейташ. Ранее секретарь по вопросам охраны окружающей среды штата Рио-де-Жанейро Андре Корреа выразил уверенность, что высокий уровень загрязнения воды в этом заливе не станет препятствием для проведения соревнований по парусному спорту на Олимпиаде. В Гуанабар попадают нечистоты города и отходы предприятий химической и нефтяной промышленности. Для его очистки сооружено 17 специальных барьеров, призванных улавливать крупный мусор, попадающий в залив из впадающих в него рек.

Некоторые опасения были связаны с вирусом Зика, поскольку Всемирная организация здравоохранения в феврале этого года признала его распространение в странах Южной и Северной Америки. По информации ВОЗ, в настоящее время случаи заражения вирусом Зика отмечаются в 60 странах и территориях, в Бразилии отмечено более 100 тыс. случаев с подозрением на вызываемую этим вирусом лихорадку.

Специалисты ВОЗ не рекомендовали беременным женщинам посещать места, где распространён вирус Зика, в том числе отказаться от поездки на Олимпиаду в Рио-де-Жанейро. Однако, согласно исследованию, риск заразиться вирусом во время игр незначителен. Как считают авторы исследования, может быть только от 3 до 37 случаев заражения.

Между тем стало известно, что запрещённые Всемирным антидопинговым агентством (WADA)



В Бразилии отмечено более сотни тысяч случаев с подозрением на лихорадку Зика

допинг-препараты могут включить в российский список сильнодействующих веществ. С таким предложением выступило Министерство внутренних дел совместно с Минспортом и Минздравом, соответствующий проект постановления кабинета размещен на Едином портале раскрытия информации. В список сильнодействующих веществ планируется включить препараты остарин и GW1516, а также их производные.

В отчёте независимой комиссии WADA, опубликованном 9 ноября 2015 г., говорится, что 35% спортсменов, у которых обнаружены допинговые средства, являются российскими спортсменами.

Всего, по данным WADA, ежегодно фиксируется в среднем около 200 случаев обнаружения в организме спортсменов субстанций, относящихся к классу «S1. Анаболические агенты». К этому классу относится и остарин, отмечают авторы проекта. При этом количество случаев ежегодно растёт: в 2011 г. их зафиксировано 13, в 2014 г. – 278.

Аналогичная ситуация наблюдается с субстанциями, относящимися к классу «S4. Гормоны и модуляторы метаболизма» – к нему относится GW1516. Это вещество в среднем обнаруживается с частотой 100 случаев в год: в 2011 г. зафиксировано 70 случаев, в 2014 г. – 145.

Включение предлагаемых субстанций, входящих в запрещённый список Всемирного антидопингового агентства, в список сильнодействующих веществ будет способствовать совершенствованию государственного контроля за оборотом новых сильнодействующих веществ, а также снижению употребления спортсменами допинговых средств без медицинского назначения и, как следствие, профилактике наступления тяжких последствий их здоровью, говорится в пояснительной записке к документу.

Вещество GW1516 известно под названием «генный допинг». В СМИ обсуждали препарат как новое средство для «универсальных солдат». Якобы представляет собой военную разработку. Препарат ускоряет метаболические процессы в клетках. Остарин называют модулятором андрогенных рецепторов (SARM), он воздействует на рост мышечной массы, укрепляет костную ткань. Его позиционируют как ускоритель синтеза коллагена.

В случае принятия постановления кабинета за незаконное использование указанных веществ будет грозить уголовная ответственность.

Константин ЩЕГЛОВ.

МИА Сито!

Почему бы и нет?

Папа может?

Диета отцов, в которой много полиненасыщенных кислот, содержащихся в растительных жирах, снижает риск развития рака молочной железы у потомства. К такому выводу пришли североамериканские учёные, проведя исследование на крысах.

Вообще, доказательств, что питание родителей влияет на здоровье детей, получено немало. Большая часть исследований посвящена благоприятным или неблагоприятным (причём долгосрочным) последствиям для потомства диеты матери. Тем не менее учёные считают, что отцовский фактор влияет на здоровье детей не меньше, чем материнский. Например, в ряде исследований было показано, как недоедание отцов повышает вероятность возникновения у потомства болезней обмена веществ. Учёными из США была изучена связь между питанием самцов крыс и вероятностью развития у их детей рака молочной железы.

Несколько десятков крыс-самцов получали разную пищу. Одна группа грызунов питалась свиным салом, имеющим высокое содержание насыщенных жиров, другая – кукурузным маслом с высоким содержанием N-6-полиненасыщенных жиров. Третья группа получала сбалансированное питание с высоким содержанием жиров (60%), и четвёртая – контрольная группа – сбалансированное питание с низким содержанием жиров (16%). Самки получали одинаковую пищу.

Родившимся у подопытных грызунов 50-дневным крыскам были имплантированы клетки рака молочной железы, далее учёные изучали динамику их развития, используя клеточный и молекулярный анализ. Как выяснилось, крысята, чьи отцы употребляли кукурузное масло с высоким содержанием N-6-полиненасыщенных жиров, оказались наименее подвержены риску развития заболевания, у них медленнее развивались опухоли и реже происходило появление

новых. У детей самцов, питавшихся салом, наблюдался самая высокая скорость развития опухолевого процесса и самое большое число появления новых опухолей.

В целом, по мнению учёных, на риски развития рака молочной железы влияет высокое содержание жиров в диете отца. В то же время наличие в его рационе растительных жиров с полиненасыщенными кислотами снижает риски заболевания.

Рак молочной железы, как известно, – самое распространённое онкологическое заболевание среди женщин. Ежегодно в мире регистрируется до миллиона новых случаев заболевания, в России в 2014 г. зарегистрировано 65 тыс. новых диагнозов данной суровой патологии. В ряде исследований показано, что накопление жировых отложений в области талии напрямую связано с повышением риска рака молочной железы, а длительное поддержание диеты с низким содержанием жиров значительно способствует продлению жизни заболевших женщин.

Борис БЕРКУТ.

По материалам Breast Cancer Research.

Идеи

О том, что орехи есть полезно, известно давно. Большое содержание белка, множество различных витаминов и микроэлементов – вот то, что делает орехи обязательной частью рациона. А учёные из США доказали, что орехи имеют ещё и противовоспалительные свойства.

анамнезу, стилю жизни и т.д., Ин Бао и её коллеги обнаружили, что в каждой отдельно взятой группе те, кто ел орехи чаще, в среднем имели меньший уровень биомаркёров воспаления, чем те, кто вообще не употреблял их. 5 порций орехов в неделю снижали количество биомаркёров CRP и IL6, а тем людям, которые

Орехи: ничего кроме пользы

Глава научной группы, эпидемиолог Ин Бао рассказала, что исследования ранее показывали, что потребление орехов снижает риск развития диабета 2-го типа и сердечно-сосудистых заболеваний. А в основе этих болезней лежит воспаление, поэтому исследователи предположили, что орехи могут каким-то образом влиять на него. Чтобы проверить свою гипотезу, они проанализировали данные национального опроса медсестёр (120 тыс. женщин) и врачей (50 тыс. мужчин).

В каждой анкете были пункты, касающиеся диеты респондента, а также результаты анализов крови. Проверялся уровень трёх хорошо известных биомаркёров воспаления: С-реактивный белок (CRP), интерлейкин 6 (IL6) и рецептор 2-го фактора некроза опухоли (TNFR2).

После разделения на группы по возрасту, медицинскому

заменяли орехами, например, красное мясо, достаточно было трёх порций в неделю для существенного уменьшения числа CRP и IL6.

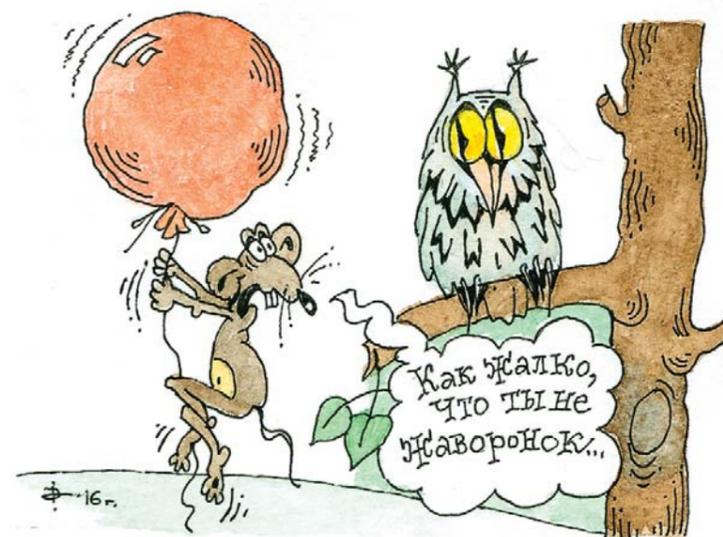
В арахисе и лесных орехах содержится множество полезных веществ, и исследователи пока не имеют точной информации о том, какая конкретно составляющая (или комбинация из нескольких) орехов снижает уровень воспаления, но планируют и дальше вести научную работу в этом направлении. Учёные собираются провести клинические испытания, в рамках которых будут предлагать людям различную диету с содержанием орехов и наблюдать за состоянием здоровья участников.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации medicalxpress.com

Опрос

Совы болеют чаще, чем жаворонки



Учёные из Университета Коре провели исследование, в котором приняли участие 1600 человек в возрасте от 47 до 59 лет. Они рассказали исследователям о режиме своего сна и в соответствии с этим были разделены на 3 группы: 95 сов, 480 жаворонков, остальные – ни те, ни другие.

Учёные оценили состояние здоровья всех испытуемых. Оказалось, что в крови жаворонков уровень липидов ниже, чем у сов. Причём это не зависит ни от возраста, ни от образа жизни и количества сна. Мужчины-совы более подвержены таким заболеваниям, как диабет и саркопения (изменение скелетной мускулатуры, приводящее к потере мышечной массы и силы) по сравнению с жаворонками.

У женщин-сов жировых отложений в области живота больше, чем у женщин-жаворонков, а также выше риск метаболического синдрома, часто приводящего к диабету и сердечно-сосудистым заболеваниям.

Качество сна у сов ниже, говорят специалисты. Такие люди чаще ведут неправильный образ жизни – курят, едят ночью и мало двигаются. В целом совы оказались моложе жаворонков, поэтому специалисты настаивают на том, чтобы данной проблеме уделялось как можно больше внимания. Однако в существовании причинно-следственной связи учёные пока не уверены.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!

По материалам WebMD.

Далёкое — близкое

Двуликий нитроглицерин

Им сначала взрывали скалы, затем стали лечить стенокардию

В грядущем году исполнится 170 лет с момента открытия вещества, которое удивительным образом сочетает в себе разрушительную мощь и силу лекарства. Однако химик Асканио Собrero, получивший нитроглицерин, и промышленник Альфред Нобель, разработавший способ его производства, так и не поняли, что это вещество может не только взрывать скалы, но и лечить стенокардию. Парадокс заключается в том, что оба они страдали от этой болезни.

Чутьё гениального химика

В 1847 г. талантливый итальянский химик Асканио Собrero смог синтезировать вещество, которое он назвал «пироглицерин». Оно представляло собой тринитрат многоатомного спирта глицерина, и поэтому позже его стали называть нитроглицерином. Сам Собrero считал, что его открытие может пригодиться в военном деле — учёный сам когда-то служил в артиллерии, воевал и даже после окончания боевых действий продолжал работать в Артиллерийской академии. Поэтому основные его исследования были направлены на удовлетворение нужд и запросов быстро растущей военной промышленности.

Собреро сразу же смог убедиться, что открытое им вещество имеет поистине «взрывной» характер. Во время проведения одного из опытов он получил ожоги рук и лица. Однако в своей статье он упомянул и ещё один интересный эффект нитроглицерина. Учёный писал, что «если капнуть «пироглицерин» на язык, то сразу голова начинает сильно болеть». Так, сам того не желая, Собrero описал одно из фармакологических свойств нитроглицерина, а именно — его способность расслаблять гладкую мускулатуру кровеносных сосудов.

Парадоксально, но если бы гениальный химик обратил больше внимания на данное свойство, то обнаруженный им препарат мог бы помочь ему самому — ведь Собrero страдал стенокардией и у него часто бывали спазмы коронарных сосудов. Современные врачи прописали бы ему препараты на основе того самого нитроглицерина, который весьма эффективно их снимает. Однако учёному и в голову не пришло, что его «взрывное детище» можно использовать в мирных целях. Он так и умер в 1888 г. от сердечной недостаточности, не имея представления о том, что мог бы помочь себе сам с помощью нитроглицерина.



Асканио Собrero

Клин вышибать клином

Тем не менее среди европейских медиков нашёлся один, которого в посвященной нитроглицерину статье Собrero заинтересовало именно то, что он вызывает головную боль. Константин Геринг, прочитав о нитроглицерине, начал испытывать этот препарат на добровольцах и после предложил использовать его для лечения... головной боли. Не стоит удивляться неожиданному подходу. Дело в том, что Геринг был приверженцем гомеопатии и считал, что клин нужно вышибать клином и раз это вещество вызывает головную боль, то оно может и исцелить её.

Но врачи долго не верили этому странному саксонцу, который к тому же носил «говорящую фамилию» (одно из значений слова hering — чужак), чьи идеи всегда находились на грани абсурда и гениальности (так, он, например, предлагал лечить отравления с помощью змеиного яда). Однако, как это ни странно, на помощь врачу-оригиналу пришёл другой человек, который также не верил в то, что нитроглицерин является лекарством, зато был убеждён, что его ожидает большое будущее в горной промышленности. Звали его Альфред Нобель.

Помогла головная боль

Будущий учредитель самой престижной в мире премии познакомился с Собrero ещё в 1850 г., когда тот был на семинаре в Париже. Открытие гениального итальянца заинтересовало Нобеля, и он, запатентовав в 1863 г. способ производства нитроглицерина, приступил к строительству

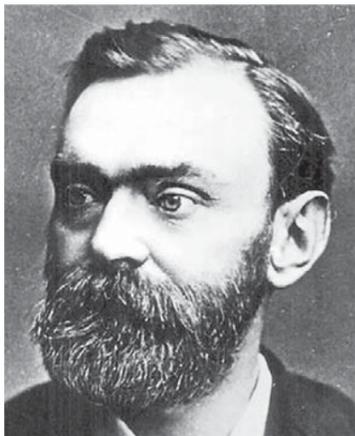
своей «динамитной империи». Кстати, вопреки бытующему заблуждению, продукция заводов Нобеля шла главным образом не на военные нужды, а на задачи созидания. Без динамита в XIX веке невозможно было бы проложить знаменитые тоннели и каналы, железнодорожные линии через Альпы и Кордильеры, не стало бы судходным русло Дуная у Железных ворот, и многое другое.

Но вот опять интереснейший факт: Нобель, сам того не подозревая, поставил на своих заводах крупномасштабный фармакологический эксперимент. Дело в том, что в цехах с нитроглицерином работали сотни людей, и они постоянно подвергались действию его паров, ведь респираторов тогда ещё не было. Неудивительно, что сразу же к окрестным врачам стали поступать жалобы на головную боль и плохое самочувствие, похожее на сильное отравление. Именно тут медики и вспомнили про исследования Геринга, после чего стали проводить свои собственные изыскания в том же ключе.

В результате выяснилась одна интересная вещь. Заводские рабочие рассказывали, что голова болит не только у новичков, впервые пришедших в цех, — у них головная боль через неделю-другую исчезала, то есть наступало привыкание. Эту же боль испытывали и ветераны производства, причём даже дома в выходные дни. Кроме того, были даже случаи внезапной смерти. Впрочем, причину «воскресных» болей выяснили быстро. Оказалось, в день отдыха многие для того, чтобы сделать себе модную причёску, втирали нитроглицерин в кожу головы или надевали на голову пропитанную им повязку.

Ошибка исправлена посмертно

Этими данными заинтересовался врач Томас Лодер Брентон. Особенно он отметил себя то, что говорили о спазмах коронарных сосудов. Брентон понял, что нитроглицерин может как-то на них влиять. И вот, сделав несколько экспериментов в своей клинике, врач понял, что нитроглицерин в небольших дозах может снимать боли, возникающие при стенокардии. Правда, побочный эффект в виде «большой головы» при этом оставался. Поэтому врачи не рисковали использовать новое лекарство до тех пор, пока в 1887 г. доктор Уильям Меррелл не рассчитал точную дозу нитроглицерина, при которой побочные эффекты были минимальны.



Альфред Нобель

Увы, внедрение нового лекарства шло чрезвычайно медленно, поэтому умерший через год после выводов Меррелла Собrero не успел им воспользоваться (кстати, до конца своих дней он не верил в то, что открытое им вещество может лечить). И этот скепсис великий химик передал своему другу и партнёру Альфреду Нобелю. Тот, пребывая в уверенности, что, кроме как для взрывов, нитроглицерин ни на что не годится, не воспользовался им даже тогда, когда у него самого началась стенокардия. Врачи несколько раз назначали этот препарат упрямому «динамитному королю», однако он отказывался от такого лечения со словами: «Разве не ирония судьбы, что врачи прописали мне нитроглицерин для приёма внутрь!»

В итоге Нобель скончался от сердечного приступа в 1896 г., так и не узнав, что он мог, кроме «динамитной империи», создать ещё и фармакологическую, которая приносила бы не меньше дохода. Нитроглицерин же прочно вошёл во врачебную практику с начала XX века, однако долгое время никто не знал, каким именно образом данное вещество действует на сосуды. Это удалось выяснить лишь в конце столетия американским учёным Роберту Ферчготту, Луису Игнарро и Фериду Мураду, которые в 1998 г. за свою работу о роли оксида азота в регуляции сосудистого тонуса были удостоены, да-да, Нобелевской премии по медицине! Вот так вот Альфред Нобель как будто посмертно исправил свою ошибку, совершённую более века назад.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Наследие

Городской клинической больницы № 57 Департамента здравоохранения Москвы, ежегодно обслуживающей 22 тыс. столичных жителей, присвоили имя известного врача-терапевта, профессора, заслуженного деятеля науки Дмитрия Плетнёва.

С именем великого клинициста

Профессор Плетнёв продолжает напутствовать коллег



Многопрофильный стационар, расположенный в Восточном административном округе столицы, является одним из наиболее крупных многопрофильных клиник города. На территории комплекса работает более 2 тыс. человек, которые обслуживают 24 лечебных и 9 диагностических отделений, а также родильный дом. Всего здесь располагается 1081 койка.

На базе стационара функционируют несколько клинических кафедр Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, а также Научно-исследовательский институт пульмонологии ФМБА России, руководителем которого является известный учёный-клиницист, главный терапевт-пульмонолог Минздрава России, академик РАН Александр Чучалин.

Новое имя стационар будет носить с честью. Дмитрий Плетнёв после окончания классической гимназии поступил сначала на медицинский факультет Харьковского университета, а затем продолжил обучение в Императорском московском университете. В 1929 г. он возглавил терапевтическую клинику Московского областного клинического института. Сегодня это Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф.Владимирского (МОНИКИ). В 1932 г., задолго до появления ЭКГ-исследований, за выдающиеся заслуги в диагностике сердечно-сосудистых заболеваний терапевтический корпус института был назван его именем. До 1937 г. Плетнёв возглавлял НИИ функциональной диагностики и терапии. Его пациентами были В.Ленин, Н.Крупская, И.Павлов и многие другие видные общественные и государственные деятели.

Марк ВИНТЕР.

Взгляд

Недавно в Мексике скончался самый толстый человек на Земле Андреас Морено. Ему было 38 лет. Это был один из самых известных толстяков планеты, вес которого в свое время составлял 444 кг. Морено похудел более чем на 100 кг, когда ему отняли часть желудка, однако затем у него начался перитонит, что потребовало ещё одной операции. В конце концов у Морено не выдержало сердце.

Близкие говорят, что скончался он от инфаркта, однако, учитывая вес мужчины, перенесённую операцию по резекции желудка ради потери веса, снижение веса до 323 кг, а затем ещё на 30 кг и последующую срочную госпитализацию с острым перитонитом, то

Тяжёлая доля тяжёлых

и не удивительно, что сердце отказало, хотя он был ещё молодым человеком.

А в США недавно умер самый большой защитник здорового образа жизни. Ему было всего 40 лет. 270-килограммовый Ларри Эванс, который похудел за пару лет почти на 100 кг.

Два года назад Эванс начал худеть по собственной программе. Тогда он весил более 373 кг. За его достижениями следили интернет-пользователи со всего мира. Он не делал операций и не сидел на специальных диетах. Вместо этого

американец изменил режим питания и занимался спортом. Однако, к несчастью, здоровье его образ жизни ему не принёс.

«Если равномерно разделить тот вес, который сбросил Эванс, получится в среднем 4-5 кг в месяц, — комментирует российский врач-диетолог Наталья Григорьева. — Но я сомневаюсь, что он худел равномерно. Скорее всего, на начальном этапе он мог сбросить больше. Резкая потеря веса — 30-40 кг за 3 месяца — повышает риски развития внезапной остановки сердца в 2 раза. При быстрой потере веса

важно следить за уровнем липидов — повышается риск образования тромбов и развития атеросклероза. Я думаю, в данном случае имел место сосудистый компонент. Таким людям очень важно худеть под контролем врача. Как минимум нужно регулярно сдавать биохимический анализ крови для контроля холестерина профиля. Врач должен контролировать и уровень физической нагрузки, особенно важно не перегружать сердечную мышцу».

Давид НАНЕИШВИЛИ,
корр. «МГ».

