

Профилактика

Взгляни на здоровье по-новому!

К этому призывают барнаульские специалисты профилактической медицины



В трамваях и троллейбусах Барнаула, на борту которых красовалась надпись «Время быть здоровым», прошла акция, посвящённая профилактике заболеваний. Организаторами мероприятия стали Министерство здравоохранения Алтайского края и Краевой центр медицинской профилактики.

В связи с тем, что приближался Всемирный день борьбы с глаукомой, основное внимание было уделено предупреждению этого заболевания.

Специалисты краевой профилактической службы рассказали пассажирам о том, что глаукома – одна из главных причин слепоты и

Во время проведения акции

ухудшения зрения. Каждый пятый слепой утратил зрение из-за этого недуга. Жителям Барнаула ещё раз напомнили, что выявление глаукомы на ранней стадии исключительно важно для эффективности лечения. Ведь своевременная диагностика и правильное лечение помогут снизить риск дальнейшего развития болезни.

– С целью профилактики заболевания не рекомендуется длительно находиться в темноте. Работающему населению необходимо следить за хорошей освещённостью рабочего места, – подчёркивал специалист Краевого центра медицинской про-

филактики Василий Дехарь. В числе мер профилактики обязательен контроль артериального давления, своевременное прохождение диспансерных осмотров.

В рамках акции пассажирам раздавали информационно-методические материалы, рассказывающие о глаукоме и мерах её предупреждения. Всем было рекомендовано пройти обследование в центрах здоровья.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Фото автора.

Николай КАЛАШНИКОВ,
директор территориального фонда
ОМС Белгородской области:

Семейный врач в рамках идеологии проекта «Управление здоровьем» 60% рабочего времени будет не лечить, а заниматься профилактическими мероприятиями, управлять здоровьем приписного населения.

Стр. 5



Елена ФРОЛОВА,
профессор кафедры семейной
медицины Северо-Западного
государственного медицинского
университета:

Нам необходимо подготовить немало врачей, занимающихся здоровьем старшего поколения.

Стр. 7

Игорь ХАТЬКОВ,
директор Московского
клинического научного центра,
член-корреспондент РАН:

Лидерство доказывается не вывеской на фасаде, а уровнем клинической работы, а также объёмом и качеством научных публикаций.

Стр. 10-11



Особый случай

Спасли сирийскую девочку

Самолётом военной авиации в Москву для оказания полноценной и квалифицированной медицинской помощи была доставлена сирийская девочка с серьёзным онкологическим заболеванием глаз.

В конце февраля родители девочки обратились в центр по примирению враждующих сторон на территории Сирийской Арабской Республики с просьбой оказать помощь в лечении на территории Российской Федерации.

Со своей стороны Министерство обороны РФ попросило Минздрав России оказать содействие в организации медицинской помощи на базе одного из федеральных медицинских центров. В кратчайшие сроки девочка под наблюдением бригады российских военных медиков была доставлена в Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России.

После проведения обследования специалистами было принято решение о переводе девочки в НИИ

детской онкологии и гематологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, где врачи сразу же приступили к операции.

За всю историю оказания российскими медиками практической и методической помощи в лечении гражданского населения своим сирийским коллегам сирийская девочка Мария – самый маленький пациент (1 год и 3 месяца), доставленный в Российскую Федерацию. Ранее в России прошла курс лечения и реабилитации 12-летняя сирийская девочка Сидра Заарур, которая потеряла обе ноги во время обстрела боевиками Алеппо. В результате проведённого курса лечения и реабилитации специалисты Российской детской клинической больницы Минздрава России смогли справиться с негативными последствиями ампутации ног, провести курс терапии и психологической реабилитации и успешно завершить протезирование нижних конечностей. Сидра и её мать вернулись в Сирию.

Соб. инф.

Сотрудничество

Корейцы вложатся в Камчатку

Представительная делегация правительства Камчатского края побывала в Южной Корее. Корейские партнёры подтвердили своё участие в проекте строительства ЛПУ на полуострове. Ранее стороны подписали меморандум о намерениях сотрудничества.

Корейская сторона выразила готовность участвовать в финансировании строительства камчатской краевой больницы. В ходе визита также об-

суждались условия привлечения иностранных инвестиций в реализацию проекта, обучения и повышения квалификации камчатских врачей в клиниках Кореи, внедрение медицинских технологий Страны утренней свежести в лечебную практику больниц полуострова, сообщили в пресс-службе правительства Камчатского края.

В рамках визита делегация Камчатки также приняла участие в работе первого заседания россий-

ско-корейской совместной рабочей группы по развитию сотрудничества в сфере здравоохранения на Дальнем Востоке. Были рассмотрены вопросы создания благоприятных условий для открытия южнокорейских клиник на территориях, где действует правовой режим Свободного порта Владивосток.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Петропавловск-Камчатский.

Новости

Французы
поставили высокую оценку

Специалисты из Франции высоко оценили лабораторию Омского областного клинического диагностического центра, посетив её в рамках рабочего визита в Россию.

В центре побывал Фабрис Дион, специалист по лабораторной диагностике, представитель одной из компаний, известной производством оборудования для капиллярного электрофореза, которое позволяет полностью автоматизировать некогда трудоёмкий аналитический метод. Надо заметить, что коллеги из Франции регулярно посещают наиболее крупные и известные диагностические центры нашей страны, отличающиеся высокой производительностью лабораторной службы.

Заведующая лабораторией Омского КДЦ профессор Татьяна Долгих рассказала обо всех диагностических возможностях, планах, задачах и перспективах развития возглавляемого подразделения.

– Мы решили познакомиться с опытом и организацией работы лаборатории вашего диагностического центра, поскольку он является лидером на медицинском рынке диагностических услуг, главным учреждением региона, где выполняют редкие и сложные исследования, – сообщил Ф.Дион на встрече с администрацией учреждения.

Сегодня лабораторные исследования в централизованной лаборатории КДЦ выполняются на 28 анализаторах. В минувшем году были внедрены 22 методики, в том числе ранее не проводившиеся в регионе. Среди внедрённых за год методик весьма значимы исследования крови и мочи методом электрофореза и иммунофиксации и исследования системы гемостаза.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Цена ошибки

Территориальный орган Росздравнадзора по Москве и Московской области проведёт проверку по факту смерти пятилетнего ребёнка в Москве, который скончался дома из-за осложнения, развившегося на фоне ротавирусной инфекции.

Ранее сообщалось, что ребёнок скончался, несмотря на то, что за два дня до смерти его осматривали врачи скорой помощи и пришли к заключению, что малыш в госпитализации не нуждается.

Яна ГЛАЗКОВА.

Москва.

Карельские инвестиции

Одна из крупных частных клиник Петрозаводска, специализирующаяся, главным образом, на травматологии и ортопедии, планирует к осени нынешнего года построить медицинский центр и гостиницу на 50 мест специально для медтуристов из других регионов России. Инвестиции в проект могут составить около 150 млн руб. Общая площадь нового медцентра и гостиницы составит 2 тыс. м².

В свою очередь, правительство Карелии поддержало данную инициативу и пообещало предоставить субсидию процентной ставки по кредиту. Сообщается, что компания также надеется на участие администрации Петрозаводска в ремонте дорожного полотна и освещения улицы, по которой автотранспорт подъезжает к территории клиники. Сейчас ведутся фасадные работы, а ввод объекта в эксплуатацию намечен на осень этого года.

Интересно, что на недавнем заседании регионального Минэкономразвития утвердило проект расширения офтальмологического центра, который планирует построить основатель сети офтальмологических клиник. Реконструкция первого объекта займёт два года. В общей сложности представители бизнеса намереваются вложить в этот проект порядка 600-700 млн руб. Проектная мощность будущей клиники составляет 30 тыс. амбулаторных посещений и 10 тыс. операций ежегодно.

Борис БЕРКУТ.

Петрозаводск.

К онкологии — особый подход

Онкологическая смертность в Подмоскowie в январе нынешнего года снизилась на 28%. Об этом сообщили в Министерстве здравоохранения Московской области со ссылкой на главу ведомства Дмитрия Маркова.

«В абсолютном выражении это 374 человеческие жизни», – сказал Д.Марков.

Наряду с этим министр отметил, что с целью повышения ранней выявляемости онкологических заболеваний региональным Минздравом разработан и реализуется проект по загрузке тяжёлого диагностического оборудования.

«Кроме того, мы дооснащаем новым диагностическим оборудованием наши больницы и поликлиники. Так, в прошлом году дооснастили 9 онкологических отделений и закупили 17 единиц тяжёлого оборудования. В планах этого года – 13 отделений и 146 единиц оборудования», – подчеркнул Д.Марков.

Ян РИЦКИЙ.

Московская область.

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

Тенденции

Родители имеют право на чудо
А также на специальную школу

В Ульяновской области стартовал проект «Школа пациента» для родителей недоношенных детей. Первое занятие состоялось на базе областной детской клинической больницы им. Ю.Ф.Горячева при поддержке благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо».

Во встрече с матерями недоношенных детей приняли участие консультанты «Школы пациента», специалисты отдела медико-социальной помощи областной детской больницы, врачи и студенты-медики.

В ходе занятия главный неонатолог Ульяновской области Тимур Гайнетдинов провёл мастер-класс по оказанию неотложной помощи младенцам при судорогах, коликах, гипертермии и временных задержках дыхания. Главный детский офтальмолог Ульяновской области Ирина Шишкина рассказала о диагностике, лечении и реабилитации ретинопатии – тяжёлого заболевания глаз, которое развивается преимущественно у глубоко недоношенных детей на фоне незрелой сетчатки.

«Так как недоношенные дети более хрупкие и подвержены различным заболеваниям, после выписки из стационара родителям бывает первое время сложно самим справиться, им требуется поддержка грамотных специалистов. Именно для этого и была создана специальная школа пациента. С помощью неё родители смогут узнать об особенностях лечения и ухода за такими малышами от опытных, квалифицированных специалистов и действовать более уверенно в различных ситуациях. С Ульяновской областью наш фонд сотрудничает с прошлого года. Регион откликнулся на нашу инициативу и выиграл грант, благодаря которому в марте этого года в ОДКБ будет поставлено дорогостоящее оборудование для лазерокоагуляции сетчатки при ретинопатии. Вы-



Идёт занятие для пациентов

сокотехнологичные операции, проведённые с помощью этого аппарата, позволяют предупредить преждевременную слепоту у рождённых раньше срока детей», – отметила координатор программ благотворительного фонда помощи недоношенным детям «Право на чудо» из Москвы Юлия Ермолаева.

«В нашем учреждении работает кабинет ретинопатии недоношенного, – подчеркнула заместитель главного врача ОДКБ им. Ю.Ф.Горячева Елена Винокурова, – где ведётся консультативный приём и динамическое наблюдение, а также консервативное лечение допороговых стадий ретинопатии. Для оперативного лечения пациентов с таким диагнозом мы направляем их в Москву и другие города. Теперь своё оборудование будет в Ульяновске, и это значительно облегчит задачу и снизит риски развития осложнений. Мы очень

ждем аппаратуру. Особенно это актуально в связи со скорым открытием перинатального центра, куда будут направлять женщин с патологиями развития плода и рисками преждевременных родов. В рамках работы школы пациентов мы будем обговаривать с родителями различные вопросы, которые больше всего их волнуют, будем раздавать нужные памятки и брошюры. Это позволит сократить риски обострения заболеваний у наших пациентов».

При этом важно, наверное, будет напомнить, что Ульяновская область вошла в число 30 регионов России, где сейчас возводятся высокотехнологичные перинатальные центры. Объект планируется открыть до конца этого года.

Виктория ГУРСКАЯ,
внест. корр. «МГ».

Ульяновск.

Статистика

Большинство —
за электронные форматы

Исследовательская компания MAR CONSULT выяснила отношение врачей в 50 регионах России к введению электронных форматов полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) и медицинских карт с историями болезней пациентов.

Положительно относятся к возможности замены бумажного полиса ОМС на электронный 64% врачей, 16% – отрицательно и пятая часть пока не сформировала своё мнение по этому вопросу.

Большинство медиков (65%) выступили за введение электронных полисов, объясняя свою позицию тем, что это практично и удобно, 15% докторов уверены, что такие полисы не будут теряться и их не нужно носить с собой, десятая часть считает, что это общая тенденция и все документы переходят в электрон-

ный формат. Ещё 10% врачей отмечают целесообразность формирования единой базы полисов.

Среди тех, кто против введения электронных полисов ОМС, уверены, что это будет неудобно (60%) и трудно для пожилых людей (15%), а также что бумажные полисы надёжнее (9%).

Похожая картина складывается с электронными медицинскими картами пациентов: положительно относятся 60% врачей, отрицательно – 20% и не определились также 20%.

В числе поддерживающих электронные карты 58% докторов считают, что это удобно и практично, о целесообразности формирования единой базы электронных карт упоминают 12%, об уменьшении объёма бумажной работы и высвобождении времени – 10%. Интересно, что 3% отметили важность

одновременного перехода на электронный формат по всей стране.

Врачи, не поддерживающие электронные карты, поясняют, что это не будет удобно – 51%, могут возникнуть технические проблемы – 12%, бумажные карты привычнее – 9%. Также среди важных аспектов можно выделить следующее: поясняя отрицательную позицию, 3% докторов отмечают, что не все врачи умеют пользоваться компьютером, и ещё 3% говорят о необходимости серьёзной защиты электронных данных пациентов. В опросе приняли участие 353 кардиолога в 50 городах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведён в феврале 2017 г.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Москва.

Перемены

Врачи становятся доступнее

«Для москвичей доступен новый интернет-портал для записи к врачу. Помимо городских поликлиник, подключённых к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), через этот портал можно записаться и в частные клиники: к врачу или на лабораторные исследования. Государственные медучреждения классифицированы по округам и районам. На сайте городской поликлиники указан контактный телефон, адрес и карта проезда, а также расписание приёма и номер кабинета отдельных врачей. Функционал располагает и данны-

ми по специалистам коммерческих клиник, в «профиле» врача можно узнать о наличии учёной степени и стаже работы», – говорится в сообщении Департамента информационных технологий Москвы.

Наряду с этим уточняется, что дистанционная запись на портале стала доступна с конца прошлого года. За первые 5 месяцев работы было сделано более 11 тыс. записей на приём в городские поликлиники. В среднем количество записей ежемесячно увеличивается на 12%. Более 50% пользователей, записывающихся через портал, это пациенты в возрасте от 25 до 44 лет.

Единая медицинская информационно-аналитическая система внедрена в 660 медицинских учреждениях амбулаторно-поликлинического звена столицы. Среди основных функций системы – электронная запись на приём к врачу, управление потоками пациентов, ведение медицинских карт в электронном виде, персонализированный учёт медицинской помощи и управление медицинскими регистрами.

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

Инициатива

Ориентир — на медицину

По поручению Департамента здравоохранения Москвы недавно в Гостином дворе команда преподавателей и студентов столичного Медицинского колледжа № 2 организовала работу стенда, представляющего все образовательные организации. Каждый медицинский колледж представил свои специальности, подготовил для гостей выставки буклеты, памятки, интересные информационные материалы о профилактике заболеваний и здоровом образе жизни.

Главной целью данной выставки явилось совершенствование профориентационной работы, привлечение общественного вни-

мания к среднему медицинскому профессиональному образованию.

Примечательно, что наибольший интерес посетителей выставки вызвали мастер-классы по специальности «лечебное дело», в рамках которой готовят будущих фельдшеров скорой и неотложной медицинской помощи. Студенты и преподаватели демонстрировали приёмы сердечно-лёгочной реанимации, пульсоксиметрию, манипуляции по извлечению инородных тел из дыхательных путей, используя самые современные симуляционные тренажёры.

Студенты, получающие самую массовую и востребованную специальность «сестринское дело», обучали гостей расчёту индекса массы тела, измеряли артериаль-

ное давление и пульс, демонстрировали выполнение внутримышечных инъекций, обучали правильному пеленанию новорождённых и всем желающим давали рекомендации по здоровому образу жизни – именно этим занимается средний медицинский персонал в экономически развитых странах.

Представленная экспозиция привлекала активное внимание посетителей выставки доброжелательностью и профессионализмом консультантов, открытостью общения, актуальностью представленных манипуляций и возможностью получить нужные и интересные рекомендации.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

Москва.

Однако

Без аптек?

Комитет Государственной думы РФ по федеративному устройству и вопросам местного самоуправления рекомендовал нижней палате парламента отклонить в первом чтении законопроект об организации работы аптек в населённых пунктах, расположенных в труднодоступных местах страны.

Авторы законопроекта отмечают, что из-за отсутствия аптек в населённых пунктах, расположенных в труднодоступных местностях, их жители часто не могут приобрести необходимые лекарства. По словам

законодателей, вопрос не решается из-за отсутствия необходимых помещений и специалистов, а также по причине нерентабельности таких аптек.

«Принятие проекта федерального закона позволит решить вопрос доступности приобретения лекарственных средств жителями труднодоступных населённых пунктов, где отсутствуют аптечные организации», – говорится в пояснительной записке к законопроекту.

Однако профильный комитет Госдумы РФ документ не одобрил и рекомендовал нижней палате парламента отклонить его в первом

чтении. Причиной послужило то, что, по мнению парламентариев, некоторые понятия, используемые в законопроекте, не закреплены законодательно. О каких именно понятиях идёт речь, источник не уточняет.

Чтобы решить проблему обеспечения лекарствами жителей отдалённых районов, власти наделяют фельдшерско-акушерские пункты правом самостоятельно продавать лекарства. Так, в апреле прошлого года «Мосoblмедсервис» приступил к организации лекарственного обеспечения населения отдалённых районов Московской области через ФАПы и амбулатории.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Острая тема

Активисты Общероссийского народного фронта (ОНФ) после тщательной проверки обнаружили, что в Волгограде научный центр инновационных лекарственных средств стоимостью 904 млн руб. не сдан в срок, но при этом формально он полностью оплачен! Эксперты проекта направляют заказчику – Волгоградскому государственному медицинскому университету Минздрава России – запрос с просьбой объяснить стопроцентную оплату строящегося объекта по контракту при неоконченных работах.

Согласно Федеральной целевой программе «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу» в Волгограде должен был появиться научный центр инновационных лекарственных

Загадочное строительство



средств с опытно-промышленным производством. Активисты народного фронта обнаружили, что объ-

ект, который, согласно контракту, должны были сдать в декабре 2016 г., не функционирует, хотя

Дословно

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Козлова предлагает, учитывая претензии граждан, запретить рекламу медицинских препаратов на телевидении. Об этом она сообщила в ходе заседания экспертного совета по здравоохранению при Комитете Совета Федерации по социальной политике.

К рекламе
подходить взвешенно

«Я сама не люблю, когда в перерывах телепередач упорно говорят о лекарственных препаратах. Считаю, это надо запретить, потому что население начинает их использовать и это приносит только вред», – сказала Л.Козлова.

В свою очередь, ведущий научный сотрудник Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России Марат Ежов считает необходимым ввести на

телевидении блоки социальной рекламы, направленные на сохранение здоровья.

«Существующие у нас центры здоровья – это капля в море. Среднестатистический наш гражданин не будет посещать их до тех пор, пока не заболеет, хотя и смотрит телевизор каждый вечер. Социальная реклама должна присутствовать», – сказал М.Ежов.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Сити!

Только цифры

Исторический минимум

По предварительным данным Федеральной государственной службы статистики, показатель материнской смертности за период январь – декабрь 2016 г. составил 8,3 на 100 тыс. родившихся живыми. Таким образом, по сравнению с 2011 г., когда этот показатель составлял 16,2 случая на 100 тыс.

родившихся живыми, произошло снижение почти в два раза. Всего же за указанный период 2016 г., по данным Росстата, число случаев материнской смертности составило 158 женщин, что является историческим минимумом для нашей страны.

Соб. инф.

Официально

Младенческая
смертность снижается

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец провела совещание по вопросам социального развития Республики Крым и города Севастополя. В нём приняли участие глава республики Сергей Аксёнов, губернатор Севастополя Дмитрий Овсянников, руководители федеральных и региональных органов исполнительной власти.

На совещании обсуждались ход модернизации системы здравоохранения, в том числе строитель-

ство и реконструкция медицинских объектов, а также подготовка к курортному сезону, развитие системы образования.

На совещании были озвучены результаты, достигнутые в области охраны здоровья детей. В Крыму младенческая смертность снизилась в 2016 г. на 19% до уровня 5,1 на 1000 родившихся живыми, а в Севастополе этот показатель находится на уровне 4,8.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Москва.

Уникальную операцию провели врачи Сахалинской областной клинической больницы. Сосудистые хирурги пришили 50-летнему мужчине разделённую на три части и практически оторванную от туловища руку. Пострадавшему провели две сложные операции – сначала врачи восстановили повреждённую магистральную артерию, сшили сосуды и мягкие ткани, а затем поставили на место переломанные кости. Сейчас он чувствует себя нормально. Благодаря врачам мужчина сохранил не только руку, но и жизнь.

Несчастный случай с Олегом Пастыревым, жителем одного из сёл, произошёл ещё в начале февраля. У мужчины выдался выходной, и он решил помочь другу отремонтировать трактор. Олег углубился в двигатель, но что-то пошло не так: «Зацепило и затянуло до плеча», – рассказывает пострадавший. Конечность оказалась разделённой на три части и держалась на лоскуте кожи в районе плечевого сустава. Всё это время Олег был в сознании.

Почти сразу после инцидента мужчину доставили в Долинскую ЦРБ. Медики районной больницы «законсервировали» руку, обложив её льдом, и экстренно провели конференцию по телефону с коллегами из Сахалинской областной клинической больницы, куда и транспортировали пострадавшего. Там его уже ждали врачи.

– Пациент поступил к нам, минуя приёмный покой, сразу в экстренную операционную. Он был в крайне тяжёлом нестабильном состоянии, с критической ишемией правой конечности. Конечность была фрагментирована и фактически висела на мягких тканях. Был

Ситуация

Мужчине вернули руку И всё благодаря мастерству сахалинских врачей

большой разрыв в районе подмышки, повреждена магистральная артерия. Но где именно этот разрыв, мы не знали. Нужно было найти конкретный участок, чтобы восстановить кровоснабжение. Во всём остальном чисто технически это была обычная работа для сосудистых хирургов, – рассказывает заведующий отделением сосудистой хирургии Вячеслав Пашин.

За две недели в областной больнице Олегу провели две операции. Первая состоялась сразу после поступления в медучреждение: в течение 5 часов врачи боролись за жизнь и руку мужчины. Сосудистым хирургам было необходимо найти участок, в котором была разорвана артерия, в максимальные сроки её восстановить, а затем сшить более мелкие сосуды и ткани. Спустя некоторое время после этой жизненноспасающей, как называют её медики, операции Олегу провели ещё одну – восстановительную. Врачи по кусочкам собирали раздробленные кости руки.

– Потребовались огромные усилия хирургов и реаниматологов, чтобы спасти и Олега, и его руку. Реаниматологи очень постарались, чтобы выводить пациента. Сейчас его состояние стабильное – он переведён из реанимации в профильное травматологическое



Сахалинская «скорая» всегда начеку

отделение. Но о полном выздоровлении пока речи не идёт. Ему предстоит ещё несколько операций, чтобы окончательно вернуть функции руки, – говорит заведующий отделением сосудистой хирургии В.Пашин.

После второй операции мужчине поставили аппарат Илизарова на предплечье и стержневой аппарат на плечо.

– Оперативно сработали службы на местах. Сейчас угрозы жизни нет. Сделали всё, что от нас требовалось, чтобы восстановить руку

и сохранить жизнь, – делится врач анестезиолог-реаниматолог отделения общей реанимации краевой областной клинической больницы Иван Вдовин.

Профессиональный горняк Олег Пастырев вышел на пенсию, как и все шахтёры, в 45. Сейчас ему 50. Последние годы он трудился водителем большегруза в карьере. Сейчас мужчина мечтает поскорее сесть за баранку. Врачи стремления мужчины к активной жизни разделяют, но вернуться к работе так скоро, как хотелось бы

пациенту, конечно, не удастся – придётся подождать. Медикам в работе помогает позитивный настрой Олега – признаются врачи. Но и психологическая поддержка персонала в этом случае тоже сыграла свою роль. «Есть такая поговорка – «реаниматолог без души – не реаниматолог». Поэтому мы настраиваем больного, общаемся на отвлечённые темы. Надеемся, что пациент доволен нашей терапией», – говорят медики.

К слову, на счету врачей Сахалинской областной клинической больницы это вторая подобная операция. Первую, правда, не такую сложную, признаются медики, провели 4 года назад – имплантировали пациенту предплечье. Но в этот раз характер повреждений оказался более масштабным, операция была длительной и сложной, а реабилитация будет долгой. С прогнозами врачи осторожны – уже большое достижение, что удалось спасти Олегу и руку, и жизнь. Говорить о полной реабилитации пациента можно будет не раньше, чем через год. Но медики уверены – Олег Пастырев с его огромным желанием жить сможет вернуться за руль.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Проблемы и решения

В рамках XIII Вейновских чтений (см. «МГ» № 15 от 03.03.2017) состоялся симпозиум компании Ever Pharma «Medice, cura te ipsum», или психоневрологические проблемы врача и пациента в условиях социального кризиса», посвящённый синдрому эмоционального выгорания.

Как известно, этот синдром является частым спутником врачебной профессии. Его диагностике и способам коррекции посвятила своё выступление профессор кафедры экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи и кафедры психологии и педагогики Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург) Татьяна Решетова. «Выгорает вся страна: выгорающий доктор встречается с выгорающими больными», – так обрисовала докладчик ситуацию в сегодняшних условиях социального кризиса. После первой реакции на кризис наступает стабилизация, которая проявляется увеличением тревоги, депрессии, астении, алкоголизацией и психосоматическими заболеваниями. Уровень тревожно-депрессивных расстройств можно количественно оценить с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии, но гораздо лучше выразил это поэт Давид Самойлов (1920–1990) в одном из своих поздних стихотворений:

Т. Решетова

«Рученьки мои устали,
Ноженьки мои устали,
Голова моя устала,
Сердце ноет от печали.
Песенка моя забылась,
Лесенка моя сломалась,
Душенька моя замёрзла,
Сам не знаю, что осталось».

Астения сопровождается когнитивными расстройствами и характерной позой («поза Алёнушки»). Степень когнитивных расстройств может быть оценена с помощью скайп-теста (американские психологи считают, что если человек не может освоить скайп, то это свидетельствует о явных когнитивных нарушениях). Для уменьшения стресса существуют методики экспресс-релаксации («омонская техника»), которая включает брюшное дыхание и плечевой зажим («крылышки ангела»).

Синдром эмоционального выгорания также называют «синдромом интоксикации людьми». Для его уменьшения рекомендуется уединяться на природе по выходным («дни молчания»), «фильтровать» общение, регулярно заниматься физкультурой и сексом. Приём пищи также снижает уровень тревожности, и именно поэтому в современном мире так много людей страдает ожирением. Для профилактики выгорания рекомендуется «разумный фатализм»: «сколько сделал, столько и молодец». Здоровое самочувствие обеспечивается высоким уровнем нейротрофинов. Их активность повышается при физической нагрузке, когнитивной стимуляции, низкокалорийном питании, богатом витаминами и микроэлементами.

Эндогенный синтез нейротрофинов может быть активизирован с помощью церебролизина, представляющего собой «коктейль» ростовых факторов. Многочисленные экспериментальные исследования выявили, что церебролизин стимулирует пролиферацию, дифференциацию и миграцию нейрональных прогениторных клеток, нейро-, олигодендро- и ангиогенез. По данным

Л.Чутко, парентеральное введение церебролизина при синдроме эмоционального выгорания приводит к уменьшению утомляемости и дневной сонливости, а также к повышению качества жизни (по шкале SF-36). «Назначение брэнда = профилактика выгорания», – подчеркнула Т.Решетова. В заключение прозвучал простой житейский совет: «Бороться за то, что ещё можно исправить. Примириться с тем, что исправить уже нельзя».

Сопредседатель симпозиума профессор кафедры неврологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова (Москва) Марина Путилина и заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики Казанского государственного медицинского университета профессор Эдуард Якупов выступили дуэтом, рассказав о современных возможностях стимуляции механизмов нейропластичности. В начале был показан фрагмент мультфильма «Малыш и Карлсон», где фигурировала фрекен Бок – пожилая женщина, страдающая ожирением, ведущая малоподвижный образ жизни, у которой наблюдаются забывчивость и перепады настроения. У фрекен Бок можно диагностировать дисциркуляторную энцефалопатию I ст. (или, по современной

М. Путилина

классификации, хроническую ишемию мозга I ст.). Что с ней делать? Можно назначить горсть таблеток, посоветовать популярные БАДы или визит к гомеопату. Но лучше «включить ей мозг». «Если сейчас упустить такого больного в начальной стадии заболевания, то он через некоторое время может прийти на приём с деменцией или инсультом», – предостерег профессор Э.Якупов. – Что общего у всех этих состояний?» – задал он риторический вопрос и сам же на него ответил: «Нейродегенерация». В нервной ткани наступает разруха, как после бомбардировок Сталинграда или Берлина. Нейродегенерация является причиной многих нервных болезней. Человеческий мозг Э.Якупов сравнил с симфоническим оркестром, где каждый инструмент играет свою мелодию. Нейропластичность является уникальной функцией нервной ткани, реализуемой на всех уровнях – молекулярном (изменение плотности рецепторов), синаптическом (изменение числа синаптических контактов), клеточном (аксональный спраутинг), регионарном (нейро-, глио-, ангиогенез), органном (перестройка нейронных сетей) и организменном (когнитивные функции).

Нейропластичность регулируется особыми белками (нейропептидами) – нейротрофическими факторами или нейротрофинами. Они



Э. Якупов

взаимодействуют с эндокринной, иммунной и нервной системами. Их блокада приводит к апоптозу нейронов. Вещества, регулирующие работу мозга высших организмов, были названы эндорфинами. Их список постоянно расширяется. Полифункциональность нейропептидов объясняется их воздействием на разные клеточные рецепторы. При их назначении больным с когнитивными нарушениями важно найти «золотую середину», чтобы стимуляция регенеративных процессов не вызвала эпилептиформную активность. По данным рандомизированного плацебоконтролируемого двойного слепого многоцентрового КИ церебролизина в сочетании с реабилитацией в остром периоде инсульта CARS (см. «МГ» № 60 от 12.08.2016) лечение церебролизинном приводит к улучшению моторной функции руки, повышает мотивацию к дальнейшей реабилитации и приверженность восстановительному лечению.

Для мониторирувания нейропластичности используется функциональная магниторезонансная томография покоя, которая показывает изменения в нейрональных связях после инсульта. В группе получавших церебролизин отмечалось более выраженное образование симметричных функциональных связей, что приводило к лучшему восстановлению двигательных функций.

Таким образом, открываются новые возможности укрепления защитных сил организма как в условиях хронического профессионального стресса, так и при сосудистых и когнитивных расстройствах.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

– **Николай Михайлович, вопрос сбалансированности бюджетов территориальных фондов ОМС по доходам и расходам в этом году стоит как никогда остро. Как можно с этих позиций охарактеризовать областную территориальную программу?**

– Территориальная программа обязательного медицинского страхования утверждена постановлением Правительства Белгородской области № 12-пп от 16.01.2017 и соответствует требованиям базовой программы ОМС, утверждённой Правительством РФ. Уточним, что основным источником финансирования территориальных программ ОМС является субвенция из бюджета Федерального фонда ОМС. На этот год размер субвенции для нашей области составил 13 875,8 млн руб., что на 745,8 млн больше, чем в 2016 г.

Ежемесячно проводится мониторинг выполнения объёмов медицинской помощи, оценка финансового состояния медицинских организаций с целью выявления зон неэффективного использования средств. Это даёт возможность оперативно скорректировать объёмные и финансовые показатели медицинских организаций.

В течение 2016 г. уточнялись схемы маршрутизации при оказании специализированной медицинской помощи; проведена централизация лабораторной службы в базовых медицинских организациях области. Экономии финансов способствует также внедрение механизма электронных торгов, в результате которых снижается стоимость приобретаемых медицинских товаров и услуг.

Продолжалось развитие и укрепление межрайонных центров по оказанию специализированной медицинской помощи. При этом повышается качество медицинской помощи и её доступность для всех жителей Белгородской области независимо от места их проживания.

Особое внимание уделяется развитию первичного звена в здравоохранении. Если врач своевременно пообщался с пациентом и выяснил, что есть серьёзные факторы риска развития или начальная стадия какого-то заболевания, то в этом случае программа лечения, применённая на ранней стадии заболевания, эффективнее, а затраты на лечение пациента ниже.

– **Внедрение принципов пациенториентированной медицины требует принятия различных организационных решений. Что на этом пути может оказаться самым трудным?**

– По инициативе губернатора области Евгения Савченко и под его руководством реализуется проект «Управление здоровьем», который предусматривает создание новой формы взаимодействия гражданина, государства и системы здравоохранения. Цель – изменить отношение людей к своему здоровью, сформировать потребность в здоровом образе жизни. Системное управление здоровьем позволит не только своевременно лечить и диагностировать заболевания, но и проводить их профилактику с активным участием самого пациента, работодателей, органов местного самоуправления.

Необходимо отметить, что задачи, реализуемые в рамках регионального проекта, гармонично сочетаются с проводимыми в соответствии с приказами Министерства здравоохранения РФ мероприятиями по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам населения.

Проект, стартовавший в 2016 г., призван изменить существующую систему здравоохранения за счёт

усиления профилактической работы и модернизации первичного звена.

Стратегический вопрос – сохранение здоровья и увеличение продолжительности активной жизни населения. Здесь единомышленники и руководители органов

доктора вносятся данные о состоянии здоровья в паспорт здоровья, в соответствии с которым осуществляется планирование профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Внедряется гибкий график работы медицинских специали-

в том, что человек должен сам управлять своим здоровьем. Но его этому надо учить с детского возраста. Поставлена задача по обучению людей здоровому образу жизни на всех уровнях. Возглавляют эту работу и несут персональную ответственность

о необходимости посетить врача, пройти необходимые процедуры, профилактические мероприятия. На эту тему в 2016 г. изготовлено и распространено более 100 тыс. памяток.

– **Может ли пациент отказаться от своего страхового**

ОМС: реальность и перспективы

Ориентир — на результат

В Белгородской области медицинские работники идут к пациентам

Приказ Федерального фонда ОМС № 88 от 11.05.2016 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи» определяет функциональные обязанности и регулирует деятельность страховых представителей страховых медицинских организаций. Сегодня в Белгородской области уже подготовлены 34 страховых представителя первого уровня и 23 – второго. О том, как выстраивается новая система работы с пациентами, о роли медицинского страхования в профилактике заболеваний, а также о финансовой устойчивости – беседа корреспондента «Медицинской газеты» Вячеслава СВАЛЬНОВА с директором территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) Белгородской области Николаем КАЛАШНИКОВЫМ.



власти, и работодатели, и медицинские работники, и сами пациенты. Достичь этой цели можно только сообща, «всем миром».

Но самое трудное – это изменение отношения каждого человека к собственному здоровью.

– **Какие мероприятия проводятся в вашей области для поддержания здорового образа жизни?**

– Задачи, решаемые в рамках реализации регионального проекта «Управление здоровьем» по формированию у населения потребности в здоровом образе жизни, являются многогранными и требуют новых подходов во многих сферах жизни населения.

Медицинские работники должны охватить учётом всех граждан, ставить своевременно диагноз, проводить лечебно-диагностические и оздоровительные мероприятия на предприятиях и в учебных заведениях. Лучше это делать своевременно и с учётом состояния здоровья каждого конкретного пациента. Семейный врач в рамках идеологии проекта «Управление здоровьем», 60% рабочего времени будет не лечить, а заниматься профилактическими мероприятиями, управлять здоровьем приписочного населения. В рамках проекта первичная медико-санитарная помощь взрослому и детскому населению будет оказываться врачами общей (семейной) практики и педиатрами. Разработана серьёзная программа создания материально-технических условий оказания первичной медико-санитарной помощи. Так, в 2016 г. восстановлено и отремонтировано 232 офиса врача общей практики и фельдшерско-акушерских пунктов. Также запланировано дооснащение рабочих мест медицинского персонала медицинским оборудованием и компьютерной техникой. Продуманы подходы к решению кадровой проблемы на селе. Активно ведутся подворные (подворные) обходы. На каждого жителя на участке семейного

стол, что повышает доступность медицинского обслуживания работающего населения.

Например, вчера я посетил село Шелаево Валуйского района, встретился с главой сельского поселения, врачом общей практики. В рамках программы был изменён регламент работы медицинских работников. Поскольку не все могут в будни посетить врача, средний медицинский персонал по очереди в выходные дни осуществлял обходы населения. За день медицинская сестра опрашивает жителей примерно 5-10 домов – визуальный осмотр, измерение артериального давления, а затем докладывает доктору о результатах осмотра. За год медицинским сёстрам удаётся охватить большинство местных жителей. Таким образом, участковый врач получает информацию обо всех своих пациентах. Кстати, только за прошедший год на этом врачебном участке были активно выявлены пять пациентов с онкологическими заболеваниями на ранней стадии (успешно пролечены), три пациента больных сахарным диабетом и два – туберкулёзом.

К работе медицинских работников с населением активно подключились работодатели и администрации муниципальных образований, сельских поселений. В коллективные договоры на предприятия вносятся изменения, касающиеся дополнительных мер поощрения сотрудников, ведущих здоровый образ жизни. Вопросы здорового образа жизни обсуждаются на сходах граждан, на собраниях в коллективах предприятий, учебных заведений, дошкольных учреждений. Реализация приоритетного проекта находится под контролем депутатов Областной думы, общественных организаций. У нас на общую цель работают и центры здоровья, и спортивные комплексы, причём в режиме, удобном для населения. Концепция программы «Управление здоровьем» заключается

за результаты: на предприятии или организации – руководитель, в муниципальном образовании – глава администрации, в сельском поселении – глава сельского поселения. Особенность проекта в том, что он требует от каждого жителя Белгородчины личного вклада в сохранение и укрепление своего здоровья. Чтобы «достучаться» до каждого, используются все возможности, в том числе медиа-ресурсы.

В результате повседневной разъяснительной работы меняется менталитет, отношение жителей к работе, проводимой медицинскими работниками, и к своему здоровью. Если раньше, как говорится, «калитки были закрыты», сегодня люди ждут медицинского работника и адекватно с ним общаются, понимая, что это нужно, прежде всего, им.

– **Что, на ваш взгляд, может дать системе ОМС нововведение прошлого года – институт страховых поверенных?**

– Работа страховых представителей должна в полной мере реализовать потенциал страховых компаний по защите прав застрахованного лица. Если раньше гражданин имел дело с организацией (СМО), в которую он обращался в случае возникновения проблем с получением медицинской помощи, то сегодня эта организация для него представлена как бы «персональным менеджером», с которым можно вести диалог, поддерживать обратную связь. Сегодня каждый житель нашей области должен знать своего участкового врача, который наблюдает его в постоянном режиме и которого пациент может при желании поменять. Застрахованный также должен знать своего страхового представителя в лицо, может встретиться с ним лично или познакомиться через сайт страховой компании. Одной из функций страхового представителя является информирование застрахованного о порядке получения медицинской помощи,

поверенного, если что-то его не устраивает?

– Пациент имеет право на выбор врача, поскольку именно врач оказывает ему медицинскую помощь. Страховая медицинская организация (СМО) закрепляет страховых представителей за медицинскими организациями по территориальному принципу. Если пациент хочет поменять, например, поликлинику или больницу в другом районе, меняется и его страховой представитель.

– **Как происходит персонифицированное сопровождение застрахованного?**

– Рассмотрим на примере персонального сопровождения застрахованных лиц при прохождении ими профилактических мероприятий. Данный порядок начал применяться с 1 января 2017 г. СМО и МО разрабатывают квартальные планы информирования лиц, подлежащих прохождению первого этапа профилактических мероприятий. В соответствии с планом страховые представители 2-го уровня СМО содействуют привлечению граждан к прохождению диспансеризации, в том числе организуют их индивидуальное информирование посредством телефонных звонков, рассылки почтовых и СМС-сообщений. По итогам квартала ведётся учёт лиц, включённых в списки, но не обратившихся в МО. Страховой представитель 1-го уровня СМО по этим лицам осуществляет телефонный опрос с целью установления причин, по которым гражданин не обратился в МО. С учётом полученной информации Департаментом здравоохранения и социальной защиты населения области будут приниматься управленческие решения по корректировке схемы и способов проведения профилактических мероприятий – изменению графика работы МО, формированию мобильных медицинских бригад и др. Цель всей работы – максимально полное участие всех лиц, подлежащих прохождению диспансеризации и профилактических осмотров, учёт результатов (групп здоровья и установленных диагнозов), организация последующих диспансерного наблюдения и лечения, формирование приверженности здоровому образу жизни и лечению.

– **Что показывают социологические опросы: довольны ли жители области уровнем оказываемой им медицинской помощи?**

– В 2016 г. территориальным фондом ОМС в соответствии с приказом Федерального фонда ОМС № 103 от 11.06.2015 «Об утверждении методических указаний по проведению социологических опросов застрахованных лиц в сфере ОМС» проводились ежеквартальные опросы пациентов Белгородской области. Анкетированием было охвачено 1196 пациентов, из которых 794 составили женщины. Организацию медицинской помощи положительно оценили 90% пациентов. В 2015 г. эта цифра составляла 82%.

Начало

В Клиническом медико-хирургическом центре (КМХЦ) начал работу единственный в Омской области центр профилактики повторных переломов. Сюда приходят те, в чьих амбулаторных картах значится диагноз «остеопороз».

Для специального анкетирования пациентов. Этот опросник включает в себя не только привычные данные о возрасте, поле, росте и весе, но и сведения о ранее перенесённых им переломах и переломах у родителей, о наличии в анамнезе ревматоидного артрита

индивидуально, даёт советы по дальнейшему дообследованию и, если есть необходимость, назначает медикаментозное лечение. Также инструктор-методист ЛФК рассказывает, какие упражнения нужно выполнять для профилактики повторных переломов, как

Переломы уже не страшны

В этом убеждаются жители Прииртышья

Как известно, остеопороз – хроническое прогрессирующее системное заболевание, поражающее скелет человека и нарушающее структуру костной ткани, представляет масштабную проблему, поскольку оно чревато высоким риском смерти и инвалидизации. Стоит отметить, что по результатам оценки состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии, проведённой в 2010 г. под эгидой Международного фонда остеопороза, в России этим заболеванием страдают 14 млн человек (10% населения), ещё 20 млн наших сограждан имеют остеопению.

Главная опасность этого заболевания заключается в том, что человек может получить перелом, даже если не совершает каких-то активных действий, например, садясь на стул, повернувшись, взмахнув рукой. Как правило, риск остеопороза повышается с возрастом. Так, практически у каждой третьей женщины в период менопаузы наблюдается остеопороз, а в возрасте 75-80 лет остеопороз встречается у каждого второго (по некоторым данным, у 60-70% людей этого возраста).

И медики бьют тревогу: количество поражённых этим недугом людей увеличивается с каждым годом, поэтому главная задача травматологов – вовремя распознать симптомы заболевания, проинформировать пациента и назначить соответствующее лечение. С этой целью на базе КМХЦ и было создано подразделение по профилактике повторных переломов. Чтобы выявить тех, кто подвержен остеопорозу, специалисты прово-



Наталья Ибрагимова консультирует очередного пациента

и т.д. Поскольку, как показывает практика, уже перенесённый остеопоротический перелом как минимум в 2 раза повышает риск последующего. Перелом позвонка в 4 раза увеличивает риск повторных переломов позвонков и в 2 раза – переломов шейки бедренной кости. В конце анкетирования требуется лишь ввести данные денситометрии, которая укажет значение плотности костной ткани.

– В нашем центре мы не просто проводим анкетирование, но и даём рекомендации по питанию и образу жизни для пациентов, – рассказывает главная медицинская сестра КМХЦ Наталья Ибрагимова. – Терапевт беседует с каждым пациентом

подобрать нескользящую обувь и как «правильно» падать, если всё-таки поскользнулся...

После выписки из стационара пациентам на руки выдаются результаты анкетирования, рекомендации врача, и они автоматически попадают в реестр пациентов с остеопорозом. Ежеквартально медицинские сёстры центра будут общаться с ними и уточнять их состояние, интересоваться, принимают ли они медикаментозное лечение и прошли ли рекомендуемые дообследования.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Акценты

Уповая на терпение

Выписка наркотических препаратов остаётся сложной

Большинство российских врачей испытывают страх при выписке наркотических анальгетиков, в том числе больше трети из них боятся уголовной ответственности. Об этом свидетельствуют данные опроса, проведённого Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи.

Опрос проводился в феврале нынешнего года в рамках подготовки к заседанию Совета при Правительстве РФ по вопросам попечительства в социальной сфере. В нём приняли участие 118 врачей из 37 регионов.

«Уголовного преследования за ошибки в работе с наркотическими средствами и психотропными веществами опасаются 37,8% врачей. Не всегда уверены в том, что назначение наркотических анальгетиков оправданно и соответствует выраженности болевого синдрома у пациента 26,7%. Опасаются наступления необратимых последствий после назначения наркотических анальгетиков 8,9% врачей. 15,6% не уверены в собственных знаниях о лечении болевого синдрома», – говорится в отчёте, составленном по результатам опроса.

По мнению респондентов, процедура выписки наркотических препаратов является довольно сложной. Для большинства из них (39,2%) наиболее сложным является сбор подписей и печатей на рецепте, для 26,6% – грамотная и безошибочная выписка рецепта, 30,4% считают формат рецептурного бланка неудобным, а 26,6% опрошенных отметили сложности с получением этих бланков. При этом 74% врачей, что характерно, считают, что излишняя бумажная работа является серьёзной преградой на пути к обеспечению пациентов качественным обезболиванием.

«Кроме того, основными барьерами на пути обеспечения качественного обезболивания врачи называют сложное действующее законодательство (82,7%), плохую информированность врачей об изменениях в законодательстве (73,4%), страх уголовного (70%) и административного (62%) преследования», – говорится в отчёте.

Серьёзной преградой, по мнению 73,4% опрошенных, является и «отсутствие культуры обезболивания в обществе в целом». Так, 60% врачей сталкивались с тем, что пациенты отказываются от назначения наркотических анальгетиков.

«Опрос пациентов и их близких показал, что опрошенные готовы терпеть сильную боль, но не принимать наркотические анальгетики, опасаясь развития психических нарушений (19,1%), формирования привыкания и зависимости (13,5%), скорой смерти (8%) и не желая причинять неудобство родственникам (12,3%)», – следует из отчёта.

Чтобы улучшить эту ситуацию, считают врачи, необходимо оперативно создать чёткий алгоритм маршрутизации пациента, который помог бы ему сориентироваться, куда и к кому обращаться при возникновении болевого синдрома на том или ином этапе оказания медицинской помощи, а также определить максимальные сроки для оказания помощи (так считают 96,5% респондентов).

Наряду с этим необходимо создать единую информационную систему, которая позволила бы отслеживать историю болезни пациента, «передавать» его из одного учреждения в другое, а также обмениваться данными с аптеками (этот вариант отметили 94,1% опрошенных).

Примечательно, что в начале марта нынешнего года заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец поручила Минздраву России создать государственный регистр пациентов, нуждающихся в обезболивании и паллиативной медицинской помощи. Регистр должен заработать с 1 января будущего года. А месяцем ранее всё та же О.Голодец поручила федеральному Минздраву установить контроль за назначением онкологических и обезболивающих препаратов в регионах. Всего в минувшем году было зарегистрировано более 1,5 тыс. случаев отказа в выписке обезболивающих препаратов и других групп лекарств для терапии онкологических заболеваний.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Сити!

Пресс-конференции

Проблемы онкологических заболеваний волнуют миллионы людей как в России, так и во всём мире. Недавно в Москве состоялась пресс-конференция с ведущими онкологами нашей страны на тему «Как победить рак?», посвящённая успехам и проблемам в борьбе с тяжёлыми заболеваниями.

Ежегодно в России от онкологических заболеваний умирают около 500 тыс. человек. Заместитель директора по научной и лечебной работе Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина Минздрава России, директор НИИ детской онкологии и гематологии РОНЦ академик РАН Мамед Алиев отметил, что за последние годы ситуация в онкологии резко изменилась в сторону улучшения и превращения онкологических патологий в хронические. Если рассматривать такие основные причины смертности среди населения, как инсульт, инфаркт, травмы, то IV стадия заболевания кардиологического пациента по выживаемости не отличается от IV стадии онкологического больного.

Сегодня, по данным международного сообщества, во «взрослой» онкологии выживает 72-75% пациентов, при том что 10-20 лет назад эта цифра приближалась к 50%. В «детской» онкологии ситуация ещё более радужная – выживают более 80% больных детей.

Повод для гордости

Онкологические клиники России не уступают лучшим зарубежным

Достижения в онкологии весьма заметные, если брать для сравнения клиники передовых стран. Наши больницы в федеральных центрах им ни в чём не уступают. Но, к сожалению, сама онкологическая служба в нашей стране по объективным причинам пока не сформировалась. Реформа в здравоохранении России продолжается и сегодня, настало время создания национальной программы, без которой изменение ситуации в отечественном здравоохранении невозможно. Так, в конце прошлого года РОНЦ им. Н.Н.Блохина получил статус национального. Таких центров должно быть как минимум 4 – раковый, кардиологический, неврологический и травматологический. В июле планируется съезд онкологов России, на котором эта национальная программа будет представлена. В дальнейшем её планируется утвердить в Минздраве России.

«Наш центр входит в десятку лучших центров Министерства здравоохранения РФ, – заметил генеральный директор Национального медицинского исследовательского радиологического центра,

директор Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена, академик Андрей Каприн. – Мы занимаемся не только импортозамещением, но и импортоопережением в плане создания радионуклидов. Эти разработки необходимы не только в онкологическом, но и в кардиологическом направлении. Уже заработал единственный в стране протонный ускоритель, созданный нашими учёными, через который уже прошли первые онкологические пациенты. Всё это поддержит больных при существующем дефиците лекарственной терапии. Это и радиочастотные, и радионуклидные, и радиолучевые технологии, в направлении которых будут продолжаться научные разработки».

Бывший главный врач Московской городской больницы № 62 заслуженный врач РФ Анатолий Махсон напомнил, что основная задача врача – использовать в лечении больных всё, что в медицинском плане разработано и опробовано на пациентах с IV стадией онкологического заболевания. В прошлом году через стационар больницы

прошли порядка 16 тыс. пациентов, плюс 10 тыс. больных – через дневные стационары. По сравнению с семидесятыми годами прошлого века больница оснащена всем необходимым оборудованием на мировом уровне. Это компьютерные и магнитно-резонансные томографы, современные лаборатории, что даже позволяет превосходить качество лечения многих европейских клиник.

Однако до сих пор в отрасли остаётся острой проблема с кадрами. Зачастую на периферии пациента из онкологического центра выписывают под «наблюдение районного онколога». Но в этом районе онколога отродясь не было. И что делать? Ехать в столицу долечиваться? Но не у всех есть такая возможность. А учреждений с профессиональной диагностикой в стране на самом деле не так уж и много. Проблема в децентрализации онкологической службы в России, когда в регионах в одной и той же медицинской области происходит разное финансирование. Иногда получается, что невролог руководит онкологической службой. Должно быть выстроено вер-

тикальное руководство Минздрава России над всеми регионами, как было прежде. При такой модели, по мнению М.Алиева, онкологическая служба будет работать более эффективно. К тому же зачастую специалист, который требуется в регионах, не получает по месту работы жилья и других необходимых бытовых условий для своей семьи.

По предварительным прогнозам, заболеваемость раком в стране к 2030 г. вырастет на 18%. Но этой цифре бояться не стоит – она связана с демографическими изменениями, старением населения, улучшением выявления больных. Так, в нашей стране выявляется 15 детей с онкологическими заболеваниями на 100 тыс. населения, в Европе и Японии – 18-20. Но это говорит только о том, что среди европейцев и японцев первые стадии рака выявляются лучше, чем у нас. А основной задачей эксперты считают не только увеличение количества выявленных и выздоровевших пациентов, но и комфортное продление жизни больных с III и IV стадиями рака. Также ведущие онкологи отметили, что в России по-прежнему остро стоит проблема ранней диагностики и помощи онкологическим больным в регионах.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.
МИА Сити!

Москва.

Чтобы хорошо лечить, надо постоянно пополнять свои знания – эта истина особенно хорошо известна опытным, высококвалифицированным врачам, к которым стремится попасть любой пациент. Не потому ли на III Московской научно-практической конференции по геронтологии и гериатрии, собравшей недавно в столице многочисленную аудиторию из разных регионов страны и зарубежья, не было таких выступающих, которые бы не затронули самый актуальный сегодня вопрос – о подготовке специалистов, занимающихся здоровьем старшего поколения. Эта проблема волнует как руководящие органы здравоохранения, так и докторов первичного звена. Своё видение данной проблемы наиболее интересно осветила на конференции профессор кафедры семейной медицины доктор медицинских наук Северо-Западного государственного медицинского университета Минздрава России Елена ФРОЛОВА. Сегодня она беседует с нашим корреспондентом.

Приказано – ну и что?

– Елена Владимировна, в своём выступлении на конференции вы особо подчеркнули необходимость в ближайшее время подготовить в стране большое количество гериатров. Задача сложная, трудновыполнимая, учитывая, что преподавателей этой специальности в стране не так уж и много. Каково ваше видение решения этой проблемы?

– Почему мы сегодня так много говорим об обучении и обсуждаем эту проблему? Прежде всего потому, что нам действительно необходимо подготовить немало врачей, занимающихся здоровьем старшего поколения... Ведь для этого нельзя никак упростить обучение, надо, чтобы оно было эффективным. Но что означает эффективное обучение? В первую очередь то, что человек сам понимает свои образовательные потребности. Чтобы обучить тысячу гериатров или 10-15 тыс. врачей общей практики по гериатрии, нам надо понять, хотят ли они этого и что именно им необходимо знать, поскольку ранее мы этому не обучали, а значит неизвестно, будет ли в таком случае прок, польза от такого обучения на практике. Врачу предстоит овладеть новыми методиками, знаниями, что, конечно же, непросто.

Но прежде надо сказать о мотивации. При любом обучении должна присутствовать внутренняя потребность, связанная с необходимостью роста. Но пока не будут удовлетворены базисные нужды человека – наличие жилища, оплата его труда, – до тех пор у него не будет мотивации к саморазвитию, а значит, к самообучению. В связи с этим очень остро встаёт вопрос финансирования. Мы не знаем, захотят ли обучаться те врачи, которых мы решили сделать гериатрами, потому что если они при переходе что-то теряют, то обучаться они не захотят... Правда, руководители регионов могут принять волевое решение и всё же отправить врачей обучаться, тогда у нас будут формальные слушатели, но не мотивированные к повышению образования специалисты.

Прежде всего – человек

– Когда я вижу больного, немощного, старого человека, даже понимаю, почему врач говорит о пациенте более чем спокойно, даже равнодушно, как бы давая понять, что он у постели пациента только по долгу службы...

– Это ещё один больной вопрос. Я долго не могла понять, почему врачи не хотят идти в гериатрию. Молодые – это понятно, они далеки от представления о «старости», им это неинтересно, увы, таков закон жизни. Но вот сейчас, когда мы стали обучать врачей Ленинградской области гериатрии, как-то после окончания курса доктора нам приглянулись, что всё им понравилось, что занятия, лекции

Конечно, радости от работы, когда человек постоянно лежит, не двигается, у врача мало, но, когда у него появляется мотивация, налицо и результат.

Что касается программ обучения – нам пора перейти от овладения болезнями к овладению гериатрией, потому что до сих пор наши программы носят ориентированный на болезнь характер. И раз уж мы этим занимаемся, надо разрабатывать такие стандарты, которые будут

Какие бывают варианты у смешанного обучения? Во-первых, общение «лицом к лицу», когда материал преподносится преподавателем, а электронные ресурсы используются только для закрепления знаний. Во-вторых, когда ведущая роль отдаётся дистанционному онлайн-обучению, и только контрольные вопросы консультирует преподаватель. Гибкая модель позволяет часть программы преподнести как онлайн, а педагог выступает

правильного питания и др. Безусловно, обучение велось интенсивно. По результатам обратной связи (а вопросы мы задавали не на уровне «понравилось – не понравилось», а оценивали, насколько уверенно человек себя чувствует). Было усвоено 83% материала, это очень хороший результат, но среди наиболее интересных тем слушатели отметили разбор клинических случаев и домашние задания, видеоролики.

Наши интервью

Проникать в мир пожилых

Кто и как научит этому гериатров?



были очень интересными, но зачем, спрашивали они, нам это надо? Сначала я их не поняла, а потом сообразила – ведь они все работают в психоневрологических интернатах, к ним поступают пациенты, которые практически в государственных учреждениях никакой динамики состояния не демонстрируют – поступает человек с когнитивными нарушениями и там просто лежит, лечить его как бы и незачем. Вот и в данном случае слушатели спрашивали меня, зачем нам эти «шкалы», «диаграммы», которые вы нам даёте, что мы с ними будем делать, отдайте это врачам амбулаторной помощи. Конечно, и им мы это тоже отдадим и научим их работать, но почему доктора, работающие в учреждениях долговременного наблюдения, этого не понимают? А потому, что у нас в прошлой, той прежней нашей гериатрии, о которой хотелось бы забыть, лежат в стационарах, медицинских учреждениях старые больные люди без минимального внимания к человеку. Это прискорбный факт, и хочется, чтобы мы начали работать в другой гериатрии, в которой мы можем видеть динамику лечения больного.

Не так давно я посетила одного своего пациента, который ещё две недели назад лежал с открытым ртом, весь в пролежнях, с закрытыми глазами, ничего не понимая. А сейчас, когда я к нему подошла, он уже говорил, мог делать 15-20 шагов. Вот и получается, что доктор, которая его вела, видит результат своего труда, значит вложенные силы не прошли даром. Врач несомненно должен получать удовлетворение от своей работы, и подобные ситуации – тому подтверждение.

учить врача совершенно иным ориентирам – не на болезнь, а на проблемы пожилого возраста. В программе обучения должны быть записаны, например, проблемы боли, профилактики и другие, более зримые, эффективные.

Наши проекты

– Какие методы сегодня можно применять, предложить их для обучения?

– Вот, например, дистанционное обучение, вызванное развитием электронных технологий. Все успокоились, что, мол, вот больше ничего и не надо, все будут сидеть перед компьютерами, изучать предмет и «всё прекрасно». Но это оказалось вовсе не так, для обучающихся всё равно нужно живое общение с профессором, преподавателем, им нужно обсуждать сложные вопросы, необходимы понимание, взаимодействие с товарищами в группе, навыки общения, такой важный фактор, как социализация – всё это пока никто не отменял.

Очень бурно сегодня развивается концепция смешанного обучения. Это комбинация традиционного и электронного методов. Очное и электронное методы обучения развивают знания, но электронное – ускоряет процесс получения знаний. Теоретики и практики педагогики считают, что это будущее любого образования. Уже издано американское руководство, и с 2009 г. более 45 тыс. американских школьников и студентов колледжей работают, обучаются по этим новым технологиям. Это будет основным видом получения знаний везде.

в качестве координатора и отслеживает только самые сложные вопросы, обсуждает их в группе на занятиях вместе со всеми или индивидуально. Смешанное обучение имеет огромное преимущество. Во-первых, это гибкость образовательного процесса, когда понятно, что можно приспособить любые темы под такую смешанную программу. Во-вторых, это открытость обучения, поскольку, когда вы сдаёте компьютерный тест, компьютер обмануть невозможно. При открытом обучении большинство учеников видят, что оно приводит к получению знаний, что они могут сравнить себя с другими, всё это повышает у студентов мотивацию к их освоению.

Опыт смешанного обучения у нас уже есть. Это наш проект «Ежегодная весенняя школа практической гериатрии». Первая часть его называлась «Мир пожилых», она посвящена комплексной гериатрической оценке пациента. Этот курс работает уже второй год, на нём обучились 110 человек, по анкетам «обратной связи» все обучающиеся высказывают только положительные оценки, и что интересно для меня как педагога что из всех модулей, а у нас их представлено 7, самые большие проблемы в овладении материалом возникают при изучении таких тем, как оценка неврологического статуса и психоэмоциональные проблемы. Оценка эмоциональных проблем представляет наибольшую сложность для наших учеников.

Наша школа разделена на три стадии: первой – был курс, по итогам которого были отобраны 20 человек с лучшими оценками, во время обучения каждый участник изучил 7 модулей, прослушал 7 лекций, просмотрел все видео-консультации пожилого человека, 9 видеофильмов, сдал тесты и выполнил 9 письменных заданий. Большинство в итоге отмечают, что эффективность такого обучения по прослушанным лекциям в том, что ты можешь к ним вернуться несколько раз, выбрать те моменты, которые тебе интересны, пройти повторно тест, если ты его не запомнил, и многое другое. Критериями отбора были тесты, которые фиксировал компьютер, и ответы на вопросы, которые предлагались. Надо сказать, что кто-то проходил курс интенсивно – всего за несколько дней они продолжали обучение дальше.

Затем мы провели Международный семинар по важным проблемам гериатрии. Всего в семинаре участвовали 32 человека, темы, которые мы обсуждали, были очень разнообразны – старение, эпидемия седых волос, изменения походки, вопросы

Мотивация – главное

– На любой гериатрической конференции встаёт вопрос об особенностях лечения больных старшего поколения.

– Действительно, как осматривать пожилого человека? Как установить с ним контакт? Оказалось, что многие наши слушатели не умеют это делать. Откуда идёт эта сложность? Несомненно, от базисного образования. Такой подготовке наших докторов пока уделяется мало внимания, кроме того, у них возникают трудности при определении психоэмоционального статуса больного. Наши доктора привыкли всё лечить таблетками, а их без побочных эффектов не бывает. Врачи остались как бы без инструмента, но есть ещё навыки консультирования, общения, которые помогают разобраться в психоэмоциональном состоянии пожилого больного. Мы не привыкли использовать немедикаментозные средства, изучать их, у нас принято правило: не назначил таблетку – значит плохо пролечил.

В проекте Школы практической гериатрии мы использовали ещё и такой этап обучения, когда каждому участнику было сделано своё портфолио, аккаунт на сайте школы. Те, кто больше всего провёл обучающих семинаров, адресованных коллегам, проявил себя как успешного преподавателя, стал «форпостом» новой гериатрии, получили право участвовать в следующем семинаре 2017 г.

Меня волнует проблема «угасания мотивации» после обучения. Доктора разъезжаются по своим регионам, городам, а там у них помимо работы есть дом, семья, дети, и понятно, что всё «доброе, высокое», усвоенное во время обучения, забывается, оттесняется на задний план повседневными проблемами, высокой рабочей нагрузкой. Как поддерживать эту мотивацию – здесь, прямо скажу, нужны поиски. Ежегодная школа практической гериатрии – нужное, полезное мероприятие, смешанное обучение позволяет преодолеть такие проблемы, как недоступность образования, привлечение лидеров отрасли к дистанционному общению. У врачей первичного звена, наших гериатров есть огромная потребность в знаниях, в профессиональном общении, которого им очень недостаёт. Наша задача – помочь им обрести полезный опыт, стать образованными докторами, дать возможность работать на новом, современном уровне, который соответствует запросам XXI века.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 18 (2048)

(Окончание. Начало в № 17 от 15.03.2017.)

Клиника

Симптомы рака предстательной железы можно разделить на три группы:

1. Функциональные расстройства оттока мочи – проявляются в результате механической компрессии мочеиспускательного канала растущей внутри железы опухолью. К этой группе симптомов относятся частые болезненные позывы, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, трудности в начале мочеиспускания, а также недержание мочи.

2. Симптомы, обусловленные инвазивным прорастанием опухоли за пределы капсулы предстательной железы. Пациент жалуется на боли в области промежности и лобка, над лобковой костью. Позже добавляется гематурия, примесь крови в эякуляте. Возможна эректильная дисфункция.

3. Признаки метастазирования – появление болей в костях (чаще в пояснице), значительная потеря веса (вплоть до кахексии), анемия, отёчность нижних конечностей. Компрессия спинного мозга может проявляться парезами нижних конечностей, в более тяжёлых случаях возможно и формирование плегий. Появление симптомов этой группы является маркёром плохого прогноза.

Диагностика рака предстательной железы

Необходимые исследования для ранней диагностики РПЖ:

1. Тест на ПСА крови (скорость прироста, свободный ПСА и плотность ПСА). ПСА продуцируется секреторным эпителием предстательной железы и является протеолитическим ферментом, участвующим в поддержании оптимальных реологических параметров семенной жидкости. В физиологических условиях концентрация ПСА в сыворотке крови не превышает 2,5-4 нг/мл. При раке простаты, доброкачественной гиперплазии, простатите и других патологических состояниях, сопровождающихся нарушением барьерной функции базального слоя клеток и базальной мембраны простатических желёз, уровень ПСА сыворотки крови существенно повышается. Таким образом, тест на ПСА является важнейшим компонентом диагностики РПЖ, однако не может рассматриваться как специфический маркёр злокачественной опухоли.

2. Пальцевое ректальное исследование (ПРИ) в типичных случаях выявляет увеличение, уплотнение и асимметрию долей предстательной железы; поверхность простаты становится неровной, «бугристой». Несмотря на низкую чувствительность (≤ 30%) и специфичность (20-40%), этот метод позволяет определить мужчин, находящихся в группе риска РПЖ. Любое пальпируемое узловое образование в предстательной железе является показанием для выполнения трансректальной биопсии под контролем ТРУЗИ.

Определение ПСА и пальцевое исследование эффективны для обнаружения ранних стадий РПЖ. Раннее обнаружение и лечение РПЖ улучшает исходы и позволяет снизить связанную с ним смертность.

Другие методы (ТРУЗИ, трансректальная пункционная биопсия предстательной железы) могут быть использованы при обследовании пациентов, у которых имеются признаки, подозрительные на рак.

3. ТРУЗИ предстательной железы. При ТРУЗИ опухоль представлена гипоэхогенными участками в структуре железы.

4. Биопсия предстательной железы по показаниям и под визуальным контролем за выполнением пункционной биопсии, обеспечивающим получение проб ткани предстательной железы прицельно из предполагаемых опухолевых очагов.

Дополнительные методы обследования на выявление больных РПЖ направлены на выявление отдалённых метастазов и поражения других органов:

- УЗИ органов брюшной полости.
- Экскреторная урография.
- Рентгенография грудной клетки, костей таза и поясничного отдела позвоночника.
- МРТ костей таза по показаниям.
- Остеосцинтиграфия.

Основные методы лечения

Для выбора объёма терапии необходимо определить стадию заболевания. Стади-

рование производится на основании TNM классификации (7-е издание, 2010).

Основными методами лечения РПЖ в настоящее время являются:

- Радикальная простатэктомия. Показанием для этого являются:
 - локализованные формы рака (T1-T2c),
 - ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет,
 - отсутствие противопоказаний к анестезии.

Хирургическое лечение показано больным РПЖ низкого или промежуточного риска (клиническая стадия T1a – T2c, дифференцировка опухоли по шкале Глисона ≤ 7, уровень ПСА ≤ 20 нг/мл) и ожидаемой продолжительности жизни > 10 лет (**уровень достоверности 1b**).

2. Гормонотерапия – один из основных методов лечения пациентов с распространёнными формами рака простаты (Бикалутамид

150 мг/сутки или флутамид 750 мг/сутки). Также проводится андрогенная блокада путём двусторонней кастрации или максимальной андрогенная блокада (сочетание кастрации и антиандрогенов). Краткосрочная (3 месяца) или длительная (9 месяцев) неоадьювантная гормональная терапия перед радикальной простатэктомией не рекомендована у больных локализованным РПЖ стадии T1-T2 (**уровень достоверности 1a**). Немедленная адьювантная гормональная терапия после радикальной простатэктомии показана больным с наличием метастатического поражения лимфатических узлов (**уровень достоверности 1b**).

3. Дистанционная лучевая терапия.

4. Химиотерапия при гормонорефрактерном РПЖ (таксаны).

5. Лучевая терапия при локализованном и местнораспространённом РПЖ, а также при метастазировании (при костных метастазах, компрессиях спинного мозга, метастазах в головной мозг) с анальгезирующей целью или бисфосфонотерапия (золедроновая кислота и аналоги).

Альтернативные современные малоинвазивные методы лечения локализованного

рака простаты – брахитерапия или внутритканевая лучевая терапия – являются вариантами лечения, при которых производят внедрение радиоактивных источников в предстательную железу (йод-125 или палладий-103), HIFU-терапия – высокочастотный фокусированный ультразвук.

Наблюдение. За пациентами пожилого возраста при наличии у них сопутствующей тяжёлой соматической патологии и отсутствии дизурических явлений возможно активное динамическое наблюдение. Это связано с тем, что осложнения от проведённого лечения могут значительно ухудшить качество жизни пациента, чем его непроведение.

Наблюдение за пациентом РПЖ после радикального лечения осуществляется онкологом совместно с врачом общей практики. Рекомендации по наблюдению представлены в таблице.

Прогноз

Для оценки прогноза учитываются следующие параметры:

- активность лактатдегидрогеназы более чем в 1,5 раза превышает верхнюю границу нормы;
- уровень гемоглобина меньше нижней границы нормы;

- скорректированный уровень кальция в сыворотке превышает 10 мг% (2,5 ммоль/л);
- интервал между постановкой диагноза и началом системного лечения менее года;
- функциональная активность по шкале Карновского 70% и менее;
- метастазы в 2 органах и более.

Наличие у пациента трёх и более из этих признаков – маркёр неблагоприятного прогноза и низкой продолжительной жизни.

Профилактика

Эффективная профилактика РПЖ на сегодняшний день не разработана. Употребление в пищу продуктов, богатых фитостеролами (многие растительные продукты, особенно соя), понижают содержание мужских половых гормонов и тем самым могут снижать риск возникновения РПЖ. Ограничение употребления большого количества животных жиров, снижение калорийности питания также могут рассматриваться как средства профилактики. Борьба с табакокурением рассматривается как важный фактор снижения риска возникновения данного заболевания. Занятия физической культурой и

ведение активного образа жизни позволяют существенно снизить риск возникновения РПЖ и его осложнений. Борьба с ожирением рассматривается как отдельный фактор снижения риска возникновения заболевания.

Следует ежегодно проходить медицинский осмотр у врача на предмет состояния предстательной железы.

Мужчины в возрасте старше 50 лет должны ежегодно проходить пальцевое ректальное исследование и анализ крови на ПСА.

Мужчины в группе высокого риска, например те, в семье у которых были родственники с раком простаты, должны проходить такие ежегодные осмотры после 40 лет.

Деонтология и онкологическая настороженность в работе врача общей практики

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

Больные с подозрением на рак. В большинстве случаев предположение о раке и необходимость обследования в онкологическом диспансере возникает, если у больного в течение некоторого времени наблюдаются симптомы, вызывающие тревогу. Этим больным следует ориентировать на необходимость консультации онколога с целью исключения злокачественного ново-

образования. Если подозрение на рак возникает случайно (при обследовании пациента, не предъявлявшего серьёзных жалоб или при проведении профилактического осмотра), то для таких людей направление к онкологу является неожиданным. Им следует объяснить, что выявленные изменения могут оказаться предопухолевыми и нужно проконсультироваться с онкологом.

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

Психологическая подготовка пациента к предстоящему лечению

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

Причины отказа от лечения могут быть следующие:

– необоснованное, но очень стойкое представление о возможности излечиться травмами или другими (нередко ядовитыми) средствами. Сложность для врача состоит в том, что больной нередко ориентирован на наличие у него доброкачественного процесса, при котором те или иные народные средства могут быть использованы. В таких случаях внимание больного следует заострить на возможности возникновения

Рекомендации	Уровень достоверности
У больных с отсутствием симптомов рекомендуется регулярный контроль уровня ПСА с проведением ПРИ. Данные процедуры следует проводить каждые 3 месяца в течение 2 лет после терапии, затем 1 раз в 6 месяцев до 5 лет после лечения, затем ежегодно	2a
После проведения хирургического лечения (РПЭ) уровень ПСА > 0,2 нг/мл может быть ассоциирован с риском рецидива или прогрессирования заболевания	2a
После проведения лучевого лечения (брахитерапии или ДЛТ) повышение уровня ПСА > 2 нг/мл выше уровня, достигнутого в процессе проведения терапии (надир ПСА + 2 нг/мл) может быть ассоциировано с риском рецидива или прогрессирования заболевания	2a
Признаками рецидива заболевания могут быть как самостоятельное повышение уровня ПСА, так и только изменения по данным ПРИ (пальпируемое узловое образование)	2a
Проведение ТРУЗИ с прицельной биопсией определяемого образования или зоны анастомоза после проведения хирургического лечения целесообразно только в случае планирования последующего проведения местной терапии (спасительной лучевой терапии, HIFU, криоабляции и пр.). В случае планирования ГТ проведение гистологической верификации рецидива нецелесообразно	2a
При наличии подозреваемой генерализации заболевания рекомендуется проведение сканирования костей, рентгенографии лёгких, УЗИ или КТ органов брюшной полости и МРТ малого таза	3
В случае отсутствия признаков биохимического прогрессирования и клинических симптомов заболевания рутинное проведение сканирования костей нецелесообразно. В случае наличия костных болей, сканирование костей должно быть выполнено даже при нормальном уровне ПСА	2

у него опасных осложнений или развития злокачественной опухоли при задержке с лечением;

– реакция отрицания, при которой больной в связи с хорошим самочувствием не верит в необходимость лечения. Таким больным необходимо разъяснить серьёзность положения, указать на то, что заболевание будет прогрессировать и что риск при операции меньше, чем опасность самой болезни. Если врач вынужден сказать больному об опухоли, то желательно говорить это не в виде достоверности, а только как серьёзное предположение. Если больного всё-таки не

удаётся побудить к лечению, то врач может оказаться вынужденным сказать правду. В этой ситуации нужно привести доказательства, что опухоль вполне поддаётся лечению;

– больного пугает неполноценное существование после операции. Такие переживания вполне обоснованы, но поскольку иной возможности излечения нет, то врач обязан убедить больного в необходимости оперативного вмешательства;

– неверие больного в возможность излечения. Обычно это аргументируется на случайных собственных наблюдениях или на негативной информации, полученной от

людей, мало сведущих в онкологии. Эти больные находятся в подавленном состоянии. В таких случаях врач должен убедить больного, что окончательный диагноз станет ясен только после микроскопического исследования препарата и, если будет обнаружен рак, то опухоль может быть излечена. В то же время отказ от лечения и потеря времени приведут к распространению опухоли, и прогноз может быть неблагоприятным;

– боязнь за исход операции может быть обусловлена сопутствующими или перенесёнными заболеваниями сердца или других органов. В таких случаях нужно, не затягивая

времени, провести обследование и начать в амбулаторных условиях коррекцию имеющихся нарушений, если это возможно. Больному нужно разъяснить, что в стационаре перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства.

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

Оказание скорой медицинской помощи при лихорадке у детей. Клинические рекомендации

Лихорадка (febris, pyrexia) является неспецифической защитной приспособительной реакцией человека, выработанной в процессе эволюции, представляющей собой ответ организма на болезнь или иное повреждение, которая характеризуется повышением температуры организма.

Наиболее распространённым поводом для вызова педиатра – 8 из 10 – является лихорадка, а врача скорой и неотложной медицинской помощи составляет до 30%.

Код по МКБ-10	Нозологические единицы
R50.9	Лихорадка неуточнённая

Способы измерения температуры тела у детей: измерение температуры тела в аксиллярной зоне, ректальный способ, погружение в область паховых складок ребёнка.

Этиология и патогенез

Лихорадка может быть обусловлена инфекционным либо неинфекционным процессом (кровоизлияние, опухоль, травма, отёк мозга и т.д.)

В отличие от перегревания (гипертермии), когда организм не может сохранить температуру тела в пределах нормы, при лихорадке – все возможные механизмы терморегуляции направлены на усиленный нагрев тела за счёт возрастания теплопродукции и ограничения теплоотдачи. Колебания температуры тела во время инфекционного заболевания зависят от степени прогрессирования или затихания инфекционного процесса, то есть от взаимодействия микро- и макроорганизмов.

В большинстве случаев возникновения лихорадки первичным является попадание в организм инфекционных и некоторых неинфекционных патологических агентов, а также образование в самом организме субстанций, которые его иммунная система воспринимает как «чужеродные» – активирующие фагоцитарную систему организма (выделение биологически активных веществ, эндогенных пирогенов). Проникшие в головной мозг пирогены способствуют освобождению арахидоновой кислоты, значительное количество которой метаболизируется в простагландины группы Е (ПГЕ), повышающие температуру в термоустановочном центре (область гипоталамуса), что, соответственно, определяет клинику лихорадки.

Классификации

- В зависимости от степени повышения температуры выделяют варианты лихорадок:
 - субфебрильная – не выше 37,9°C,
 - умеренная – 38-39°C,
 - высокая – 39,1-41°C,
 - гипертермическая – более 41°C.
- В зависимости от клинических проявлений выделяют два вида лихорадки:
 - «красная» («розовая», «тёплая», «доброкачественная»),
 - «белая» («бледная», «холодная», «злокачественная»).
- «Лихорадка неясного происхождения» – когда после стационарного обследования этиология лихорадки остаётся невыясненной.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Клиническая картина

При «красной» лихорадке кожа ребёнка горячая, влажная, умеренно гиперемизованная, отсутствуют признаки централизации кровообращения.

«Белая» лихорадка сопровождается выраженными признаками централизации кровообращения. Кожа при этом бледная с «мраморным» рисунком и цианотичным оттенком губ, кончиков пальцев, конечности холодные. Сохраняется ощущение холода. Характерна тахикардия, одышка, могут быть судороги, у старших детей, и бред. В тяжёлых случаях, при быстром нарастании уровня эндогенных пирогенов в головном

мозге (септицемия, малярия, токсический грипп и т.п.) включаются механизмы «дрожательного» термогенеза – озноба (спазм периферических сосудов).

Для «лихорадки неясного происхождения» характерны следующие признаки: продолжительность лихорадки более 3 недель или подъёмы температуры в течение этого периода, наличие температуры тела 38,3°C и выше, неясность диагноза после стационарного общеклинического обследования.

Возможность осложнений у больного с лихорадкой определяется прежде всего абсолютной величиной температуры тела.

Дифференциальная диагностика

Для уточнения диагноза необходим тщательный сбор анамнеза болезни и жизни ребёнка.

Дифференциальную диагностику при лихорадке «неясного происхождения» необходимо проводить со следующими заболеваниями: острыми (тифопаратифозные заболевания, орнитоз, бруцеллёз, генерализованный хламидиоз, ВИЧ-инфекция) и хроническими (токсоплазмоз, глистные инвазии, хронический гепатит) инфекциями; внелёгочными формами туберкулёза, различной очаговой инфекцией (отогенной, синусогенной, инфекционным эндокардитом, холециститом, урологической инфекцией); злокачественными опухолями (мозга, почек, печени, лёгких, желудка, кишечника), лимфогранулематозом; иммуно-комплексными заболеваниями (системной красной волчанкой, системными васкулитами, узелковым периартритом и др.).

Осмотр и физикальное обследование

Оценка общего состояния и жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Проводится термометрия, определяется число дыхания и сердечных сокращений в минуту; измеряется артериальное давление; осматриваются: кожа, видимые слизистые полости рта, грудная клетка, живот; проводится аускультация лёгких и сердца (стандартный соматический осмотр). Обязательно проверить наличие менингеальных знаков и симптомов на острую патологию органов брюшной полости и острую лор-патологию (острый отит, эпиглоттит, синусит и др.).

Лечение

Показания к проведению жаропонижающей терапии:

- во всех случаях высокой лихорадки (39°C и выше) вне зависимости от возраста ребёнка;
- при умеренной лихорадке (38°C) у больных с эпилепсией, онкологической патологией, с симптомами повышения внутричерепного и артериального давления, пороками сердца, гидроцефалией и другими прогностически неблагоприятными факторами риска;
- при умеренной лихорадке у детей первых 3 лет жизни;
- во всех случаях «белой» лихорадки.

Выбор антипиретика основан на его малотоксичности, поэтому по международным стандартам предпочтение отдаётся двум базовым препаратам – парацетамолу и ибупрофену.

При «красной» лихорадке в качестве стартовой терапии используют парацетамол в разовой дозе 10-15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен в разовой дозе 5-10 мг/кг детям старше 6 месяцев, или парацетамол и ибупрофен внутрь в дис-

пергируемых таблетках (1 таблетка содержит 100 мг ибупрофена + 125 мг парацетамола) детям с 3 лет.

Физические методы охлаждения (обтирание водой комнатной температуры, пузырь со льдом на голову) проводятся сразу после введения жаропонижающих препаратов. Однократное применение физических мер должно продолжаться не более 30-40 минут – не подтверждено в многоцентровых исследованиях, международных и зарубежных национальных рекомендациях.

Повторное использование парацетамола и ибупрофена возможно не ранее, чем через 4-5 часов после первого их приёма.

Если температура тела не снижается, то жаропонижающие препараты вводят внутримышечно: 50%-ный раствор метамизола натрия детям до 1 года из расчёта 0,01 мл/кг, старше 1 года – 0,1 мл на год жизни в сочетании с 2%-ным раствором хлоропирамина детям до 1 года в дозе 0,01 мл/кг, старше 1 года – 0,1 мл/год жизни, но не более 1 мл (D, 3) или по показаниям – парацетамол внутривенно медленно из расчёта разовой инфузии для детей от 1 года и старше – по 15 мг/кг.

При неэффективности проведённой терапии в течение 30 минут неотложные мероприятия проводят так же, как при «бледной» лихорадке.

При «бледной» лихорадке:

- проведение стартовой терапии внутримышечным введением 50%-ного раствора метамизола натрия из расчёта 0,1 мл/год, 2%-ного раствора папаверина детям до 1 года – 0,1-0,2 мл, старше года – 0,1-0,2 мл/год или раствора но-шпы в дозе 0,1 мл/год жизни в сочетании с 2%-ным раствором хлоропирамина из расчёта 0,1 мл/год, но не более 1 мл – по состоянию (при обеспечении венозного доступа) – внутривенное введение медленно раствора парацетамола из расчёта разовой инфузии для детей от 1 года и старше – по 15 мг/кг;
 - при нарастающих и выраженных признаках централизации кровообращения используют в сочетании с жаропонижающими средствами;
 - при наличии у больного признаков «судорожной готовности» или судорожного синдрома лечение лихорадки независимо от её варианта начинают с внутримышечного введения метамизола натрия и 0,5%-ного раствора диазепама из расчёта 0,1 мл/кг массы тела, но не более 2 мл однократно (D, 3);
 - в более тяжёлых случаях эпилептических проявлений вводят внутривенно вальпроат натрия для инъекций из расчёта – сразу 2 мг/кг внутривенно струйно, затем внутривенно капельно по 6 мг/кг/час, растворяя каждые 400 мг в 500 мл 0,9%-ном растворе натрия хлорида или 20%-ном растворе декстрозы.
- Терапия лихорадки считается эффективной, если отмечается снижение аксиллярной температуры тела на 0,5°C за 30 минут. Положительным эффектом при «бледной» лихорадке считают её переход в «розовую».
- Показания к госпитализации:**
- неэффективное использование двух и более схем терапии;
 - неэффективное применение стартовой терапии при «бледной» лихорадке у детей 1 года жизни;
 - сочетание устойчивой лихорадки и прогностически неблагоприятных факторов риска (эпилепсия, артериальная и внутричерепная гипертензия, гидроцефалия, порок сердца и т.д.);
 - геморрагическая сыпь на фоне лихорадки (исключить менингококкемию);

– лихорадка на фоне болей в животе и рвоты (исключить аппендицит, инфекцию мочевых путей).

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

Все больные со стойким лихорадочным синдромом (в соответствии с показаниями для доставки) подлежат экстренной доставке в многопрофильный детский (или инфекционный) стационар скорой медицинской помощи, где имеются возможности для определения основного заболевания.

Лечебно-диагностические мероприятия в СтОСМП:

- Всем больным в СтОСМП выполняется:
- измерение ЧД, ЧСС, АД, проводится термометрия и по показаниям – пульсоксиметрия, глюкометрия,
 - общий анализ крови, мочи, кала, биохимический анализ крови,
 - вирусологическая диагностика,
 - бактериологическое исследование (слизь из ротоглотки, носа) – в первую очередь для исключения дифтерии и менингококковой инфекции,
 - по показаниям – консультация невролога, инфекциониста, анестезиолога-реаниматолога, оториноларинголога и других специалистов,
 - при необходимости – использование методов нейровизуализации (КТ, МРТ головного мозга и т.д.), рентгенография органов грудной клетки, почек, УЗИ органов брюшной полости,
 - по показаниям – консультация фтизиатра, проведение проб и посевы (из носа, зева, мочи) для исключения туберкулёза.
- В зависимости от выделенного возбудителя заболевания назначают антибиотикотерапию (антибиотики широкого спектра действия) или противовирусные средства – препараты рекомбинантных интерферонов, анаферон детский, лейкоцитарный человеческий интерферон, нормальный человеческий иммуноглобулин, противогриппозный иммуноглобулин (содержит антитела и против вируса парагриппа), иммуноглобулин с высоким титром антител к парагриппозному вирусу, индукторы интерферона.
- При выраженной интоксикации назначается инфузионная терапия (под контролем диуреза) 10-20%-ным раствором декстрозы или 0,9%-ным раствором хлорида натрия из расчёта 30-50 мл на кг массы тела в сутки.
- Дальнейшее ведение больного зависит от выверенного диагноза заболевания в условиях стационара.

Прогноз

Прогноз может быть серьёзным и сомнительным при лихорадке неинфекционного происхождения, и в случае молниеносных форм, и выраженным прогрессирующим течением инфекционных заболеваний.

Профилактика

Профилактика направлена на повышение реактивности организма ребёнка, санацию очагов хронической инфекции. Диспансерное наблюдение проводят за детьми с рецидивирующим стенозом гортани (консультации аллерголога, оториноларинголога, лабораторное обследование).

Валентина ШАЙТОР,
профессор кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова.

– Игорь Евгеньевич, можно ли перестроить работу медицинского учреждения, которому в этом году исполняется полвека? Я имею в виду Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, который сегодня является одной из структурных единиц МКНЦ. Да и второй участник консорциума – бывшая московская городская клиническая больница № 60 – ненамного моложе. Пятьдесят лет здесь практиковались традиционные подходы к организации работы персонала, и вдруг – нате: сначала объединение, а теперь ещё и перспектива дальнейшей организационной модернизации.

– На самом деле то, что вы называете модернизацией, правильнее назвать оптимизацией с целью более высокой эффективности работы. Эти преобразования не в перспективе, они уже начались 4 года назад, сразу после объединения двух самостоятельных муниципальных медицинских учреждений в Московский клинический научный центр. Такое решение приняло правительство Москвы в рамках реформы столичного здравоохранения.

Формально реализовать его было не сложно, благо ЦНИИГ и ГКБ № 60 находились по соседству и даже имели общий забор. Но снести забор – дело не хитрое. Куда сложнее объединить два коллектива, два коечных фонда, техническую и технологическую базы, учитывая, что по ряду видов медицинской помощи учреждения дублировали друг друга.

– Как правило, все новые руководители говорят: мы будем сохранять традиции. И сразу же начинают менять структуру, по-другому составлять приоритеты, формировать новую команду управленцев. Вы тоже следовали этому сценарию, получив назначение на должность директора МКНЦ?

– От чего-то несущественного мы, конечно, избавились, но оставили всё, хорошо себя зарекомендовавшее. НИИ гастроэнтерологии будет существовать и дальше как институт. Это такое десятилетиями «намоленное место» с высоким авторитетом и сформированным потоком пациентов, зачем же от него отказываться? Мы сохранили все отделы института, но немного сократили коечный фонд. В то же время создали стационар одного дня, где, в том числе, есть программа проверочной диагностики check up. Здесь пациент может быстро обследоваться не только по гастроэнтерологическому профилю, но и по многим другим, пройти соответствующее его возрасту скрининговое обследование.

Кроме того, мы концептуально заложили в основу деятельности и института гастроэнтерологии, и МКНЦ в целом замкнутый цикл лечения, чтобы пациенты, которые к нам обращаются, проходили здесь и всю необходимую диагностику, и этап терапевтического лечения, при необходимости – хирургический этап, а также этап долечивания. Таким образом, в структуре МКНЦ по всем его профилям должны быть и терапевтическое, и хирургическое отделения. К примеру, в НИИ гастроэнтерологии уже есть хирургические отделения по всем разделам желудочно-кишечного тракта:

пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, кишечника.

Кроме гастроэнтерологии, основными профилями МКНЦ

Москвы перед нами была поставлена задача создать медицинский центр экспертного уровня, который сосредоточивал бы самых тяжёлых пациентов по

лических нарушений формировался под профессора Ашота Мусаеловича Мкртумяна. Центр лечения опухолей головы и шеи организован с приходом про-

параллельно являются клиниками. Я не думаю, что врачей нужно силой загонять в науку. Научкой должны заниматься те, кому это интересно. В то же

Авторитетное мнение

Игорь ХАТЬКОВ:

Коллеги оперируют так, что дух захватывает!

Качественный результат в медицине всегда достигается сверхусилиями

Впервые слово «фабрика» применительно к медицинской организации мне довелось услышать лет десять назад. Один из прогрессивно мыслящих главных врачей крупной региональной больницы тогда осмелился сравнить лечебное учреждение с фабрикой по восстановлению здоровья и, что вполне логично, предложил построить работу клиники, используя принципы эффективного предприятия. С той только разницей, что при всей своей отличной организации процессов и высокой экономической эффективности «лечебный конвейер» должен сохранить присущие медицине гуманизм и индивидуальный подход к пациенту.

Тогда тема «фабрики здоровья» не получила развития, так как необходимых для этого системных условий ещё не было, а сама фраза надолго выпала из контекста российской медицины. Но вот, наконец, пришло время, когда эта здравая идея снова продумывается, проговаривается и даже уже реализуется. Одним из пионеров стал Московский клинический научный центр.

О том, какое содержание скрыто за словами «фабрика здоровья», реально ли в нынешних российских условиях претворить западный подход к организации оказания медицинской помощи, а также о роли лидера в команде единомышленников в интервью «МГ» рассказал директор Московского клинического научного центра, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой факультетской хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член-корреспондент РАН Игорь ХАТЬКОВ.

стали ревматология, эндокринология, пульмонология, кардиология. По аналогии с гастроэнтерологией в дополнение к эндокринологическому отделению мы создали отделение эндокринной и метаболической хирургии. В пару к отделению ревматологии – хирургическое отделение ортопедии и сложной травмы.

И ещё, учитывая потребность московского здравоохранения в оказании онкологической помощи, активно развиваем онкологический профиль. Уже создано отделение химиотерапии, очень активно и эффективно работает онкологический консилиум, на котором утверждается стратегия лечения больных. Причём речь идёт не только о злокачественных новообразованиях ЖКТ. Мы также сосредоточились на онкогематологии, онкогинекологии, открыли центр лечения опухолей головы и шеи, где наши специалисты выполняют такие уникальные операции, что у меня дух захватывает!

Надо отметить, что мы выстраивали стратегию дальнейшей жизни объединённых института и больницы, исходя не только из имевшихся на тот момент технологических и кадровых возможностей обоих учреждений. Изначально правительством

разным профилям и оказывал им высокоспециализированную и высокотехнологичную помощь. Под реализацию этой идеи к нам пришло много специалистов высокого уровня из федеральных институтов, московских клиник и даже из других городов.

– Вы их переманили?

– Нет, я никого не переманивал. Это плохая практика, зачем разрушать другие коллективы, не тобою созданные? В этом меня упрекнуть нельзя. Люди сами приходили к нам с предложениями о сотрудничестве и, начав работать у нас, приводили коллег. Здесь нет никакого секрета: если создать возможности для того, чтобы специалисты удовлетворяли свои потребности в самореализации, к тебе придут работать самые талантливые и целеустремлённые. Причём целый ряд новых направлений мы создавали под конкретных людей, которые способны быть лидерами общественного мнения. Именно такие лидеры могут формировать стратегию развития своего направления и реализовать её.

К примеру, центр ревматологии МКНЦ появился благодаря тому, что к нам пришла Галина Викторовна Лукина, известный в мире профессор-ревматолог. Отдел эндокринных и метабо-

фессора Михаила Алексеевича Кропотова. И таких примеров у нас много.

С другой стороны, мы не ставим целью сосредоточить в МКНЦ все виды хирургии. Должна быть какая-то профильность и ориентированность на потребности населения региона в разных видах медицинских услуг. Именно исходя из этих соображений, мы решили не делать акцент на оториноларингологии, хотя в ГКБ № 60 было лор-отделение. В Москве достаточно муниципальных и частных клиник данного профиля, нет смысла быть одними из многих.

– Наука в классическом представлении – фундаментальные и поисковые исследования – сохранится в институте гастроэнтерологии и в МКНЦ в целом? Или НИИ и Научный центр – это уже просто формальные, ничего не значащие слова в названии?

– Нам, конечно, не хотелось бы, чтобы эти слова стали ничего не значащими. Медицина не может развиваться без науки и образовательной деятельности, я считаю необходимым сохранить все эти три составляющие.

В центре 200 научных ставок, на которых работают и биологи, и специалисты с медицинским образованием, многие из них

время я призываю врачей заниматься наукой, потому что убеждён: развитие врача очень сильно с этим связано.

Кстати, в европейских и американской резидентурах существует правило, когда человек, получив базовое медицинское образование и диплом, сначала минимум год работает в научной лаборатории как исследователь вне зависимости от того, какова его будущая врачебная специальность. Там он обучается методике проведения экспериментов, методике оценки полученных данных, методике поиска нужной информации в литературе и её анализа. Считаю, это абсолютно правильный подход.

– Как это потом может пригодиться врачу в клинической практике?

– Во-первых, научная работа учит мыслить: рассуждать, обобщать, формулировать мысли, делать выводы. Это применимо как к обработке массивов данных, полученных от большого числа пациентов, так и полученных от одного пациента. Если врач умеет анализировать, выделять главное и второстепенное, правильно ставить в эксперименте цели, а также задачи, которые максимально коротким путём приведут к достижению этой цели, он эту методологию будет



применять затем в лечении пациентов. В том числе совершать более выверенные действия во время хирургической операции, если он хирург. Таков универсальный механизм обучения, он позволяет любому человеку становиться профессионалом более высокого уровня.

– **Я знаю, что в МКНЦ регулярно составляется рейтинг публикационной активности сотрудников. Она растёт?**

– Растёт. Но главное – становится более качественной. Это очень важно, потому что опубликовать в принципе можно всё, что угодно, к примеру, одни и те же тезисы отправить в сборники десяти конференций или в какие-то малоизвестные журналы. Но даже пятьдесят тезисов, опубликованных таким образом, перебиваются одной статьёй в журналах Nature или Annals of Surgery. Поэтому мы разрабатывали специальную систему оценки качества материалов, подготовленных к публикации, и на учёном совете отслеживаем по всем отделениям, как развиваются сотрудники в этом направлении. Достижения есть: в прошлом году вышло пять наших статей в высокорейтинговых зарубежных журналах.

– **Вы это стимулируете материально или просто стараетесь увлечь коллег личным примером? Ведь, по данным «Википедии», на вашем счету уже более 1050 опубликованных научных статей.**

– Действительно, есть только два способа руководства: либо ты коллег увлекаешь какой-то идеей, либо заставляешь. Мне как директору в этом смысле повезло, не приходится никого понуждать или уговаривать. В МКНЦ много людей талантливых и мотивированных на развитие, которые понимают, что их собственный профессиональный рост связан не только с практической работой, но также с научной и образовательной.

Что касается материального стимулирования – платить за каждую публикацию – не думаю, что это правильно. Мы стимулируем иначе: сотрудникам центра, которые проявляют активность в научной работе, помогаем в поездках на конференции, на учёбу, в том числе за рубеж.

– **Сама конструкция «научно-клинический центр» соответствует модной нынче идеологии трансляционной медицины. Когда под одной крышей находятся исследовательские лаборатории и клинические отделения, путь от научной идеи до конечного результата в виде новой медицинской технологии, оборудования или лекарственного препарата существенно сокращается и упрощается.**

– Признаться, на этапе формирования МКНЦ такая задача не ставилась, но жизнь показала, что мы действительно имеем возможность реализовать концепцию трансляционной медицины. В настоящее время совместно с Физическим институтом им. П.Н.Лебедева РАН проводим исследование по оценке возможностей применения лазерных технологий в улучшении кровоснабжения печени у больных циррозом печени. Если в экспериментах на животных нам удастся достичь убедительных результатов, мы будем транслировать эти достижения сначала в собственную клиническую практику, а затем и более широко. Не исключено, что эти исследования не выведут

нас сразу к желаемому результату напрямую, но подскажут направления дальнейшего научного поиска, что тоже очень важно.

Ещё одна тема исследований, которые проводятся в МКНЦ, – поиск маркёров, позволяющих рано заподозрить и диагностировать наличие опухоли. Сегодня весь научный мир ведёт поиск в данном направлении, и уже есть маркёры ряда онкозаболеваний, которые хорошо работают. К примеру, ПСА. Есть маркёры, которые хуже работают, проявляются на поздних стадиях заболевания, как, например, СА19-9. А ранние маркёры рака поджелудочной железы пока не определены.

Совместно с Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора мы начинаем два научных проекта, в ходе которых предстоит оценить и проанализировать совокупность нескольких различных биохимических параметров в комбинации с данными генетических исследований у пациентов при опухоли поджелудочной железы и опухоли молочной железы. Одна из задач, которая стоит перед исследователями, – проверить чувствительность и специфичность нового, разработанного в России теста на определение генетических мутаций при раке молочной железы. Что касается поджелудочной железы, мы стараемся найти в желудочно-кишечном тракте признаки, которые помогли бы предположить зарождающийся рак. Аналогичных исследований в мире проводится немало, но чего-то эффективного именно на ранних стадиях заболевания до сих пор никто не нашёл.

– **Наверное, я не ошибусь, если предположу, что по объёмам и сложности малоинвазивных операций на органах желудочно-кишечного тракта, в том числе в онкогастроэнтерологии, МКНЦ является одним из лидеров в России?**

– Мне сложно говорить о роли нашего центра в масштабах страны, да это и не скромно. Могу сказать только, что каждый год мы проводим научную гастроскопию и обучающий курс по миниинвазивной хирургии желудка, поджелудочной железы и колоректальной хирургии с участием ведущих зарубежных специалистов. У нас с ними не просто дружеские, а партнёрские отношения, и это, я думаю, говорит о том, что нас знают и считают равными.

Лечение злокачественных новообразований желудка, печени и поджелудочной железы – приоритетное направление работы центра, мы уделяем ему особое внимание, чем и объясняются определённые достижения. Так, МКНЦ – один из немногих в мире центров, где самые сложные операции при раке поджелудочной железы и печени выполняются лапароскопически. А по объёму выполненных операций на поджелудочной железе у нас самый большой опыт в Европе. Кроме того, здесь малоинвазивно выполняются операции с резекцией крупных магистральных сосудов, в которые прорастает опухоль, что, судя по публикациям, практикуется только в МКНЦ и клинике Мэйо (США).

Сегодня в центре малоинвазивным способом выполняется уже 70% операций при онкологических заболеваниях. Думаю, через год мы поднимем этот показатель до 80% за счёт колоректальной, куда пришли новые специалисты, более активные в

плане эндоскопической онкохирургии.

– **А в целом какое количество операций всех видов и по всем профилям выполняется в центре в течение года?**

– В 2012 г., когда я только пришёл работать в ЦНИИГ, здесь выполнялась тысяча операций в год, столько же – в горбольнице № 60. Причём это были в основном грыжи, холециститы, малая гинекология и лишь небольшое количество каких-то серьёзных вмешательств.

Сейчас хирургическая активность нарастает. За 2013 г. в целом в МКНЦ было выполнено 2 тыс. операций, в 2015 г. – уже 6323, а в 2016 г. – 8207. Мы одну за другой переводим операционные на работу в две смены. По окончании реконструкции будет 18 операционных, а раньше их было 7. Но главное – поменялась структура хирургических вмешательств, они стали многократно более сложными.

– **Если не ошибаюсь, в России пока нет федерального центра хирургической гастроэнтерологии и гастроэнтерологии, который выполнял бы функции научно-методологического лидера, занимался апробацией и внедрением новых хирургических технологий, не говоря уже о направлении туда пациентов с наиболее сложными и редкими клиническими ситуациями?**

– Быть «законодателем моды» в хирургии – это не задача какого-то одного медицинского центра. Это задача профессиональных ассоциаций, именно так происходит за рубежом. Там профессиональные ассоциации занимаются разработкой стандартов и методологии, внедрением новых технологий, координируя в этом направлении работу всех хирургических центров в стране.

Мне кажется, в России в настоящее время трудно поручить какому-то одному учреждению быть таким методологическим центром, потому что мир теперь открыт, врачи активно выезжают на учёбу за рубеж, читают литературу и, выстраивая хорошие отношения с органами исполнительной власти территорий, сами добиваются высокого уровня оснащённости своих клиник. Нужно ли их дополнительно методологически воспитывать и можно ли ограничивать их самостоятельность? Вопрос сложный.

Должны быть заданы рамки в виде клинических рекомендаций, которые разрабатываются профессиональными ассоциациями. И, безусловно, должны быть центры компетенции, но вряд ли их нужно официально объявлять лидерами. Лидерство доказывается не вывеской на фасаде, а уровнем клинической работы, а также объёмом и качеством научных публикаций.

– **Вижу на вашем рабочем столе сигнальный экземпляр книги «Воспалительные заболевания кишечника в практике терапевта и хирурга». Никогда не встречала пособий, которые объединяли бы интересы врачей разных специальностей. Эта традиция живёт здесь со времён НИИ гастроэнтерологии или появилась уже в МКНЦ?**

– Придя на работу в НИИ гастроэнтерологии, я стал получать огромное удовольствие от врачебных конференций: в постоянном ежедневном режиме какие-то аспекты лечения одного пациента обсуждались одновременно и терапевтами, и хирургами. Прежде я нигде и

никогда не видел такого уровня взаимодействия. Между тем это не просто очень интересно, но главное – полезно. Так родилась идея написать пособие.

Насчёт традиции – интересная мысль. Мы выпустили пока только две книги, но на самом деле намерены подготовить целую серию книг, которые основаны на опыте специалистов нашего центра по всем направлениям гастроэнтерологии и адресованы одновременно и терапевтам, и хирургам. Самое главное, что и пишутся эти книги в соавторстве – терапевтами и хирургами.

Это идея, которая абсолютно точно выросла из реальных потребностей, а не была искусственно придумана. Несмотря на существование стандартов и протоколов лечения, для врачей иногда бывает полезнее описанная их коллегами личная практика в каких-то клинических ситуациях.

– **Игорь Евгеньевич, простите, но не могу не задать этот вопрос: сколько длится ваш рабочий день?**

– По-разному. В среднем 12 часов, но бывает и дольше. Это, конечно, неправильно, но сейчас много задач, обусловленных становлением учреждения. Помимо клинических и научных есть ещё вопросы, связанные с ремонтом и реконструкцией. К тому же я остаюсь оперирующим хирургом.

– **Кстати, как часто вы ходите в операционную?**

– От двух до четырёх раз в неделю. Делаю так, чтобы это было без ущерба административной работе.

– **Можете представить себе такое будущее, в котором вы сидите в кабинете директора и не оперируете?**

– Пока не представляю.

– **А есть ли перед вами примеры успешных руководителей, которые оставили клиническую деятельность и полностью сосредоточились на административной работе? Или такое невозможно?**

– Возможно и так, и этак. Главное, я думаю, не в том, оперирует директор или исключительно сидит в кабинете, а в том, что руководитель в медицине должен вырасти из врача. Это очень важно. Хотя затем в своей административной деятельности он обязан уметь абстрагироваться от личного профессионального интереса и мыслить глобально, проектами. Он должен видеть стратегию развития не только своего учреждения, но и всей той области медицины, в которой это учреждение работает.

– **В одном из новосибирских НИИ внедрились систему оценки эффективности работы каждого сотрудника. Причём есть не только повышающие коэффициенты, то есть надбавки к зарплате, но и понижающие, специально для руководителей подразделений, которые клинической деятельности уделяют времени больше, чем необходимо. По мнению директора этого НИИ, задача заведующего – организовывать рабочие процессы в отделении, а не заниматься лечением больных наряду со всеми сотрудниками. Ваше мнение?**

– Звучит красиво. Сам факт, что в российском здравоохранении есть учреждения, где кадровая политика продумывается и просчитывается до таких нюансов, уже радует. Но, как говорится, «Бог – в мелочах, а дьявол – в крайностях». Проблема любой хорошей идеи – в

её абсолютизации. Нельзя нарисовать универсальные правила для всех.

Мы пока не можем взять данный подход в качестве примера и подсчитывать, кто из сотрудников МКНЦ недорабатывает, а кто перерабатывает, по той простой причине, что учреждение сейчас переживает этап кардинальной реконструкции и реструктуризации. Работать в таких условиях очень сложно. Но и останавливаться нельзя. Практика показывает, что качественный результат в медицине всегда достигается сверхусилиями, и я считаю, что на данном этапе сверхусилия оправданы. Это касается всех сотрудников.

Хотя в перспективе мы тоже намерены оптимизировать свою деятельность. Уже начали вести мониторинг рабочего времени в операционном блоке, реанимации. Каждый день у меня в руках появляется сводка с указанием точного времени подачи больных, времени ожидания прихода хирурга, снятия больного с операционного стола. Составлено даже расписание лифтов: они должны стоять на каждом этаже строго в определённое время, чтобы без промедлений перевозить пациентов из операционных и в операционные.

Задача этого мониторинга – стандартизировать работу подразделений центра, а конечная цель – сделать МКНЦ хорошо функционирующей фабрикой, где все процессы происходят строго по времени, а каждый сотрудник имеет чёткий перечень своих функциональных обязанностей и алгоритм своих действий.

Если вернуться к новосибирскому примеру, то в отношении заведующих отделениями, на мой взгляд, всё сложнее и тоньше. Врач растёт профессионально и хочет быть заведующим, наконец, становится им, а ему говорят: всё, ты больше не оперируешь и не лечишь больных, сиди в кабинете и организовывай работу отделения. Хотя это, по-хорошему, – задача старшей сестры. Она может заниматься заказами препаратов из аптеки, их учётом и контролем, организацией работы младшего и среднего медперсонала, организацией логистики пациентов по диагностическим и лечебным кабинетам. Всё это может выполнять человек со средним медицинским образованием, и, думаю, мы постепенно к этому придём.

– **Что же тогда будет делать заведующий отделением?**

– Роль заведующего в том, чтобы формировать и реализовывать стратегию развития отделения, подбирать специалистов, внедрять новые технологии. И, конечно, участвовать в лечении самых сложных и тяжёлых больных. А как иначе, ведь заведующим должен быть наиболее опытный врач?

В зарубежных клиниках есть примеры иного подхода: там в отделении может быть несколько лидеров, все они на одном уровне, и никто не называется главным, потому что в этом просто нет необходимости. Самый хороший результат возникает не тогда, когда кто-то говорит, что он главный и замыкает всё на себя, а когда есть союз людей, объединённых правильно выбранной целью. В медицине правильная цель одна – вылечить больного.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Формально общий рынок лекарств Евразийского экономического союза (ЕАЭС) начал действовать с января прошлого года, однако до полноценного его запуска ещё необходимо решить многие организационные и практические вопросы. Ключевые аспекты грядущей «перестройки» были включены в повестку дня Фармацевтического форума стран ЕАЭС и СНГ 2017, организованного Институтом Адама Смита. В нём приняли участие представители фармации как Российской Федерации, так и стран СНГ.

Выбор – за производителем

К настоящему времени разработана трёхуровневая система нормативного регулирования единого рынка лекарств ЕАЭС, напомнил министр по техническому регулированию Евразийского экономического комиссии (ЕАЭК) Валерий Корешков. Для гармоничного развития процессов интеграции предусмотрено несколько переходных периодов. В частности, предполагается, что на рынке будут осуществляться две процедуры единой регистрации лекарственных препаратов: децентрализованный механизм (с одновременным рассмотрением материалов досье всеми государствами-членами ЕАЭС) и механизм взаимного признания с последовательным рассмотрением материалов досье каждым из государств.

До 31 декабря 2020 г. производители вправе выбирать, по каким правилам – национальным или единым – будет осуществляться регистрация препаратов. После означенного периода регистрация лекарств будет осуществляться только по единым правилам ЕАЭС. В течение последующих лет, вплоть до 31 декабря 2025 г., все лекарства, которые были зарегистрированы по национальным правилам, должны будут привести свои досье в соответствие с правилами Евразийского союза. В случае если это не будет сделано, такие препараты не будут допущены к обращению даже на национальных рынках.

Среди ключевых новелл законодательного регулирования – введение института уполномоченных лиц по качеству и прохождению ими аттестации. Как пояснил В. Корешков, будет вестись реестр уполномоченных лиц каждого фармпредприятия. Кроме того, производителей наделят обязанностью проводить аудит фарм субстанций. В компетенции надзорных органов останутся выборочные проверки, которые будут проводиться при наличии критических замечаний к досье фарм субстанции.

«Бабушкины лекарства»

Серьёзные изменения затронут и названия лекарственных форм в соответствии с критериями их классификации. В рамках союза вводятся единые правила формирования таких названий. В этой связи ряду производителей, возможно, придётся пересмотреть наименование своих форм и переформатировать досье.

Как рассказал начальник отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий Департамента технического регулирования и аккредитации ЕАЭК Дмитрий Рожественский, к «классическим» оригинальным и дженерическим лекарствам добавятся гибридные препараты – так называемые неполные дженерики – инновационные лекарства, имеющие отличие в составе, лекарственной форме, дозировке, показаниях к применению или пути введения.

Ещё одна новая группа – хорошо изученные средства. К ней, по словам эксперта, относятся лекарства, опыт обращения которых на рынке не менее трёх государств-членов ЕАЭС составляет более 10 лет, а также препараты, изготовленные из растительного сырья и других природных материалов (продукты

пчеловодства, медицинские пиваки, желчь и др.), гомеопатические средства. По словам эксперта, в отношении так называемых бабушкиных лекарств (к ним также отнесены витамины, растворы антисептиков, вода для инъекций, адсорбенты) будет применяться упрощённая процедура регистрации в рамках единого рынка.

Планируются также изменения в части контроля качества лекарственных средств. В течение ближайших 2-3 лет будет осуществлён полный переход на Фармакопею союза. По словам председателя фармакопейного комитета ЕАЭС Елены Саканян, реализация концепции гармонизации фармакопей

валидация компьютеризированных систем.

Практикум по практикам

По словам заместителя начальника отдела координации работ в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий Департамента технического регулирования и аккредитации ЕАЭК Дмитрия Щёкина, разработанные комиссией надлежащие фармацевтические практики в сфере обращения лекарств гармонизированы с соответствующими европейскими документами и вступают в силу после ратификации протокола о присоединении Армении к ЕАЭС.

Перспективы

Путёвка в жизнь

До запуска общего рынка Евразийского экономического союза остался последний шаг



государств-членов ЕАЭС будет двухэтапной.

Первый этап включает разработку гармонизированных общих фармакопейных статей (монографий), устанавливающих требования к методам контроля качества лекарств и оборудованию, лекарственным формам, фарм субстанциям, вспомогательным веществам, стандартным образцам, реактивам. К настоящему времени уже разработано порядка 200 общих фармакопейных статей из 500. Они составят основу 1-й и 2-й частей первого тома Фармакопеи союза, которые будут издаваться поэтапно в течение 2017-2018 гг. На втором этапе эксперты приступят к разработке гармонизированных частных фармакопейных статей на фарм субстанции (в том числе для фармацевтического применения в ветеринарии), лекарственные препараты и т.д.

Наиболее значимым изменением в части дистрибуции станет применение новых классификационных подходов к выделению групп рецептурных и безрецептурных лекарств на основе концепции величины «потенциального вреда». Как подчеркнули эксперты ЕАЭК, некоторым производителям придётся учесть тот факт, что их безрецептурные препараты могут быть переведены в группу рецептурных.

Коренным образом изменится и информация о лекарстве. Теперь она будет предоставляться в виде общей характеристики лекарственного препарата по аналогии с требованиями, принятыми в ЕС. Унифицируется и инструкция по медицинскому применению ЛС, информация в листке-вкладыше будет излагаться по 6 основным блокам.

Основные изменения в области проведения клинических исследований – введение нового стандарта подготовки исследовательского отчёта и анализа безопасности лекарственного средства, а также

За рамками общего рынка лекарств остаются: надлежащая аптечная практика (GPhP), надлежащая практика прописывания лекарств (GPP) и надлежащая регуляторная практика (GRP), их регулирование будет осуществляться на национальном уровне. Кроме того, по словам Д. Щёкина, отдельно обсуждается вопрос о создании надлежащей практики

выращивания, сбора и хранения лекарственного растительного сырья.

В регистрационном досье среди прочих документов заявитель должен будет предоставить сертификат GMP союза (надлежащей производственной практики). Как пояснил эксперт, правилами предусматривается, что при его отсутствии заявитель имеет право предоставить национальный сертификат GMP, выданный уполномоченными органами государств-членов ЕАЭС. В случае если его нет, выполняется обязательное инспектирование в рамках регистрации.

Отдельная часть регистрационного досье – клинические ис-

следования. Согласно правилам надлежащей клинической практики (GCP), валидными считаются те исследования, которые проведены до 1 января 2016 г. или продолжаются по состоянию на эту дату (набор пациентов не закрыт) на территории ЕАЭС. Если исследования состоялись до этой даты за пределами союза, то они также принимаются, но при условии, что были проведены на территории стран – членов Международной конференции по гармонизации (ICH).

В третьем случае все клинические исследования, начатые после 1 января 2016 г., должны проводиться полностью или частично на территории ЕАЭС. При невыполнении перечисленных условий, заявитель обязан провести как минимум одно клиническое исследование на территории ЕАЭС или по решению уполномоченного органа провести инспекцию клинической базы, пояснил Д. Щёкин.

Большие надежды

Единый рынок лекарств ЕАЭС только формируется, однако эксперты аналитической компании QuintilitsIMS уже проанализировали

потенциальные экономические эффекты для его участников. Напомним, что Евразийский союз объединил 5 стран, на его территории проживает порядка 180 млн человек. Общий объём рынка лекарств союза в 2016 г. составил порядка 17,2 млрд долл.

Основные реперные точки проведённого исследования: влияние на цены, объёмы продаж и структуру рынка. Как показал анализ, потенциальные изменения затронут около 25% розничного и 88% государственного сегментов рынка.

– Уровень цен на один и тот же препарат в разных странах может отличаться в 2-3 раза, что создаёт определённые предпосылки для перераспределения товаров внутри общего рынка, – прокомментировал руководитель направления консультирования по России и СНГ QuintilitsIMS Алексей Савин. – По нашим расчётам, снижение цен на лекарства составит в среднем 6%. По сути, это дополнительная экономия, которую получают госбюджеты и потребители в результате гармонизации рынков.

В частности, в госсекторе экономия составит порядка 1 млрд долл., из них 76% придётся на долю России, 17% – Казахстана, 5% – Белоруссии и по 1% – Армении и Киргизии (в соответствии с общим объёмом госзакупок). Наибольшее снижение цен эксперты прогнозируют в группе антибактериальных, противоопухолевых и иммуномодулирующих средств.

Выход на рынки ЕАЭС лекарственных препаратов, зарегистрированных в РФ, создаст предпосылки для оптимизации терапии в странах-участниках союза и приведёт к росту общего рынка лекарств в основном за счёт Казахстана и Белоруссии, прогнозируют эксперты. Присвоение статуса локального производителя также даст мощный импульс развитию этих рынков.

По прогнозу QuintilitsIMS, с учётом перечисленных эффектов (выравнивание цен на лекарства, выход производителей на сопредельные рынки за счёт унификации процедуры регистрации, а также изменение рыночной структуры по итогам локализации), рост общего рынка лекарств ЕАЭС в 2016 г. мог бы составить порядка 3%.

– Мы ожидаем, что этот сценарий реализуется к моменту, когда будут решены все регуляторные вопросы и единый рынок начнёт своё полноценное функционирование, – резюмировал эксперт.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Фармацевтический срез

Согласно данным розничного аудита DSM Group, объём российского коммерческого рынка лекарственных препаратов в январе 2017 г. составил 56,5 млрд руб. (с НДС).

В начале года спрос на лекарства традиционно немного снижается относительно декабря предыдущего года. Это связано, как правило, с длительными новогодними каникулами и более поздним стартом локальных эпидемий простудных заболеваний, комментируют эксперты.

По сравнению с декабрём ёмкость рынка снизилась на 20%. Причиной такого заметного снижения был своего рода беспрецедентно высокий уровень продаж в декабре 2016 г. Тем не менее период «сезонных» заболеваний, начатый осенью прошлого года, продолжается. Поэтому в сравнении с январём 2016 г. в текущем году объёмы продаж увеличились на 19,6%, говорится в отчёте DSM Group.

Средняя стоимость упаковки лекарственного препарата на коммерческом рынке России в январе 2017 г. по сравнению с декабрём 2016 г. не изменилась и составила 151,8 руб.

Согласно индексу Ласпейреса, в течение января 2017 г. цены в рублях возросли на 0,7%. В долларовом выражении индекс цен также повысился на 7,3%. Всего же с начала 2016 г. инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила 5,6% в рублёвом выражении и 18,7% – в долл.

– Структура коммерческого рынка лекарственных препаратов в январе 2017 г. по ценовым сегментам претерпела ряд изменений по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. На 0,4% относительно января 2016 г. увеличилась доля сегмента лекарств со сред-

ней стоимостью упаковки 50-150 руб. (за месяц доля снизилась на 0,3%). На 0,8% снизился удельный вес группы лекарств с ценовым диапазоном 150-500 руб. (50,2% в январе 2016 г. до 49,4% в январе 2017 г.).

За месяц доля рассматриваемого ценового сектора выросла на 0,2%, что сопровождалось незначительным увеличением средней цены упаковки лекарств (в итоге средняя стоимость составила 268,1 руб./упак.). Доля дорогостоящих препаратов в январе 2017 г. составила 29,1%, что совпадает с удельным весом группы в предыдущем месяце и на 0,6% больше, чем в январе 2016 г. При этом средняя стоимость упаковки в январе 2017 г. в сравнении с аналогичным периодом прошлого года выросла на 3,1% и составила 918,8 руб./упак., – приводит данные генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк.

По итогам января 2017 г., 58% препаратов, реализованных на рынке, являлись отечественными (в натуральных единицах измерения), однако ввиду своей высокой цены относительно импортных лекарств, в стоимостном выражении они занимали 30%. Коммерческий сегмент рынка по итогам января 2017 г. на 46% был представлен рецептурными препаратами и на 54% – безрецептурными лекарствами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в январе 2017 г. снизился на 13,8% относительно декабря и составил 2,8 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в первом месяце 2017 г. увеличился на 13,3% по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. и составил 22,9 млн упаковок. Средневзвешенная цена упаковки БАД в январе 2017 г. по сравнению с декабрём увеличилась на 5,1% и составила 124,5 руб.

Анна КРАСОВКИНА.

Почему бы и нет?

Матричные технологии

Известно, что внутри клеточных отростков проходят белковые микротрубочки, из которых, кстати, образуется веретено клеточного деления. К хорошо известным наночастицам присоединились углеродные (CD – Carbon Dots), полученные из сока американских агав. При наведении на них химических масок их естественное свечение гасится, но, попав в клетку, они «сбрасывают» положительно заряженную маску и восстанавливают свечение. Благодаря этому специалисты Иллинойского университета в городе Урбана-Шампань получили световой переключатель для осуществления трекинга, или слежения за внутриклеточным трафиком веществ.



Красная нанонить для регистрации активности нейронов

Первый антибиотик пенициллин был, как известно, выделен из грибка. Грибы существуют в виде слизистых нитей-мицелл, откуда и их название «мицены». Второй противотуберкулёзный антибиотик был выделен из почвенного грибка стрептомицес (Streptomycetes). Представителя этого славного рода сотрудники университетов Кентукки и Оклахомы нашли на месте многолетнего пожара, тлевшего в угольной шахте. Антибиотики способны встраиваться в наружную оболочку микроба, делая в ней «дырку». Фермент, выделенный из «угольного» грибка, хорош тем, что добавляет небольшую группу, делая хорошо известный даптомицин гораздо более агрессивным по отношению к микроорганизму. Авторы полагают, что новый фермент привлечёт внимание молекулярных фармацевтов, открывая путь к созданию новых более эффективных лекарственных средств.

Ферменты так называемого чек-пойнта (Check-Point), или клеточного КПП осуществляют контроль деления, проявляющийся в равномерном распределении между дочерними клетками пероксисом. Последние отвечают за «сжигание» жирных кислот и углеводов, участвуя в энергетическом обмене. Исследователи Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке выделили из пероксисом фермент Рех (от Peroxisome), выключение гена которого нарушает деление и клеточную судьбу клеток эпидермиса, отмирание которых даёт роговые чешуйки, удаляемые при мытье и том же пилинге. Судьба клеток в той же молочной железе управляется женским половыми гормонами прогестероном и эстрогеном, образующимися в яичниках. В опубликованной исследователями статье описывается открытие покоящихся – quiescent – стволовых клеток, в которых гормоны каждый месяц включают гены двух белков. Один из них отвечает за синтез белкового рецептора в клеточных мембранах-оболочках, и его выключение приводит к 100%-ной гибели мышат ещё в

утробе матери. Второй же необходим для клеточной миграции и оплодотворения, иммунитета и борьбы с инфекциями. В млечных железах белки определяют судьбу клеток, выстилающих проток, ведущие от клеток, синтезирующих молоко.

По мнению специалистов Стэнфорда, опубликовавших обзор с мудрёным названием «Нейрональная активность в онтогении и онкологии», накапливается всё больше данных за то, что клеточная судьба и специализация потомков-прогениторов определяется как внеклеточной «матрицей» (matrix), так и нервными клетками! Авторы указывают на то, что нервные отростки достигают чуть ли не каждой клетки в организме и к тому же являются мощными «фабриками» ростовых протеинов-факторов. Нервные ростовые факторы необходимы для постоянного синтеза белка тубулина, из которого строятся микротрубочки-тубули, а также «перестройки» древа отростков и уже упоминавшихся синапсов. Протеины ростовых факторов весьма консервативны, то есть мало менялись, начиная от низших организмов и кончая человеком, поэтому нервные ростовые белки «подходят» и для других клеток. Этим объясняется участие нейронов в росте мышечной массы и детских мозговых опухолей (глиом). Для более точной регистрации активности нервных клеток в Техасском университете Остина предложили гибкие нанонити, размер которых не приводит к образованию мозговых рубцов.

Луи Пастер, как известно, спас мальчика, укушенного бешеной собакой, вколов ему сыворотку, содержащую белковые антитела против вируса бешенства (о существовании которого тогда ещё никто не знал). После этого спасённый ребёнок дожил в Париже до 1940 г. В распространении вируса из мышц в мозг опять же участвуют периферические нейроны, к поверхностным рецепторам которых прикрепляются белки вирусной оболочки. Это свойство вируса

решили использовать корейские наноинженеры одного из сеульских университетов, которые сначала создали покрытые вирусным протеином золотые наносферы диаметром 50 нм.

Гиппократ предлагал выжигать рак молочной железы калёным железом, и эта идея до сих пор не даёт покоя пытливым умам, только сегодня вместо железа предлагается лазер. В Сеуле для увеличения площади контакта золотых наночастиц им придали форму палочек-rods. Частицы сначала ввели через хвостовую вену мышам с перевитыми опухолями мозга, после чего направили на них луч почти невидимого красного лазера (NIR – Near InfraRed), проникающий сквозь кожу и кости черепа. Освещение нагрело частицы до 50°C, что привело к «выжиганию» глиом и значительно сокращению их объёма. В другой серии экспериментов опухоли под кожей боков у двух мышей исчезли уже через 7 дней, а у других животных уменьшили объём вдвое.

Корейцы не очень-то прислушиваются к критике американских специалистов, полагая, что она вызвана их непониманием предложенной технологии. С другой стороны, авторам понятно, что необходимо ещё доказать, что их наночастицы не будут накапливаться в печени и почках, а также в костном мозге, повышая токсичность метода и опасность побочных эффектов. Тем не менее сеульские инженеры уверены в высокой специфичности их «препарата», что вскоре удастся доказать «судьям» из Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA), которые только и могут открыть необъятный американский рынок, испытывающий острую нужду в действенных лекарствах для решения клеточных проблем.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Journal
of the American Chemical Society,
Nature Chemical Biology.

Исследования

Изучая беспозвоночных, относящихся к классу кишечнорастворимых, исследователи из Университета Вашингтона (США) надеются разоблачить, как у них происходит регенерация. Они рассчитывают, что в дальнейшем удастся добиться регенерации и у людей, что позволит выращивать повреждённые органы и утраченные конечности.

Цель: достичь регенерации

Кишечнодышащие – морские придонные животные, которые отличаются высокой регенеративной способностью. Они могут вырастить практически любую часть своего тела – голову, нервную систему или внутренние органы.

Шон Луттрел и его коллеги выясняют, что у людей с кишечнорастворимыми немало общих генов, а это значит, что и в организме человека можно будет запустить процесс регенерации. Сейчас необходимо выяснить, как с генетической точки зрения контролируется процесс выращивания новых органов и частей тела.

В новом исследовании учёные наблюдали за тем, что происходило с особями, которые были разрезаны пополам. Через 3-4 дня у них начал развиваться рот и хоботок, через 5-10 дней появились

почки и сердце. На 15-й день у животных сформировались новые нейральные трубки – аналог спинного и головного мозга у людей.

Авторы изучили изменение профиля экспрессии генов при развитии тех или иных органов: за запуск процесса регенерации отвечал определённый пул генов, но при восстановлении конкретных частей тела активировались разные гены. Исследователи считают, что, влияя на работу тех или иных групп генов, можно индуцировать регенерацию и у других существ, в том числе и у людей. В ближайшее время они планируют провести эксперименты на рыбах данио-рерио, которые не способны к полной регенерации тканей.

Герман АКОДИС.

По информации washington.edu.

Ну и ну!

Не теряя достоинства

Для мужчин, страдающих эректильной дисфункцией, разработан специальный имплантат. Пока бионический пенис находится в разработке, и протестировать его невозможно. После того, как устройство пройдёт все необходимые тесты и будет разрешено к применению, им смогут воспользоваться мужчины, которым не помогает лекарственная терапия.

Попытка создать бионический пенис предпринимается не в первый раз. Для управления эрекцией используют специальные насосы, которые то наполняются жидкостью, то опустошаются. Контролировать этот процесс мужчина может самостоятельно, нажимая кнопку, также являющуюся частью устройства.

Именно такой прибор был установлен 43-летнему Мохаммеду Абаду в прошлом году. Бионический пенис стоил 70 тыс. британских фунтов и управлялся кнопкой, расположенной на мошонке. Эрекция имитировалась с помощью двух трубок, заполняющихся жидкостью. Счастливый пациент сообщил, что успешно опробовал бионический пенис. Для этого ему пришлось воспользоваться услугами проститутки.

Ян РИЦКИЙ.

По информации IFL Science.

Однако

Мирская «схима»

Исследователи из Университета Шеффилда (Великобритания) заявили, что обнаружили эффективный способ продления жизни на несколько лет, однако воспользоваться им будет непросто. Как показало исследование, для того чтобы жить дольше остальных, необходимо полностью отказаться от... секса.

Проведя эксперимент над мучными хрущачами, учёные выяснили, что эти жуки живут дольше, когда избегают спаривания. Те же, кто пытался произвести потомство каждый день, умирали в более раннем возрасте.

По мнению исследователей, во время спаривания насекомые выделяют гормон, необходимый для производства спермы у самцов и яйцеклетки у самок. Однако, со-

гласно результатам исследований, именно этот гормон негативно влияет на иммунную систему, нарушает способность насекомых бороться с инфекцией, а значит, делает их уязвимыми для потенциально смертельных заболеваний.

Хотя данный механизм не исследован на людях, отметил автор исследования доктор Майкл Шива-Джотей, он не должен принципиально отличаться от того, что известно о жуках. «Монахи, для которых воздержание является одним из главных обетов, как правило, имеют более долгий срок жизни, чем женщины с детьми. Кроме того, большинство из нас наверняка знакомы с какой-нибудь незамужней родственницей, которая, похоже, живёт вечно», – резюмировал он.

Борис БЕРКУТ.

По сообщению ВВС.

Случай

Когда арлекину не до смеха

В индийском городе Нагпур родилась девочка с серьёзным врождённым заболеванием – ихтиозом арлекина. Кроме того, что у ребёнка диагностирован ихтиоз, у девочки наблюдается недоразвитие некоторых органов – например, нет ушных раковин и практически отсутствует нос.

При ихтиозе кожа становится жёсткой, а на её поверхности появляются чешуйки. Ихтиоз арлеки-

на – одна из наиболее тяжёлых и редких форм заболевания, которое обычно заканчивается гибелью больного ещё в детском возрасте. Родившаяся девочка – первый ребёнок в семье индийских фермеров. Врачи пока не дают прогнозов, но известно, что сейчас новорождённая находится в палате интенсивной терапии.

Медики утверждают, что это первый ребёнок с таким диагнозом, появившийся на свет в этой стране. О рождении ребёнка с ихтиозом

арлекина в Индии сообщалось в 2014 г., однако в тот раз новорождённый умер до осмотра врачами, из-за этого подтвердить диагноз не удалось. Самый первый больной, о котором сохранилась информация, родился в 1750 г.

Частота данного заболевания составляет 1 на 300 тыс. новорождённых.

Алина КРАЗУЗЕ.

По информации
indianexpress.com.

Взгляд

Подберу музыку к словам...

Некоторые песни обладают особым свойством, которое не слишком радует тех, кто их слышит. Они как будто «западают» в голову и крутятся там неделями, и в любую секунду, чуть расслабившись, человек ловит себя на мысли, что опять напевает надоевшие уже слова. Такие прилипчивые песни получили даже собственное не слишком приятное название – «ушные черви».

Учёные пытались разобраться в причинах навязчивости мелодий. В ходе одной из посвящённых этой теме научных работ они выяснили, что такие песни похожи друг на друга. Чаще всего они достаточно известны, в них есть повторяющиеся ноты или неожиданные интервалы, ритмы этих песен и их мелодические контуры узнаваемы и оригинальны. Келли Якубовски, исследователь из Даремского университета (Великобритания), отметила, что эти песни достаточно просты, чтобы легко запоминаться, но при этом имеют некоторые особенности, которые заставляют мозг «прокручивать» их снова и снова.

Иногда специалисты называют навязчивые песни «непроизвольными музыкальными образами». В 2012 г. в ходе ещё одного исследования, проводившегося в Финляндии, 90% пользователей интернета сообщили, что хотя бы раз в неделю постоянно напевают одну и ту же мелодию. Чем музыкальнее был человек, тем чаще с ним такое происходило, и это подтверждала в том числе научная работа, опубликованная в 2006 г., в которой один из участников – пианист – делился тем, что такие мелодии постоянно звучат у него в голове и очень отвлекают от работы. Мужчина подчеркнул, что навязчивость заставляла его относиться с отвращением даже к песням, которые он изначально находил волнующими. Люди часто думают, что в голове могут вертеться только неприятные песни, однако на деле оказывается, что таких мелодий – не более трети от общего числа.

В 2013 г. исследователи снова нашли подтверждение гипотезе о том, что давно известные песни гораздо чаще «прилипают», и участникам соответствующих экспериментов не нужно было долго

думать о какой-либо известной песне, чтобы она к ним «прицепилась». Мало того, если им параллельно задавали вопросы, касавшиеся самой песни, чтобы люди сильнее задумывались о том, что они поют, – это не влияло на привязчивость мотива и слов.

Однако влиял музыкальный рисунок – длинные ноты и меньшие интервалы увеличивали шанс того, что человек начнёт напевать песню. Это объяснили тем, что такие мелодии гораздо проще напеть, чем, например, оперную арию. К.Якубовски в своём исследовании, опубликованном в ноябре 2016 г., не нашла прямой зависимости между нотами, интервалами и навязчивостью композиции, однако ещё раз выявила причинно-следственную связь между простотой исполнения и тем, как часто песня становится «ушным червём».

Сотрудница Даремского университета провела несколько опросов с 2010 по 2013 г., чтобы выяснить, какие песни чаще всего «западали» людям в голову. Затем она сравнила эти композиции с похожими, которые называли не такими прилипчивыми. Оказалось, что у навязчивых песен ритмы были более

быстрыми, такие песни чаще начинались с интонационного подъёма, который затем сменялся спадом.

У некоторых мотивов были свои особенности – слишком большие паузы или неожиданные изменения в музыкальном рисунке. Это тоже оказывало влияние на вероятность того, что песня будет крутиться в голове длительное время.

Ещё одно исследование показало, что люди, находящиеся на грани обсессивно-компульсивного расстройства, чаще страдают от невозможности «выкинуть» из головы надоевшую песню. У здоровых людей вероятность начать постоянно напевать одно и то же была выше в ходе рутинных дел, не требующих концентрации, например бега.

Что происходит с мозгом в это время – точно не известно, однако в 2005 г. учёные рассказали о серии опытов, в ходе которых людям давали послушать известную песню и в её середине на некоторое время выключали звук. В этот момент непроизвольно активизировалась слуховая кора головного мозга, то есть мозг пытался «додумать» то, чего, по его мнению, в песне не хватало. А в 2010 г. было доказано, что чем больше человек пытается избавиться от надоевшего мотива в голове, тем сильнее этот мотив закрепляется.

Выводы

Недосып хуже алкоголя!

Автомобиль, согласно его описанию в юридических документах, является источником повышенной опасности. Водитель автомобиля всегда должен быть максимально собран – потеря концентрации грозит повреждением чужого имущества или нанесением урона здоровью людей. Закон запрещает употреблять за рулём алкоголь, на некоторых лекарствах пишут, что их не следует принимать перед тем, как сесть за руль, однако есть и другие факторы, которые могут влиять на внимание и собранность водителя.

Исследователи одной некоммерческой организации, выступающей за безопасность на дорогах в США, рассказали, что даже, казалось бы, небольшой недосып способен оказать существенное влияние

на концентрацию человека за рулём.

Специалисты проанализировали данные, собранные Национальной ассоциацией безопасности дорожного движения на магистралях

(National Highway Traffic Safety Administration – NHTSA) за 2,5 года.

За это время – с июля 2005 г. по декабрь 2007 г. – в NHTSA поступили почти 4,6 тыс. полицейских рапортов о ДТП, при которых вызывали медиков или увозили хотя бы одну из повреждённых машин на эвакуаторе (т.е. автомобиль по итогам аварии был не на ходу). Прошедшие специальную подготовку следователи выявляли в каждом случае, что делал водитель в течение суток до аварии, в том числе сколько он спал, и как это

соотносилось с рекомендованными нормами сна для взрослого человека (7-9 часов).

Затем исследователи подсчитали, какова вероятность попасть в ДТП у водителя в зависимости от того, сколько он спал предыдущей ночью.

Выяснилось, что по сравнению с людьми, которые «выполняли норму» по сну, у водителей, спавших накануне 4 часа и менее, вероятность попасть в ДТП была выше в 11,5 раза. Если человек спал на 1-2 часа меньше, чем обычно, шанс попасть в аварию на следующий день у него был выше в 2 раза. Специалисты подсчитали, что недосып влияет на организм так же или даже хуже, чем алкоголь.

Дословно

Американские терапевты часто используют неправильные тесты для диагностики пищевых аллергий у детей. Об этом рассказал доктор Дэвид Стукус из Национальной детской больницы в штате Огайо (США), который вместе со своими коллегами провёл соответствующее исследование. Ненужные назначения могут негативно влиять на здоровье детей.

Профилактика гипердиагностики

Панели пищевых аллергенов часто используются медиками первичного звена в США для выявления пищевой аллергии. Однако аллергологи считают эти панели неэффективными, рекомендуя тестировать ребёнка на аллергию на конкретный продукт, причём только в том случае, если аллергия очевидна.

В противном случае – при использовании панели пищевых аллергенов – может быть поставлен неверный диагноз. На большинство продуктов, представленных в этой панели, у ребёнка могло бы не возникнуть реакции, если бы его проверили адресно на аллергию именно на эти продукты – но поскольку его организм среагировал на весь спектр потенциальных аллергенов, родителю советуют ограничить рацион сына или дочери.

Д.Стукус подчеркнул, что часто терапевты неправильно интерпретируют результаты тестирования с помощью панели пищевых ал-

лергенов, однако продолжают их использовать, так как, во-первых, эти панели позиционируются как удобные для проверки сразу на несколько аллергенов, а во-вторых, пациенты больше платят за такие анализы.

В практике доктора Стукуса, по его словам, были случаи, когда строгие ограничения, в которых изначально не было необходимости, становились причиной развития реальной аллергии. Кроме того, отметил аллерголог, дети, находящиеся на строгой диете, могут недополучать полезных микроэлементов и питательных веществ.

Согласно данным исследования, медики первичного звена прописывали тестирование с помощью панели пищевых аллергенов в 45,1% случаев, а аллергологи – только в 1,2%. При этом анализ с помощью панели был у терапевтов в среднем в 2 раза дороже, чем у аллергологов.

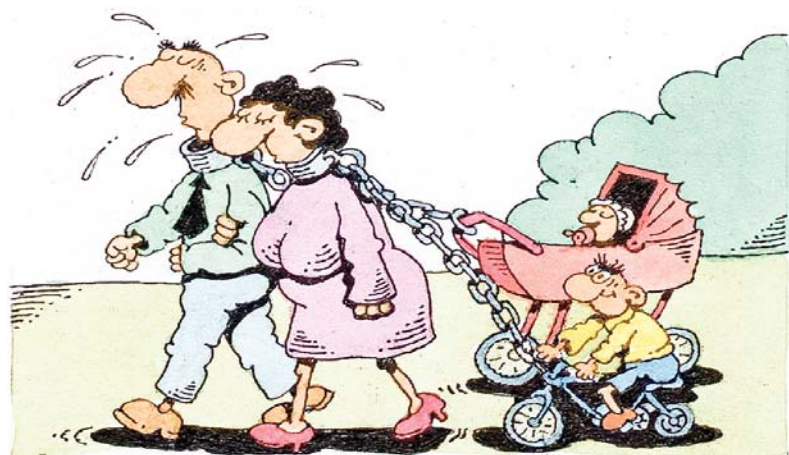
Гипотезы

Маме – стресс, отцу – веселье

Учёные из Корнелльского университета (США) исследовали, как мужчины и женщины воспринимают родительство. Оказалось, что и тем, и другим нравится общаться со своими детьми, женщины несут большую ответственность и тратят на общение гораздо больше сил.

Исследователи связали это с тем, что папы обычно занимаются с сыном или дочерью разными интересными вещами: играми, прогулками, а вот на мам ложится большинство забот именно по бытовому обслуживанию детей. Кроме того, женщины чаще остаются с детьми одни (без партнёра), чаще просыпаются по ночам и в среднем имеют меньше свободного времени. Всё это ассоциировано с более низким уровнем благополучия.

Были использованы данные опросов за 2010, 2012 и 2013 гг., в которых участвовали около 12 тыс. родителей. У мужчин и женщин в 3 произвольно выбранных момента спрашивали, чем они заняты и что чувствуют. Участники рассказывали, насколько счастливыми, печальными, усталыми они себя чувствуют, не находятся ли они в стрессе, а также насколько значимым они считают то дело, которым занимаются. Затем исследователи



сравнивали, как люди чувствуют себя, занимаясь одними и теми же делами с детьми и без детей.

Соавтор исследования Келли Мусик рассказала, что ощущения родителей во многом зависели от того, насколько опасным было занятие и как пристально им приходилось следить за детьми, чтобы предотвратить возможные инциденты. Отцы чаще просто играли с детьми, причём во многих случаях мать тоже при этом присутствовала, «дети были вымыты, обед

Идеи

Как не сгореть на работе?

Выражение «сгорел на работе» существует в русском языке достаточно давно: так говорят о человеке, который от усталости потерял всякий интерес к тому, что он делает. В последнее время специалисты, в том числе психологи, всё чаще говорят о синдроме профессионального выгорания, возникающем, когда работник получает в процессе труда слишком много негативных переживаний.

Организм человека реагирует, как известно, на постоянный стресс – и вот уже тогда-то любимая работа больше не приносит радости, даже если на ней всё налаживается. В Бельгии власти планируют внести профессиональное выгорание в список официально признанных заболеваний, чтобы люди могли получать своевременное лечение.

Эта инициатива не нова для страны, ещё 2 года назад некоторые организации самостоятельно приняли решение о том, чтобы частично покрывать лечение работников от выгорания страховкой. Теперь этот опыт распространится по всей Бельгии, и, по словам министра здравоохранения Мэгги Де Блок, официальный статус профессионального выгорания позволит заниматься его профилактикой. Кроме того, бельгийские работники смогут сэкономить таким образом на медицинской помощи, так как по примерным оценкам эксперты страховые компании будут возмещать до 70% сумм, потраченных человеком на визиты к врачам в связи с выгоранием.

Статистика гласит, что в 2010 г. чуть более 4,5 тыс. бельгийцев боролись с профессиональным выгоранием более года подряд. В 2015 г. количество тех, кто брал дополнительные выходные из-за этого состояния, превысило 8 тыс. Однако эти цифры учитывают только тех, кто уже долгое время не может справиться с этим состоянием, а всего, по другим данным, от профессионального выгорания страдает 9,2% населения всей страны.

готов, стирка загружена». Женщины, по словам авторов, обычно занимались иными вещами: если совместные игры доставляли удовольствие всем участникам, и детям, и родителям, то гораздо менее интересные необходимые дела в основном ложились на женские плечи. Келли Мусик предположила, что разница может быть обусловлена общественными ожиданиями – «стандарты» предполагают, что мать гораздо более вовлечена в воспитание, чем отец.

Подготовил Марк ВИНТЕР.
По материалам WebMD, Reuters, Medical Xpress, Live Science.

Во всех солидных энциклопедических словарях отмечается, что в марте нынешнего года исполняется 100 лет со времени ухода из жизни Владимира Петровича Сербского – основателя российской школы клинического психоанализа и судебной психиатрии.

Родом Сербский из врачебной семьи. Но сам он по «первому заходу» не последовал по отцовскому пути и поступил на физико-математический факультет московского университета. И всё же по его окончании резко меняет свои интересы и выбирает медицинский факультет. То, что этот выбор оказался по интересам, свидетельствует в какой-то мере серебряный диплом, вручённый ему за дипломную работу.

Не без наставника

Немалую роль в становлении молодого врача сыграл выдающийся отечественный психиатр конца XIX века С. Корсаков. Это по его рекомендации Владимир Петрович возглавил земскую психиатрическую больницу под Тамбовом. По тем временам она мало чем отличалась от других российских захолустных учреждений этого профиля, так тонко описанных в Чеховской «Палате № 6».

Несколько лет работы в тамбовской лечебнице окончательно сформировали Сербского как психиатра, психиатра-реформатора. Те преобразования, которые он там ввёл, можно без натяжки назвать революционными. Прежде всего, Владимир Петрович кардинально изменил отношение своих сотрудников к больным, убедив их, что они имеют дело не с идиотами, недостойными человеческого внимания, а с такими же, как они, людьми, только глубоко несчастными в силу своей болезни.

Далее Сербский отменил смиренные рубашки и мучительные для больных кожаные рукава, в которые их привычно заковывали. Добился молодой главный врач и того, чтобы его подопечных прилично одевали, нормально кормили. Впервые ввёл в лечебнице трудотерапию, организовывал для больных доступные для местных условий маленькие праздники – экскурсии, концерты. Всё это благотворно сказывалось на их здоровье. Постепенно многое из опыта тамбовской лечебницы перекочевывало и в другие провинциальные психиатрические лечебницы.

Местное земство оценило усилия своего энергичного врача и в награду предоставило годовую командировку в Австрию, где молодой Сербский окончательно убедился, как много в лечении душевнобольных зависит от тех преобразований, инициатором которых он стал у себя на родине.

Где родился, там и пригодился

По возвращении в Россию судьба надолго связала его с клиникой при Московском университете и его кафедрой психиатрии. Прошёл он путь от рядового ассистента до ведущего профессора. Параллельно со служебным ростом рос его авторитет. И после смерти С. Корсакова Сербский стал, по сути дела, главным психиатром страны.

Имя Владимира Петровича и его роль в развитии отечественной психиатрии во многом, как уже отмечалось на примере Тамбовской лечебницы, связаны со словом «впервые». Тонкий клиницист, он первый в мире по свидетельству литературы доказал, что некоторые психические болезни, проявляющиеся у взрослых, – следствие детского слабоумия или полученной травмы. Впервые он описал разные формы злокачественной психиатрии. Разработал понятия вменяемости и невменяемости больных. Доказал связь психических поражений с социальными условиями жизни. В амбулаторной службе организовал патронаж больных.

Дела судебные...

С годами научные интересы Сербского всё больше связывались с судебной психиатрией, многие положения которой он тоже впервые ввёл в России. Ему при-

его диагноз. Заключённого приговорили к 4 годам тюрьмы. Кончилась эта история тем, что Недоносков вскоре умер в камере от того же прогрессирующего паралича. Каждое доходившее до Сербского такое неоправданное судебное решение он анализировал в своих публичных выступлениях.

Если судьи относились к нему часто свысока, то студенты и больные его обожали. Первые – за

Однако доктор Сербский категорически отказался его исполнить, объяснив, что осмотр психических больных посторонними лицами может навредить их состоянию. Переговорив со своим начальством, пристав заявил, что градоначальник даёт Сербскому полчаса на размышления, после чего к осмотру больных приступят насильственно. На это Владимир Петрович ответил: «Мои убеждения

ником, без средств к существованию, не выслужив даже пенсии. Надо отметить, что вслед за ним университетскую клинику покинули многие врачи.

Небольшое отступление, тоже характеризующее героя этого очерка, хотя и не вписывающегося в хронологию повествования. За год до разрыва Сербского на идеологической почве с университетской публикой ушёл из

Имена и судьбы

Врач без страха и упрёка

Именно таким остался в истории выдающийся отечественный психиатр

надлежит разработка определений клинических критериев экспертных оценок основных форм психических заболеваний. Немало сил он вложил в принятие закона, обязывавшего специалистов определять состояние подсудимого, подозреваемого в психических нарушениях. Многие десятилетия его два тома по судебной психиатрии верно служили не только отечественным врачам – они стали повседневным руководством для психиатров большинства европейских стран. Впервые в 1892 г. Владимир Петрович начал преподавать студентам медицинского и юридического факультетов курс судебной психиатрии. И в России в течение многих лет не проходило ни одного съезда психиатров, на котором профессор Сербский не поднимал бы проблемы судебно-психиатрической экспертизы.

Его глубоко возмущало, что заключения о состоянии здоровья арестованных, несмотря на принятие соответствующего закона на этот счёт, по-прежнему нередко давали городские или полицейские врачи, чьи так называемые экспертизы основывались на неведомых внутренних ощущениях. А к экспертным заключениям специалистов, отмечал известный юрист А. Кони, всегда поддерживавший Сербского, судьи часто относились с недопустимой развязностью. Но Владимир Петрович не переставал настаивать на том, что даже опасный преступник может оказаться психически нездоровым, и определять его состояние можно доверить только специалистам. Сербский сам нередко участвовал в сложных судебно-психиатрических экспертизах, и его выводы всегда основывались на глубоких клинических наблюдениях и гуманном отношении к нездоровому человеку. И всё же даже заключения Сербского, известного в стране психиатра, не всегда принимались во внимание. Кончалось это нередко трагедией. Вот один только пример, обретший благодаря выступлениям Владимира Петровича широкую известность.

Бывший член Государственной думы из кругов, оппозиционных к власти, по фамилии Недоносков (фамилия подлинная!) совершил убийство. Несколько экспертиз с участием Сербского пришли к выводу, что заключённый страдает скрытой формой прогрессирующего паралича. Владимир Петрович выступил на суде с речью, убедительно доказывавшей, что Недоносков нуждается в длительном лечении. Но судья не принял во внимание доводы учёного и отверг



интересные лекции и, вероятно, за то, что он не скрывал своих антиправительственных настроений, вторые – за его внимание, которое он оказывал любому обратившему к нему человеку, за то, что всегда защищал своих пациентов, всегда был рядом с ними и даже ночью посещал клинику, дабы со спокойной душой отправиться домой.

По принципам гуманности

Впрочем, по характеру Владимир Петрович был человеком непростым. Отличался прямоотой, порой казавшейся грубоватой и жёсткой, был несловохотлив, хотя те, кто его знали, понимали, что за всем этим скрывалась доверчивость, удивительная доброта, которая в полной мере раскрывалась в отношении к больным. И главное, он всегда был верен принципам медицинской этики. Так, между прочим, отзывался о Сербском его современник, тоже известный психиатр, П. Ганнушкин, чьи общественные позиции, между прочим, далеко не всегда совпадали с антиправительственным радикализмом Владимира Петровича.

Да, в историю отечественной психиатрии Сербский вошёл не только как тонко разбирающийся клиницист, но и как общественный деятель, как борец за права психических больных. Это подтверждалось всем его поведением. Однажды – это было вскоре после революции 1905 г. – он выгнал полицейских из своей клиники, разыскивавших там революционеров. Следом явился пристав, заявив, что имеет предписание осмотреть больных с целью выявления скрывающихся преступников и предъявил при этом предписание градоначальника.

не могут измениться ни через полчаса, ни через более продолжительное время... Я ни при каких условиях не могу дать согласие на меры, от которых могут пострадать пациенты». Убедившись в непреклонности Сербского, полиция отступила. Более того, Владимир Петрович тут же написал градоначальнику жалобу с требованием привлечь пристава к судебной ответственности. А на дверях его квартиры появилось объявление «Полицейские и жандармы в качестве пациентов не принимаются».

Как врач-гуманист Сербский выступал также ярким противником смертной казни. Он считал её безнравственным актом, укрепляющим в людях привычку к самому дикому физическому насилию, позорящему общество и отнюдь не приводящему к снижению преступности. А в своём выступлении на II съезде отечественных психиатров (Киев, 1905) вдобавок подчеркнул, что быстрый приговор к смертной казни порой становится причиной судебной ошибки. И «под нож» попадают часто душевнобольные.

И врач, и гражданин

Революцию 1905 г. Сербский поддержал всей душой. Его гражданские позиции достаточно ярко проявились на том же II съезде психиатров, председателем которого он был избран. Владимир Петрович обратил особое внимание коллег на необходимость анализа социальных условий жизни больных, выступал против националистических настроений врачей, будораживших общество, агитировал за предоставление равных прав любому человеку, за обеспечение свободы личности, печати, слова.

Не все участники съезда и прежде всего университетская профессура разделяли политические позиции Сербского. Противоречия порой доходили до склок, безмерно угнетавших Владимира Петровича. При этом он становился всё более ярким противником существующего строя. На I съезде русского союза психиатров и невропатологов им. С. С. Корсакова (1911) Сербский открыто заявлял о своих интернациональных взглядах. Это его слова, что «неприлично обряжаться в убогую роскошь крикливого национализма», за которые он к тому же впал в открытую немилость и к ярому реакционеру тех лет министру просвещения А. Кассо.

В знак протеста к нему и профессуре, лояльно относящейся к власти, Владимир Петрович в том же 1911 г. подал заявление об отставке. Ушёл, как говорится, в никуда, ушёл, будучи бессребре-

жизни Лев Николаевич Толстой. Владимир Петрович счёл своим долгом проводить великого писателя в последний путь. Но чтобы попасть в Ясную Поляну, ему всю ночь пришлось на Курском вокзале ждать поезда. Многие его коллеги разошлись по домам, а Сербский всё ждал. Утром наконец подали товарный поезд.

Не хлебом единым...

Но вернёмся к жизни Владимира Петровича после его ухода из университета. Материально он сильно бедствовал, но духом не пал. Оправившись от первого шока, организовал в Москве «Малые пятницы» – вечера интересных встреч психиатров. Популярность их от одной пятницы к другой росла. Одновременно Владимир Петрович дорабатывал свою фундаментальную работу «Руководство к изучению душевных больных». В печати же выступать категорически отказывался. Изменил этому своему принципу лишь раз, когда эмоции перехлестнули все границы. Выступил в либеральном издании «Русские ведомости» с резкой критикой психиатрической экспертизы, проведённой киевским профессором И. Сикорским по фальсифицированному делу Бейлиса, обвиняемого в совершении ритуального убийства подростка. Сербский назвал заключение Сикорского не экспертизой, а злодеянием. К счастью, присяжные признали Бейлиса невиновным.

В тот же период официальной бездейственности британское и шотландское общество психиатров пригласили Сербского профессором в Единбургский университет. Владимир Петрович, несмотря на все свои материальные неурядицы, от столь лестного предложения отказался. Покинуть Россию? Нет, на это он не мог пойти.

С приходом Временного правительства Сербский, ожидая добрых перемен, воспрял духом. И впрямь на его адрес пришла правительственная телеграмма с приглашением вернуться в московский университет. Одна мысль вновь оказаться в родной клинике, как казалось ему, к тому времени уже тяжело больному, ненадолго вернула силы. Но, увы, буквально спустя пару дней после получения столь радостного сообщения Владимира Петровича Сербского, не дотянувшего до своих 60 лет, не стало.

Что добавить к этому рассказу об истинном русском интеллигенте и учёном-новаторе? Несомненно, время вносит определённые закономерные поправки в научные установки прошлого. Однако Сербский сделал так много для становления российской клинической и судебной психиатрии, что этот вклад и сегодня не потерял актуальность. И память о нём сохраняется не только в его трудах. Вот уже без малого 100 лет Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии Минздрава России носит имя В. П. Сербского.

Марина МЕЛКОНЯН.

Год назад среди отечественных храмов появилось пополнение. На 11-й Парковой улице старинного столичного района Измайлово, на территории городской клинической больницы № 57 состоялось освящение храма во имя святого страстотерпца, лейб-медика семьи императора Николая II Евгения Боткина. Украшением нового храма стала икона, созданная заслуженным художником РФ, лауреатом Государственной премии РФ Николаем Кукулиевым. И вот мы беседуем с мастером.

— Николай Борисович, вас по праву называют ярким представителем возрождённого старинного искусства Палеха...

— В конце 80-х годов прошлого века возникла реальная угроза для россиян — потерять уникальный старинный художественный промысел лаковой миниатюры. Тогда-то мои родители — Борис Николаевич и Калерия Васильевна — вместе со своими коллегами создали творческую мастерскую «Палешане», возрождая преемственность коллективного творчества.

Я родом из Палеха. Как говорится, где родился, там и пригодился... Сколько помню себя в детстве — просыпался, ощущая лёгкий запах красок, лака, видя наборы разных кисточек и родителей, склонившихся над удивительными сказочными рисунками. Запомнились рассказы о прадеде — Иване Ивановиче Зубкове, иконописце, одном из основателей палехской лаковой миниатюры. Это во многом ему обязано своим рождением обновлённое искусство Палеха, которое по праву называют явлением мировой художественной культуры. Такое родство обязывает ко многому.

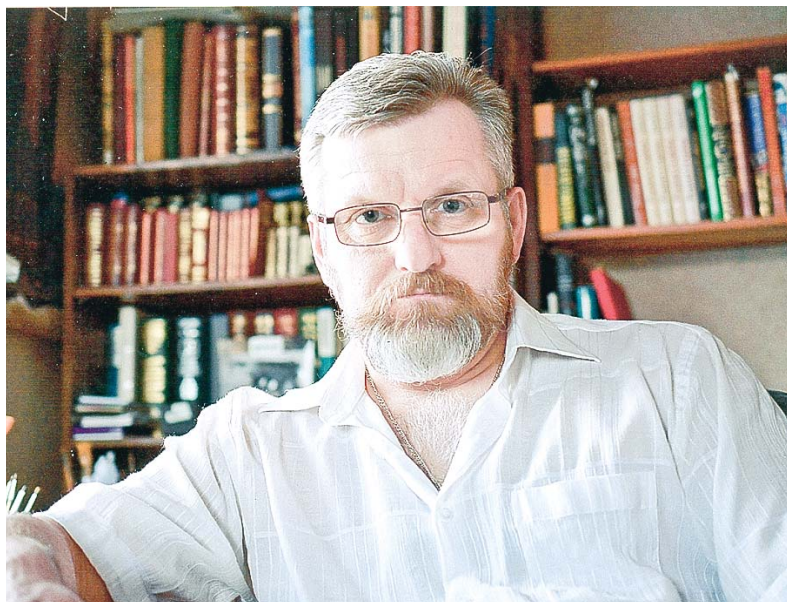
Окончив Палехское художественное училище им. М.Горького, я поступил на работу в местные художественно-производственные мастерские, получил признание.

— В чём они — секреты удивительного ремесла, с которым вы связали свою жизнь?

— Не скрою, как бы ни давила порой усталость, открывает чувство неразрывной связи с древнерусским искусством. Желание множить красоту окружающего мира крепло, когда я рассматривал многокрасочные шкатулки, декоративные тарелки, панно, созданные моими родителями. «Садко», «Ермаковы лебеди», иллюстрации к сказам П.Бажова... Всегда уверенный чёткий рисунок, композиционная динамика, стремление к поиску... Готов был часами любоваться иллюстрациями книги, посвящённой 100-летию освобождения Болгарии от османского ига.

В работах палехских художников нашла отражение красота подмосковной природы, биографии отечественных национальных героев прошлого и наших дней. Разнообразна галерея портретов деятелей культуры, космонавтов, отечественных и зарубежных лидеров...

Мастера, воссоздавая традиционный иконописный промысел, занялись оформлением книг в палехском стиле. Уникальным изданием стало «Евангелие в красках Палеха». Этот коллективный труд отмечен Государственной премией РФ. Неповторимым подарочным



Художник Николай КУКУЛИЕВ:

Я горжусь, что икона Боткина украшает больничный храм

изданием — в кожаном футляре, с золотым обрезом, весом почти шесть килограммов, — является «Библия», вобравшая в себя 136 композиций. Не могу не упомянуть масштабный многолетний проект — издание книги «Святые покровители Земли Русской».

— Вы приняли участие в показе древнего искусства за рубежом...

— В 1999 г. наша творческая мастерская под руководством Б.Кукулиева оформила актовый зал для приёмов в Российской миссии при ООН в Нью-Йорке, посольство в Вашингтоне. Работа мастеров Палеха — живописное панно «Свадебный пир Руслана и Людмилы», другие холсты на темы пушкинских произведений, в том числе и исполненные мной, получили высокую оценку дипломатов, руководства ООН. Запомнился тёплый отзыв Сергея Лаврова, тогдашнего посла Российской миссии при ООН в Нью-Йорке.

— Каким образом произошло «пересечение» с медицинской тематикой?

— Врачевание издревле считалось Божьим промыслом, а врач — инструментом в его руках. Вот почему я сразу же откликнулся на приглашение руководителя НИИ пульмонологии, главного терапевта-пульмонолога Минздрава России, академика РАН А.Чучалина принять участие в оформлении храма в измайловской больнице.

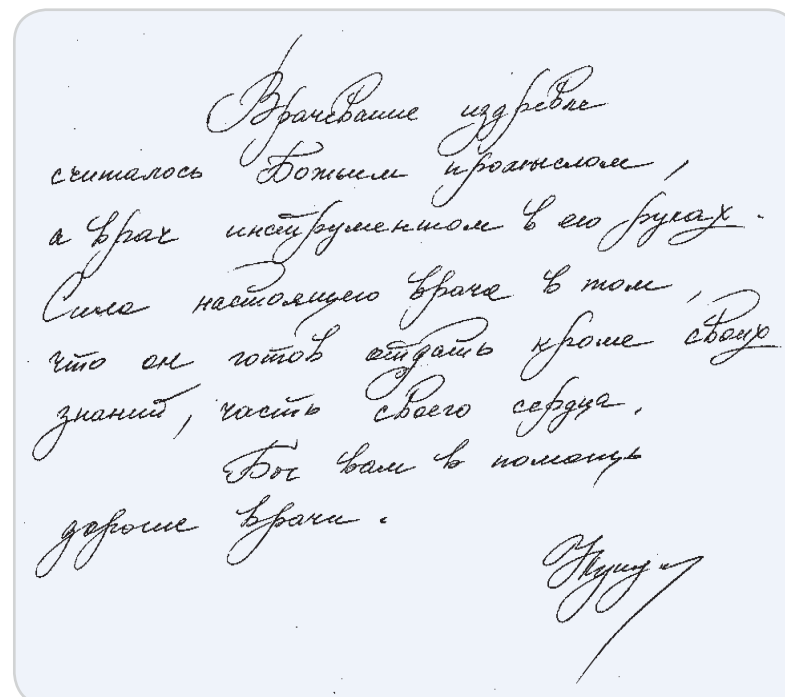
Меня взволновали размышления академика о великой ответственности медицинского сообщества, особенно на фоне вызовов XXI века. Отмечая высокий духовный пример сына, выдающегося русского учёного и врача, основателя экспериментального направления в медицине, Боткина, академик подчеркнул: «И пусть он не сделал таких больших открытий, как другие, но осознание им места врача в обществе возвело русскую медицину на высочайший уровень».

Демонстрируя высокие принципы врачебной этики, Е.Боткин



показал, что любовь к больному в первую очередь проявляется в том, как врач выстраивает с ним диалог. И успех врачевания напрямую зависит от правильно налаженного общения с пациентом. Своё мировоззрение он изложил на лекциях (они были изданы) «Как ухаживать за больным» и «Как любить больного».

Евгений Боткин знал о скорой казни. Однако предпочёл спасению верность присяге: «Видите



Напряжённая работа длилась 9 месяцев. Снова и снова рассматривал архивные документы, сохранившиеся фото лейб-медика, реконструкцию его портрета, выполненную скульптором Никитиным. Вместе со мной над оформлением иконы работал художник Алексей Морозов.

Образ удивительного человека, врача, который не смалодушничал перед смертельной угрозой и не предал, не оставил наедине с бедой своего маленького пациента — цесаревича Алексея, болевшего гемофилией, конечно же, не может не волновать. «Я дал царю честное слово...». Согласитесь: не так уж много найдётся людей, готовых повторить такое.

Я горжусь, что икона Боткина украшает больничный храм.

— Ожидаете ли вы, как художник, продолжения семейной традиции?

— Верю в это. Супруга Светлана — потомственный художник, выпускница Палехского художественного училища. Ей принадлежит большое количество высокохудожественных, причём разноплановых произведений... Многие из них находятся в частных собраниях в России и за рубежом. Наши дети — Данила и Полина — отлично разбираются в живописи. Дочь с отличием окончила Палехское художественное училище. Профессионально занимается акварельной живописью. Активно участвует в зарубежных и отечественных выставках.

— Как бы вы определили свой девиз по жизни?

— Хочу обратиться к Библии, напомнить строки Псалма 36:

«Утешайся Господом, и Он исполнит желания сердца твоего. Предай Господу путь твой и уповай на него, и Он совершит и выведет, как свет, правду твою и справедливость твою, как полдень».

Беседу вёл
Михаил ГЛУХОВСКИЙ,
корр. «МГ».

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора — ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии — Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

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

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-02-00346 Тираж 23 907 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»:

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

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

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