

Медицинская

18 ноября 2015 г.
среда
№ 86 (7608)

Газета®

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

Итоги и прогнозы

Медиков в селе встречают, как родных

Особенно мобильными оказались детские врачи



В Министерстве здравоохранения Омской области подвели предварительные итоги работы врачей ведущих больниц Омска, выезжавших с начала нынешнего года в сельские районы региона для оказания высококвалифицированной медицинской помощи жителям сёл и деревень.

Такие выезды давно стали традиционными, и проводятся они мобильными медицинскими бригадами, в состав которых обязательно входят узкие специалисты – офтальмологи, хирурги-онкологи, оториноларингологи, стоматологи... Причём приём селян городскими медиками ведётся не только в центральных районных больницах Прииртышья, но и в участковых, а также в сельских врачебных амбулаториях и

Несмотря на первый в этом году снег в Прииртышье, традиционные встречи городских медиков с сельскими жителями продолжаются

фельдшерско-акушерских пунктах. И с января 2015 г. в этих медучреждениях проведено более 60 тыс. консультаций, выполнено более 32 тыс. диагностических исследований, сделано 24 операции. Впечатляет и число выездов – 1665.

Мобильные бригады медиков из 17 больниц Омска побывали во всех 32 районах области, и везде их встречали и встречают, как родных. А лидером по работе на выездах стал коллектив Омской областной детской клинической больницы. На его счету 548 выездов. 401 раз выезжали в сельскую местность врачи областной клинической больницы. 151 выезд в зачёте регионально-

го клинического онкологического диспансера, 86 раз в такие служебные командировки отправлялись специалисты территориального Центра крови и 78 – фтизиатры областного противотуберкулёзного диспансера...

Несмотря на уже наступившую в Сибири зиму, первый снег, работа врачей крупнейших лечебно-профилактических учреждений Омска на выездах в сельскую местность продолжается. Так что окончательные её итоги будут подведены в начале грядущего 2016 г.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Общероссийского профсоюза работников здравоохранения:

Профсоюз более всего беспокоит ситуация с финансовым обеспечением реализации профессиональных и трудовых прав работников.

Стр. 4

Юрий ШЕЛЫГИН,
директор ГНЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих,
главный колопроктолог Минздрава России, профессор:

Самое главное – преодолеть не техническую отсталость клиник, а консерватизм врачей.

Стр. 7



Леонид ЛИХТЕРМАН,
главный научный сотрудник НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, профессор:

Тонкий анализ изменений самочувствия больного – это и есть высший уровень врачебного искусства.

Стр. 12

В центре внимания

На здравоохранении не экономить

Президент РФ Владимир Путин подписал ряд поручений по итогам форума Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину!», который состоялся 7 сентября 2015 г.

Правительству РФ, в частности, поручено сохранить в 2016 г. финансирование госпрограммы «Развитие здравоохранения» на уровне не ниже установленного законом «О федеральном бюджете на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 гг.» Одновременно руководителям регионов рекомендовано предусмотреть в бюджетах субъектов РФ ассигнования на финансирование системы здравоохранения не ниже уровня, установленного на 2015 г., и проинформировать о выполнении работы также к 15 декабря этого года.

К 1 февраля 2016 г. кабинету министров необходимо

проанализировать причины значительного расхождения в стоимости лекарственных препаратов для медицинского применения при проведении в субъектах РФ закупок для государственных и муниципальных нужд и принять меры по их устранению.

Кроме того, до 31 декабря кабмин должен уточнить в программе показатели, устанавливающие сроки ожидания гражданами медицинской помощи, в том числе обследования на дорогостоящем медицинском оборудовании, а также время доезда до пациента бригад скорой и неотложной медицинской помощи.

До 1 декабря 2016 г. Правительству РФ предстоит проанализировать медико-экономическую эффективность проведения диспансеризации населения.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Статистика

Очевидный прогресс

Согласно оценке экспертов и аналитиков Единой медицинской информационно-аналитической системы, доступность участковых терапевтов и педиатров в Москве по итогам октября улучшилась на 2 и 8,5% соответственно.

«По данным ЕМИАС, в октябре по сравнению с предыдущим месяцем улучшилась доступность наиболее востребованных врачей – терапевтов и педиатров. В октябре записаться на приём к терапевту в комфортном диапазоне, который составляет 0-1 день, могли 83,7% пациентов, что на 2% больше, чем в сентябре. Доступность педиатров

выросла на 8,5%: у 83,9% пациентов была возможность записаться на приём в день обращения или на следующий день», – констатировали в Департаменте здравоохранения Москвы.

По данным ЕМИАС, самым «благоприятным» округом для посещения терапевта в октябре стал Центральный административный округ, а для пациентов педиатра – Зеленоградский административный округ. «Время ожидания начала приёма по городу в целом сохранилось на уровне сентября: 87% пациентов терапевта и 89% пациентов педиатра могли попасть на приём в диапазоне

20 минут от назначенного времени», – пояснили в ведомстве.

Также, по данным ЕМИАС, в октябре москвичи активнее принимали участие в интернет-опросах по итогам посещения поликлиник: получено на 40% ответов больше, чем в сентябре. Уровень лояльности москвичей сохраняется на высоком уровне: 88,2% участников онлайн-опросов ответили, что удовлетворены результатами приёма, отношением персонала и чистотой поликлиники.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Москва.



Многофункциональный модульный
фетальный монитор Star5000F



- Оригинальная модульная конструкция состоящая из основного блока и подключаемых модулей
- Комплексный мониторинг беременности, родов и послеродового периода
- Сменный модуль для срочной транспортировки и наблюдения витальных параметров матери

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Что особенно вредно

Врачи центра здоровья воронежской городской больницы № 16 провели интересную акцию. В рамках областного межведомственного проекта «Живи долго!» они пригласили специалистов воронежского родильного дома № 2 и воронежской стоматологической поликлиники № 5 пройти профилактические осмотры. Прежде всего, для раннего выявления сердечно-сосудистых заболеваний, факторов риска их развития.

Акция прошла под девизом «Повышенный вес и артериальное давление – это вредно». Сотрудники медицинских организаций прошли экспресс-интервью на наличие факторов риска развития артериальной гипертензии и ожирения. Им измерили артериальное давление, рост, вес, определили индекс массы тела. Специалисты центра здоровья также напомнили коллегам о режиме труда и отдыха, правильном и своевременном питании, двигательной активности и правилах здорового образа жизни. В такой своеобразной диспансеризации приняли участие 250 человек.

Павел ГАЛКИН.

Воронеж.

Стимулирующие доплаты сохранили

Губернатор Алтайского края Александр Карлин подписал постановление о профессиональных доплатах отдельным категориям специалистов в сфере здравоохранения. Внесены изменения в части источника финансирования данных профессиональных доплат.

В последние годы в крае реализуется комплекс мер, направленных на улучшение положения медицинских работников, повышение престижа профессии медика, реализацию возможности своевременной последипломной переподготовки. Принимаются конкретные меры и по установлению достойной заработной платы.

С целью минимизации различий в уровне оплаты труда для отдельных категорий медицинских работников с 2011 г. администрацией края поэтапно введены доплаты, которые губернатор считает неотложными и оперативными мерами.

Профессиональные доплаты получают врачи анестезиологи-реаниматологи, хирурги, терапевты стационарных отделений, операционные медицинские сёстры и медсёстры-анестезисты стационарных отделений, средний медицинский персонал стационарных отделений. А также молодые врачи медицинских организаций, расположенных в сёлах, рабочих посёлках и городах края, стаж работы которых не превышает 3 лет после окончания обучения.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Юбилейный профилактический

Крупное событие на территории Челябинской области – Южно-Уральский профилактический форум прошёл в Челябинске в десятый раз.

Особенностью этой встречи стало то, что кроме профессиональных дискуссий, обмена опытом и обсуждения современных тенденций в здравоохранении, посетители смогли побеседовать с врачами, проверить своё здоровье и получить ценные советы по здоровому образу жизни.

В рамках форума медицинские организации предоставили широкий спектр бесплатных услуг. Здесь работали два взрослых, один смешанный и один детский центр здоровья. Их специалисты на профессиональном оборудовании исследовали состояние сердечно-сосудистой и дыхательной систем, антропометрические данные, проводили психотесты и т.п. По итогам этого обследования определялись факторы риска и выдавались паспорта здоровья с рекомендациями по коррективке образа жизни. Также были востребованы мобильные комплексы, представленные на площадке перед медицинским университетом: выездные поликлиники взрослой и детской областных больниц, передвижной флюорограф областного противотуберкулёзного диспансера и мобильный комплекс, на базе которого можно пройти комплексное обследование сердечно-сосудистой системы.

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

Вши? Не надо поддаваться панике

В Республике Бурятия начался месячник по борьбе с педикулёзом. По данным территориального Управления Роспотребнадзора, за 9 месяцев этого года в регионе зарегистрировано 416 случаев педикулёза (42,7 на 100 тыс. населения). По сравнению с аналогичным периодом 2014 г. показатель вырос в 1,4 раза (297 случаев).

Самое неприятное в этой ситуации то, что 76% заболевших – дети и подростки до 17 лет, воспитанники детских садов и учащиеся общеобразовательных школ. Роспотребнадзор отмечает, что результаты эпидрасследований случаев педикулёза «свидетельствуют о формальном подходе медицинских работников, руководителей образовательных учреждений к проведению осмотров на педикулёз».

Естественно, история малоприятная для XXI века, но и не катастрофическая. Именно так, похоже, расценивают её в Министерстве здравоохранения Бурятии. Ведомство предложило памятку для населения с весьма «оптимистичным» взглядом на проблему вшей. В тексте, например, есть такая фраза: «В случае заражения не стоит поддаваться панике. Педикулёз давно и хорошо известен человеку». Не поддаваясь панике, Управление Роспотребнадзора по Республике Бурятия совместно с региональными министерствами здравоохранения, образования и науки, социальной защиты населения объявили месячник по стабилизации эпидемической ситуации по педикулёзу, в течение которого будут проведены сплошные профилактические осмотры в детских коллективах.

Елена СИБИРЦЕВА.

Улан-Удэ.

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

Акценты

Сохранить здоровье помогает труд

Это подтверждает коллектив одной из больниц Подмоскovie



Трудовая деятельность помогает людям, имеющим проблемы с психическим здоровьем, преодолеть комплексы, способствуя процессам реабилитации и ресоциализации. Этот посыл стал основополагающим в обмене мнениями врачей, педагогов, представителей государственных структур и других заинтересованных лиц, приглашённых к обсуждению в Психиатрической больнице № 8 в рамках проведения Всемирного дня психического здоровья.

Эта подмосковная психиатрическая больница – одно из немногих, если не единственное, учреждение региона, где трудовая реабилитация существует не только на бумаге. Большое оснащённое лечебно-трудовое отделение (ЛТПО) функционирует здесь с 1970 г. Накоплен солидный положительный опыт работы, который требует осмысления и обобщения. Важность обсуждаемого вопроса подчёркивалась присутствием учёных-специалистов в области психиатрии: председателя Московского областного общества психиатров и психиатров-наркологов, кандидата медицинских наук, заслуженного врача РФ В.Евтушенко, врача-психиатра Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии

В перерыве работы конференции

им. В.П.Сербского, доктора медицинских наук Л.Пережогина, представителей органов власти, Орехово-Зуевской епархии РПЦ, учреждений здравоохранения, образования.

Главный врач больницы, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Г.Шурыгин, приветствуя собравшихся, отметил, что одной из важных задач коллектива учреждения является формирование эмоционального климата, способного улучшить нынешнее положение дел в сфере психического здоровья, содействовать росту толерантности населения к психически больным людям.

Далее, в соответствии с программой, состоялась церемония посвящения в профессию, которая стала хорошей традицией в больнице. Четыре специалиста-медика, принятых на работу в больницу в этом году, получили от главного врача напутствие, цветы и сувениры.

Обсуждение темы «Роль труда в охране психического здоровья» началось с выступления врача-психиатра, психотерапевта высшей квалификационной категории Н.Шинкаренко «Трудовая терапия в системе реабилитации лиц с психическими расстройствами». Иллюстрацией к выступлению стал видеofilm о формах и методах трудовой реабилитации, использу-

емых в Психиатрической больнице № 8. Эмоционально насыщенным было выступление директора средней общеобразовательной школы № 2 Т.Вороновой «Организация дистанционного образования детей-инвалидов в МОУ/СОШ № 2 г. Орехово-Зуево». Продолжил тему координатор церковной системы помощи наркозависимым А.Лазарев.

Итог подвели заместитель главного врача Психиатрической больницы № 8 по наркологии Т.Шурыгина и руководитель отдела реабилитации ННЦ наркологии доктор медицинских наук Т.Дудко. Они отметили, что тема, вынесенная на обсуждение, очень востребована в современных условиях, по-прежнему остаётся острой, в процессе лечения и реабилитации душевнобольных людей. «Всю жизнь мою я любил и люблю умственный труд и физический и, пожалуй, даже больше второй...» – эти слова академика И.Павлова, приведённые Т.Шурыгиной, стали не точкой, а многоточием в обсуждении роли труда в охране психического здоровья.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Cito!

Московская область.

Опыт

Расширять и внедрять

Российская модель КСГ оправдывает надежды

– Важнейшую роль в ОМС играет финансовый механизм, основанный на расчётах клинико-статистических групп (КСГ), – заявила на 2-й Международной научно-практической конференции «Оценка технологий здравоохранения: пути развития в России» заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Карчевская. В своём выступлении она особо подчеркнула, что современная тарифная политика в здравоохранении невозможна без применения этого метода.

«...По поводу критики КСГ можно сказать только одно: в любом случае это самый современный, прогрессивный метод возмещения расходов за оказанную медицинскую помощь во всём мире, – уточнила она. – Усреднённые значения ресурсоёмкости, учитывающие ситуационные критерии, – это

наиболее востребованный и актуальный подход к вопросам оплаты медицинской помощи. Напомню, российской модели КСГ нет ещё и 3 лет, мы только начали подводить первые итоги апробации её в регионах. Самый успешный опыт реализации этой модели мы будем внимательно изучать, совершен-

ствовать и в дальнейшем расширять территорию его внедрения».

Действительно, похожая система используется и в развитых странах мира. Она позволяет врачам уйти от жёсткой стандартизации к неким динамическим показателям. То есть оплата счетов медицинских учреждений проводится с учётом не только нозологической формы заболевания, но и индивидуальных особенностей пациентов. В зависимости от этого также «корректируется» тариф.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Москва.

Проекты

Антикризисный план как шаг отчаяния

Приоритетным направлением здравоохранения в Республике Тыва в 2016 г. станет борьба с онкологическими заболеваниями. Министерство здравоохранения республики уже разработало комплекс мероприятий, нацеленных на снижение смертности населения региона от рака. План назвали антикризисным: в Тыве показатель запущенности онкопатологии превысил 30%, что в значительной степени обуславливает недостаточную эффективность последующего лечения больных и высокую смертность.

Главная задача, которую необходимо решить для достижения поставленной цели – это обеспечить для населения, и врачам условия для раннего выявления злокачественных новообразований. Так, в Тыве решено последовать примеру Красноярского края, где ещё 2 года назад введена система стимулирования выплат врачам общей

лечебной сети за каждый случай выявления онкозаболевания на ранней стадии. Как подчёркивают в Минздраве республики, проявлять онконастороженность могут и должны врачи всех специальностей, включая стоматологов, которые ошибочно считают, что их это не касается. Для методической помощи врачам первичного звена

Республиканский онкодиспансер организует серию семинаров с приглашением ведущих онкологов из разных регионов страны. Они же проводят мастер-классы для тувинских онкохирургов.

В соответствии с антикризисным «противораковым» планом продлено время работы кабинетов ультразвуковой диагностики и рентгеновских обследований в поликлиниках. Организован субботний врачебный приём в Республиканском онкологическом диспансере и городской поликлинике Кызыла.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Перемены

Импортозамещение: ориентироваться не только на внутренний рынок

На берегах Невы прошла Неделя импортозамещения в здравоохранении. Обсуждение достижений, проблем и перспектив внутреннего рынка медицинских изделий и лекарственных препаратов, изменения в законодательстве, призванные повысить конкурентоспособность отечественных образцов, обсудили в форматах пленарного заседания, конференций и «круглых столов» вместе с ведущими экспертами руководители бизнес-компаний и чиновники.

В одном из павильонов выставочного комплекса на Васильевском острове была развёрнута экспозиция продукции медицинского и фармацевтического назначения. Представляли её 65 местных

компаний-производителей. Среди технических новинок можно было увидеть лор-комбайны и аппараты искусственной вентиляции лёгких. Подобной аппаратурой ИВЛ, в разы дешевле иностранной, но не уступающей ей в качестве, уже оснащены три сотни автомобилей городской службы «03», реанимационные залы и оперблоку Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанилидзе.

Участники деловой недели отметили хорошую динамику в объёмах выпуска лекарственных средств, необходимых внутреннему потребителю, силами петербургского фармацевтического кластера. По словам председателя Комитета по здравоохранению Валерия Колабутина, местные изготовители лекарств вышли на мировой уровень качества, многие

компании освоили производство полного цикла. Сообразно растут и объёмы закупок. Если в 2014 г. регион получал 9 нозологических групп препаратов отечественного производства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердца и сосудов, сахарного диабета, ревматических нарушений и психических расстройств, то в этом году – 12. Всего же в рамках программы льготного лекарственного обеспечения городской Комитет по здравоохранению подписался под приобретением 283 торговых наименований препаратов общей стоимостью 2 млрд руб., которые сходят с конвейеров на российских заводах.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Кагры

Новое назначение

Главный врач Новгородской областной детской клинической больницы Дмитрий БЕРЕЗИН назначен исполняющим обязанности министра здравоохранения Республики Коми. Соответствующее распоряжение подписал врио главы региона Сергей Гапликов.

Д.Березин окончил Уральский государственный медицинский институт (Екатеринбург) в 1993 г. по специальности «педиатрия», в 1995 г. – интернатуру по педиатрии.

В 2009 г. прошёл переподготовку по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» (Ярославская государственная медицинская академия). Работал педиатром в Екатеринбурге и Воркуте. С декабря 2013 г. – главным врачом областной детской клинической больницы в Великом Новгороде.

Соб. инф.

Однако

Хотели же как лучше...



Большинство врачей подтверждают влияние оптимизации системы здравоохранения на рост смертности населения в России.

К такому выводу пришли в Фонде «Здоровье», проведя специальный опрос. Он показал, что 73% медицинских работников отмечают прямое влияние оптимизации системы здравоохранения на рост смертности населения и увеличения числа тяжёлых больных за последние 1,5 года. В опросе приняли участие более 6,2 тыс. медицинских работников.

51% респондентов отметили, что оптимизация «неэффективных медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения», проводимая под руководством правительства отразилась на них лично. Столько

же участников опроса (51%) отметили, что в результате оптимизации системы здравоохранения увеличилась нагрузка на медперсонал. 77% медицинских работников подтвердили, что с начала 2014 г. выросло число больных с запущенной и тяжёлой патологией.

«Мы неоднократно заявляли, что рост смертности обусловлен сокращением числа медицинских учреждений и заметным ухудшением качества медицинского обслуживания населения. Теперь мы убедились, что и врачи видят ту же самую картину – сообщил член центрального штаба ОНФ, директор Фонда независимого мониторинга «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Сити!

Москва.

Подписка-2016

Продолжается подписная кампания



Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

- 50075** – на месяц;
- 32289** – на полугодие;
- 42797** – на год.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru. или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**

О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.tu

Министерство связи		АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ									
Медицинская газета		(индекс издания) Количество комплектов									
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											
		ДОСТАВочНАЯ КАРТОЧКА									
		на газету									
		Медицинская газета									
Стоимость	подписки	_____ руб. _____ коп.	количество комплектов								
	пере-адресовки	_____ руб. _____ коп.									
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											

В Государственную Думу РФ внесены Правительством страны законопроекты, фактически определяющие дееспособность здравоохранения в 2016 г. Это проекты федерального бюджета и бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2016 г. Одновременно законодателями будет рассматриваться законопроект, вносящий ряд изменений в федеральные законы «Об охране здоровья граждан» и «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Указанные проекты стали предметом пристального рассмотрения отраслевым профсоюзом, ведь именно финансовая составляющая определяет не только качество и объёмы оказываемой населению медицинской помощи, но и саму возможность осуществления специалистами профессиональной деятельности, и, что принципиально важно, их материальное положение в обществе.

Нередко можно слышать, что на здравоохранение государство тратит значительный объём финансовых средств. Однако доступность качественной медицинской помощи оставляет желать лучшего, а профессия медицинского работника, по существу, теряет свою привлекательность и престижность, о чём свидетельствуют цифры значительного дефицита кадрового ресурса специалистов.

Попробуем вместе с читателями «Медицинской газеты» порассуждать на эту тему на основе краткого анализа основных положений упомянутых выше проектов законов, касающихся финансового обеспечения здравоохранения.

Как факт, государственные расходы на здравоохранение в абсолютном выражении растут (с 2,75 трлн руб. в 2015 г. до 2,85 трлн в 2016 г.); однако, их доля в общих расходах бюджетной системы в 2016 г. сохранится на уровне 2015 г. и составит 9,2%.

Но самый значимый показатель в этой части – это доля расходов на здравоохранение по отношению к ВВП, ведь именно это соотношение оценивается как показатель внимания государства в целом к столь значимой социальной отрасли. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, объём финансирования ниже 5,5-6% от ВВП не может обеспечить достойный уровень оказания медицинской помощи населению. К сожалению, в нашей стране этот показатель значительно отстаёт от указанного, а рост его в 2016 г. по сравнению с 2015 г. не предусматривается, и его величина вновь будет составлять лишь 3,4-3,5%. Более того, в нашем «открытом обществе» принято сравнивать основополагающие позиции с иными странами. Я не буду исключением и позволю себе несколько цифр. По данным экспертов, в США суммарные затраты на здравоохранение оцениваются в 17% от ВВП, при этом доля государственных затрат составляет 8%; в Великобритании показатель суммарных затрат на отрасль – 9,3%. Сравнительный ряд можно продолжать и далее, но, к сожалению, всё не в пользу России. Так, статистиками подсчитано, что в 2014 г. на одного россиянина в год затрачено, с учётом ДМС и рынка частной медицины, примерно 575 долл., что в 20 раз ниже, чем в США и в 7 раз меньше, чем в Великобритании.

Перспективы

Каким будет бюджет-2016?

Невесёлые «размышления у парадного подъезда» Государственной Думы



Специфика современного здравоохранения, обусловленная фактическим завершением перехода на одноканальное финансирование, заставляет нас более пристально рассматривать финансовую основу системы обязательного медицинского страхования. Из уст руководства Минздрава России и Федерального фонда ОМС мы неоднократно слышим, что проблем с финансовым обеспечением деятельности учреждений в этой системе не будет. Однако обращает на себя внимание тот факт, что по сравнению с ранее прогнозируемыми оценками, бюджет фонда ОМС недосчитается 44,8 млрд руб., причиной чему будет общая ситуация в экономике, обусловившая падение уровня заработной платы в экономике в целом. Напомню читателям, что именно от фонда оплаты труда хозяйствующих субъектов отчисляется 5,1% в фонд ОМС. Соответственно, уменьшается (по сравнению с ранее прогнозируемой величиной) и расходная часть фонда ОМС, при этом бюджет фонда сформирован с дефицитом в 26,8 млрд руб., что, по определению, может привести к проблемам в финансовом обеспечении территориальных программ ОМС.

Однако при этом указанными проектами предусматривается парадоксальная вещь – изъятие в федеральный бюджет средств ОМС на цели, не предусмотренные законодательством об обязательном медицинском страховании. Так, дотации на сбалансированность федерального бюджета составят 91,2 млрд руб., а межбюджетные трансферты на финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи, не включённой в базовую программу ОМС, и на софинансирование оказания высокотехнологичной медицинской помощи

в субъектах РФ – соответственно 90,7 млрд и 6 млрд руб.

Логично только одно объяснение этого шага – «латание дыр» федерального бюджета. Однако должен подчеркнуть, что природа этих средств специфическая, они являются страховыми, предназначены на цели, предусмотренные базовой программой ОМС. Кроме того, уже сегодня в ряде территорий отмечаются проблемы с финансовым обеспечением оказываемых медицинских услуг, плановые объёмы которых, рассчитанные на год, уже исчерпаны. В этой связи нельзя не прислушаться к мнению экспертов, которые отмечают серьёзный

рост объёмов платных услуг в здравоохранении, риски недостижения установленных важнейших социально-демографических показателей.

Разумеется, наш профсоюз более всего беспокоит ситуация с финансовым обеспечением реализации профессиональных и трудовых прав работников, в первую очередь оплаты труда. И в этом вопросе первые «плоды» предложенной финансовой политики мы видим уже сейчас. Так, одним из источников дотации фонда ОМС в федеральный бюджет на его сбалансированность (цифра я назвал выше – 91,2 млрд руб.), является фактическое сокращение доли заработной платы в объёмах финансовых средств ОМС, направляемых на возмещение расходов учреждений за оказание медицинских услуг. На этой теме предостаточно необходимо остановиться отдельно. Суть в том, что «экономика» в фонде ОМС указанной суммы образовалась очень просто – за счёт изменения методики исчисления среднемесячной заработной платы. Напомню читателям, что в соответствии с майскими 2012 г. указами Президента РФ на федеральном уровне и в регионах РФ определены контрольные показатели роста заработной платы по категориям работников здравоохранения по годам до 2018 г. Эти контрольные цифры отражают соотношение средней заработной платы специалистов здравоохранения к среднему показателю по экономике субъектов РФ (последнее в нашем случае является определяющим для понимания ситуации). Таким образом, пользуясь языком арифметики, достичь требуемых показателей можно двумя способами: увеличивая «числитель», то есть зарплату работников, либо уменьшая «знаменатель», то есть среднюю зарплату по субъекту РФ. К сожалению,

именно по этому пути пошло правительство страны, утвердив изменение в методику статистического учёта соотношения средней заработной платы в бюджетной сфере с зарплатой в среднем по субъектам РФ. Не загружая читателей премудростями нововведений, отмечу, что речь идёт о замене самого понятия средней заработной платы в субъекте РФ на понятие «трудовой доход» путём учёта так называемых неформальных заработков граждан, которые, к тому же, практически не поддаются учёту. Итогом такой «математики», очевидно, станет снижение исходной базы роста зарплат наших работников – статистической средней заработной платы по субъекту как минимум на 15%. Не могу не отметить, что данная норма, отражающая стремление выполнить майские указы чисто арифметическим путём, более того, фактически серьёзно корректирующая сам смысл указа, на стадии принятия не была обсуждена сторонами социального партнёрства. Профсоюзы, в первую очередь бюджетных отраслей, категорически выступили против подобных, не побоюсь этого слова, «махинаций» на федеральном уровне; соответствующее обращение от имени исполкома ФНПР было вручено Президенту РФ В.Путину.

С проблемой «изъятия» из системы ОМС указанных выше финансовых средств, которые могли бы быть направлены на оплату труда, сопряжена ещё одна, решение которой также предусмотрено указом Президента РФ, – это утверждение базовых окладов по ПКГ. К сожалению, до конца 2015 г. осталось совсем немного времени, а решение этого вопроса, отмечу, реальное, действительно обеспечивающее единство подходов к минимальным гарантиям в оплате труда с учётом отраслевой специфики, правительственной стороной пока не предложено. А люди ждут! Разумеется, объективные трудности есть – на это потребуются дополнительные финансовые средства. Но в здравоохранении можно было бы целевым порядком использовать как раз тот объём финансовых средств, которые планируется изъять в пользу федерального бюджета. Вот это был бы государственный подход в сложившихся условиях!

Продолжая тему заработной платы, следует отметить, что в 2016, как и в 2015 г., не предусмотрены расходы на индексацию оплаты труда работников бюджетной сферы, при том, что рост потребительских цен ожидается в 2015 г. на уровне 12%, а в 2016 г. – 6,4%. Сокращаются также расходы федерального бюджета на частичную компенсацию расходов субъек-

тов РФ на реализацию указов Президента РФ от 07.05.2012. Разумеется, все эти меры по сокращению объёмов финансовых средств, направляемых на повышение оплаты труда, не могут не сказаться на обеспечении реализации ранее утверждённых «дорожных карт» в этой части, и не случайно регионам вновь предлагается их корректировка, а соответствующим постановлением Правительства РФ предусмотрена фактическая фиксация в 2016 г. номинальной заработной платы в среднем по отдельным категориям работников бюджетной сферы на уровне не ниже 2015 г.

Если говорить о средних показателях, то можно отметить, что у большинства практических работников они вызывают недоумение, так как существенно отличаются от тех сумм, которые отражаются в их расчётных листах. Но нас беспокоят даже эти обобщённо-усреднённые показатели, ведь за 6 месяцев этого года по отношению к 2014 г. среднемесячная заработная плата в здравоохранении, по данным Росстата, снизилась в 17 регионах, в том числе по категориям врачей – в 27, средних медицинских работников – в 12, младшего медперсонала – в 14 субъектах РФ. Нельзя допустить, чтобы эта наметившаяся тенденция сохранилась и в 2016 г. Это задача и федерального уровня, в том числе фонда ОМС, и, что главное, субъектов РФ.

Завершая тему перспектив финансового обеспечения здравоохранения, хочу отметить следующее. Разумеется, все мы понимаем, что в планируемый период на динамику экономических показателей будут оказывать влияние последствия переживаемого российской экономикой кризиса, а также геополитические риски, в том числе связанные с санкционным режимом. Однако это не даёт оснований рассматривать текущие условия как обстоятельства, оправдывающие «свёртывание» социально-трудовых гарантий.

Впереди рассмотрение проектов в Государственной Думе РФ и Совете Федерации. Профсоюзы нацелены на конструктивный диалог с законодательной властью, с Президентом страны, ведь дальнейшее обострение проблемы и без того крайне низкого уровня материальной оценки труда медиков не позволит разрешить сложившуюся критическую ситуацию с кадровым обеспечением отрасли, что сопряжено с ухудшением качества и снижением объёмов оказываемой медицинской помощи населению. Но и медицинское сообщество должно консолидироваться, более активно поддерживая справедливые требования отраслевого профсоюза, в том числе в рамках работы с депутатами региональных законодательных собраний и Госдумы РФ, сенаторами от субъектов РФ в верхней палате Федерального Собрания.

Только объединив усилия всего гражданского общества, можно побудить реформаторов повернуться лицом к людям, которые осуществляют государственную функцию по сохранению здоровья россиян. Ведь и самоотверженность имеет свои границы!

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель
Общероссийского профсоюза
работников здравоохранения.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Специалисты перинатальной медицины за последние десятилетия проделали титаническую работу, считает академик РАН Николай Володин, возглавляющий Российскую ассоциацию специалистов перинатальной медицины, объединившую в своих рядах неонатологов, акушеров-гинекологов, всех, кто стоит у истоков новой жизни. Все 10 конгрессов и 8 съездов были направлены на то, чтобы обеспечить достаточный уровень не только профессиональной, но и технической подготовки. Что и удалось сделать, благодаря Национальному проекту «Здоровье», вниманию Президента РФ.

Акцент на нынешнем научном форуме сделан на внедрении новых технологий, которые себя зарекомендовали с положительной стороны и которые должны тиражироваться в субъектах РФ, чтобы повысить качество оказания медицинской помощи и, самое главное, провести профилактику осложнений, чреватых инвалидизацией. На широкое обсуждение вынесены: оценка пренатальной диагностики и выявление патологических состояний плода, тактика ведения беременных высокого риска (коррекция и предупреждение врождённых пороков сердца, центральной нервной системы у плода, неонатальная онкология и иммунология), современные подходы к диагностике и лечению внутриутробных инфекций. Разработано 8 клинических протоколов, они стали предметом всестороннего рассмотрения за «круглым столом».

Резервы есть

– Ваш вклад огромен и в снижение смертности, и в сохранение здоровья подрастающего поколения, – сказала директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, обращаясь к участникам конгресса. – Ваша работа имеет значение для пациентов любого возраста.

В структуре младенческой смертности потери детей первого месяца жизни составляют 60%. В структуре смертности детей от 0 до 18 лет – 38%. Самый большой вклад в увеличение продолжительности жизни населения вносит именно снижение младенческой смертности. Она за 7 месяцев нынешнего года достигла исторического минимума в России – 6,6. А в 25 регионах показатель ниже 6 (правда в 9 регионах он выше 10).

Снижается смертность не только от перинатальных, но и от других причин: от кишечных инфекций – на 20%, от пневмонии – на 27%, от врождённых аномалий – на 25% (как сказала Е.Байбарина, этого удалось добиться благодаря пренатальной диагностике, неонатальной хирургии и правильной маршрутизации беременных с выявленными пороками развития у плода). Но самое большое снижение – от отдельных состояний перинатального периода – на 28%

Сократилась и мертворождаемость, однако цифры всё-таки гораздо выше, чем в развитых странах.

Е.Байбарина призвала обратить внимание на то, как осуществляется мониторинг беременных. Не годится, когда женщина с диафрагмальной грыжей у плода рождает в учреждении первого уровня, а потом ребёнка перевозят туда, где ему можно помочь.

По словам Е.Байбарини, часто нарушается Порядок оказания помощи по неонатологии. Например, в нём прописано, что в первые сутки новорождённый должен быть осмотрен каждые 3 часа дежурной медсестрой или, если состояние вызывает опасения, врачом, о чём должна быть сделана отметка в истории болезни. Это не всегда происходит. В результате – ребёнок упускается.

Анализ случаев гибели детей в перинатальном периоде показал, что зачастую смертность была предотвратима. Вот примеры. Доношенный ребёнок умер от асфиксии, родовой травмы. Недоношенный массой более 1500 г умер в первые дни жизни от респираторного дистресс-синдрома. Ребёнок, имеющий совместимый с жизнью порок

развития, погиб из-за несвоевременного перевода в хирургический стационар. Все эти трагедии можно было предупредить.

– Соблюдение порядков и клинических протоколов – залог успеха, – не устаёт повторять руководитель «детского» департамента.

Она также отметила, что у нас «все ещё хромает на обе ноги первичная реанимация новорождённых, особенно в учреждениях первого и второго уровня», поэтому следует регулярно проводить тренинги готовности к оказанию экстренной помощи.

– Резерв у нас есть, и он во многом определяется решением организационных проблем, – подтвердил Н.Володин.

ношенного ребёнка в 22-23 недели гестации. Нигде в мире, кроме России и Турции, этого не делают. А мы реанимируем, потому что по закону обязаны, даже если родители просят не прибегать к интенсивной терапии и реанимации.

– На мой взгляд, необходимо обратиться в Минздрав России с предложением, чтобы это положение было пересмотрено, ведь в большинстве стран реанимация проводится только с 25 недель, – сказала Г.Савельева.

Как известно, частота преждевременных родов связана с рядом причин, и прежде всего с многоплодием, которое акушеры-гинекологи считают сейчас бичом. Оно возрастает и является нередко следстви-

– Парадоксально, но детская эндохирургия обгоняет взрослую, – поделился наблюдениями профессор, – многие взрослые хирурги не успевают за тем, что успели детские хирурги за короткий промежуток времени. Например, мы имеем опыт около 1500 эндохирургических операций: в области брюшной и грудной полости, толстой кишки и др.

Так, торакотомия по поводу атрезии пищевода в Филатовской больнице практически не производится, все эти операции выполняются эндохирургически. Накоплен огромный опыт в эндохирургии лёгких, в том числе при врождённых пороках.

– В своё время мы приобрели

Зарубежные исследователи, решившие изучить, почему сахарный диабет второго типа нарастает, предположили, что чаще всего им заболевают люди, имеющие большой вес при рождении. Но проанализировав несколько тысяч историй болезней пациентов с диабетом второго типа, пришли к противоположному мнению. Люди, которые родились с малым весом, чаще страдают этим заболеванием. Почему? Пока остаётся неясным. Но маловесные дети действительно имеют более низкие цифры и инсулина и инсулиноподобного ростового фактора. У них не происходит ростового скачка, который наблюдается у обычных детей в пубертатном возрасте и в возраст-

Деловые встречи

Акцент — НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В Москве прошёл X ежегодный конгресс специалистов перинатальной медицины «Современная перинатология: организация, технологии, качество»



Диалог в перерыве

Поэтому в задачи конгресса входит обсуждение вопросов, связанных с оптимизацией и улучшением качества оказания помощи в учреждениях родовспоможения.

Снизить агрессию

Академик РАН Галина Савельева среди прочих проблем перинатальной медицины отметила и неоправданную агрессию акушеров-гинекологов. Они легко расширяют показания к операции кесарева сечения. Но если сначала рост частоты кесарева сечения приводил к значительному снижению перинатальной смертности, то сейчас это соотношение не работает, поскольку, видимо, превышен допустимый предел.

– Наверное, прав профессор Радзинский, утверждающий, что в 25% случаев врачи агрессивны в отношении ведения родов и производят кесарево сечение там, где оно не показано, но в 10% случаев не делают там, где оно показано. К сожалению, профессионализм акушеров падает, – сказала академик и привела такой факт.

В структуре перинатальной смертности в России на первом месте стоит гипоксия плода и асфиксия новорождённого, на втором месте – врождённые пороки. А в развитых странах – наоборот.

– Это значит, что нам надо учиться и учиться вести роды, – подчеркнула Г.Савельева.

Касаясь преждевременных родов, академик подняла вопрос о целесообразности проведения реанимационных мероприятий в полном объёме при рождении глубоко недо-

ем экстракорпорального оплодотворения.

– Я неоднократно говорила, что дети, зачатые с помощью ЭКО и рождённые в срок, как правило, здоровы. Но беда в том, что они зачастую рождаются преждевременно, – напомнила академик. – В целях профилактики многоплодной беременности, а следовательно преждевременных родов, в 2013 году издан приказ Минздрава, рекомендующий при ЭКО пересаживать не более 2 эмбрионов. Но хорошо бы добавить в него слова, что оптимальным всё-таки является пересадка одного эмбриона. По этому пути идут во всём мире.

Мощный скачок

Заведующий кафедрой детской хирургии РНИМУ им.Н.И.Пирогова и отделением торакальной хирургии Московской детской клинической больницы № 13 им.Н.Ф.Филатова профессор Александр Разумовский в своём выступлении отметил успехи неонатальной хирургии. Она развивается очень бурно (за 10 лет объём операций увеличился в 2,5 раза) и в основном связана с коррекцией врождённых пороков. Благодаря современным достижениям неонатологической службы и внедрению высокотехнологичных методов хирургической помощи около половины врождённых пороков поддаются успешной коррекции при своевременном их выявлении. Мощный скачок сделала эндохирургия.

оборудование для экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО), чтобы выхаживать детей с диафрагмальной грыжей, у которых имеются дыхательные проблемы. Эта технология подтолкнула нас к операциям на дыхательных путях с использованием ЭКМО. Мы были одними из первых в мире, кто стал выполнять такие сложные хирургические вмешательства, как реконструкция трахеи, не применяя аппарат искусственного кровообращения, – рассказал А.Разумовский.

Современные технологии позволили рано проводить коррекцию различных пороков развития. Например, болезнь Гиршпрунга как правило оперировали у повзрослевших детей, а теперь эти операции могут выполняться уже в первые месяцы жизни. Если несколько лет назад прооперированные по поводу гастрошизиса дети трудно выздоравливали, многие из них умирали, то сейчас плохой результат после такого вмешательства – это нонсенс, практически все пациенты выздоравливают с очень хорошим результатом.

Предупредить тяжёлую патологию

Член-корреспондент РАН Валентина Петеркова остановилась на эндохирургических проблемах у детей, родившихся с низкой и экстремально низкой массой тела. По мнению некоторых учёных, маловесные дети имеют в 5-7 раз больше шансов стать низкорослыми взрослыми по сравнению с детьми с нормальными размерами тела при рождении, и у них во взрослом состоянии часто развивается сахарный диабет второго типа, ещё чаще метаболический синдром.



Во время пленарного заседания

те 5-7 лет. 10-15% маловесных ребятшек (а это много) остаются низкорослыми (то есть их рост ниже допустимой нижней границы нормы). Причём чем больше степень задержки роста, тем выше вероятность, что они останутся таковыми во взрослом состоянии. Правда на сегодняшний день есть возможность коррекции с помощью назначения гормона роста. Дети бесплатно получают препарат (его стоимость от 5 до 10 тыс. долларов в год), если у них доказана карликовость, и большинство после 5 лет лечения нормально растут.

Непонятно почему, но у детей, рождённых с малой массой, рано развивается гиперлипидемия и повышение уровня триглицеридов. Есть несколько работ, которые говорят о том, что у людей, рождённых с малым весом, атеросклероз манифестирует в более ранние сроки и протекает более тяжело.

Педиатры должны знать, что у маловесных детей есть риск развития сахарного диабета, метаболического синдрома, поэтому, заметив, что ребёнок начинает сильно прибавлять в весе, следует принять меры для профилактики тяжёлой патологии.

Заглядывая вперёд

Если первый съезд специалистов перинатальной медицины был посвящён первичной реанимации новорождённых, второй съезд – РДС-синдрому, третий – врождённым инфекциям, четвёртый – поражению центральной нервной системы, то сегодня уже обсуждаются новые технологии, их эффективность, чтобы обеспечить специалистов новыми данными в отношении решения наиболее актуальных проблем: внутричерепных кровоизлияний, бронхолегочной дисплазии, ретинопатии, интенсивной терапии и реанимации новорождённых и многого другого.

– Мы обратились к членам Ассоциации с просьбой скрупулёзно проанализировать результаты работы в 2015 г. и прислать информацию, указав на все успехи и трудности, с которыми сталкиваются на местах, чтобы в короткий срок можно было принять решения по подготовке методических рекомендаций, проведению научно-практических конференций, – сказал Н.Володин. – Если удастся получить объективную информацию о состоянии перинатальной помощи в стране, то на следующем конгрессе, который будет посвящён памяти Вячеслава Александровича Таболина (ему бы исполнилось 90 лет), все эти вопросы обсудим.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».
Фото автора.

В 2006 г. по инициативе ВОЗ день 29 октября объявлен Всемирным днём борьбы с инсультом. Это было вызвано необходимостью обратить внимание общественности и медицинского сообщества на заболевание, чреватое тяжелейшими последствиями и уносящее миллионы жизней.

Тревожно, очень тревожно

За неполное десятилетие, прошедшее с первого Дня борьбы с инсультом, ситуация остаётся тревожной. Несмотря на усилия медиков, большую профилактическую работу, успехи фармацевтических компаний и новые возможности диагностики, количество случаев инсульта не уменьшается. И что самое печальное – в него всё чаще вовлекаются люди трудоспособного возраста, молодёжь.

Сейчас, по данным Всемирной Федерации неврологических обществ, ежегодно в мире регистрируется около 15 млн случаев инсультов. В России он занимает второе место после инфаркта миокарда в структуре смертности и остаётся одной из самых частых её причин (более 500 тыс. новых случаев в год).

По данным регистра Национальной ассоциации по борьбе с инсультом, 18% пациентов, перенёвших это грозное осложнение, умирают в течение острого периода; 15% – в течение следующего года. Около 160 тыс. человек становятся инвалидами разной степени тяжести (20% из них требуют постоянного ухода и 56% ограниченно трудоспособны).

Таким образом, инсульт многие годы лидирует в структуре инвалидности. А затраты, так или иначе связанные с этим заболеванием, по данным Минздрава России, достигают 361 млрд руб. в год.

Данную статистику приводили специалисты на недавних встречах с общественностью столицы, посвящённых актуальной теме.

Глобально для всего мира

«Инсульт как глобальная проблема современного мира» – так озаглавил своё выступление на одной из пресс-конференций директор Научного центра неврологии член-корреспондент РАН Михаил Пирадов.

Он рассказал о том, что самый распространённый, ишемический инсульт, развивающийся при сужении или закупорке артерий головного мозга, по частоте встречаемости составляет 70-80% от общего числа острых нарушений мозгового кровообращения, значительно превосходя геморрагический инсульт, который возникает вследствие кровоизлияния в вещество головного мозга или под его оболочки. Существует и криптогенный инсульт неясной этиологии, встречающийся преимущественно у лиц молодого возраста (18%).

Инсульт становится трагедией не только для пациента; в большинстве случаев он меняет жизнь и его родственников. По словам Михаила Пирадова, лишь около 20% людей, перенёвших инсульт, возвращаются к работе, а у 80% выживших после него развивается та или иная степень ограничений в повседневной жизни.

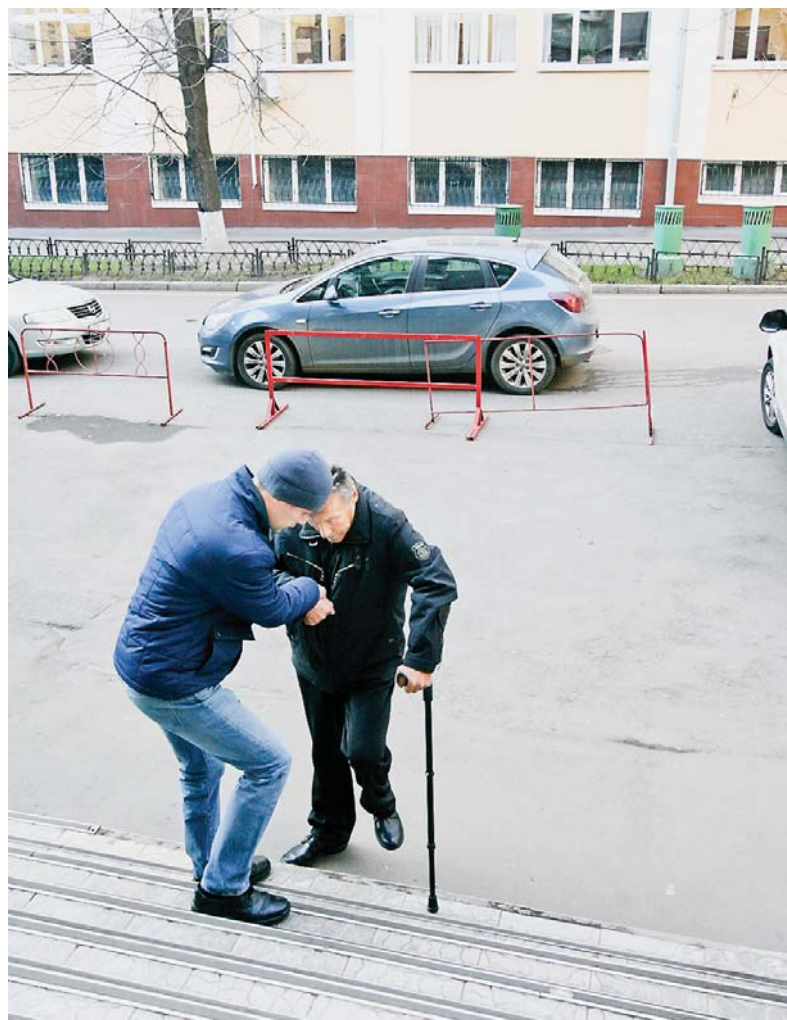
Он также отметил, что одной из основных причин инвалидизации постинсультных больных является нарушение когнитивных функций (памяти, речи, интеллекта). Острые нарушения мозгового кровообращения могут приводить к развитию деменции, особенно у пожилых людей.

Метаанализ 30 исследований, опубликованных с 1950 по 2009 г., показал, что частота постинсультной деменции у больных с первым инсультом колеблется от 7,4% (4,8–10,0) в популяционных исследованиях и до 41,3% (29,6–53,1) – в госпитальных исследованиях. При этом более чем в 30% случаев деменция развива-

Тенденции

Удар руки господней

Так в древности называли инсульт. А недавно мы отметили День инсульта



Первые шаги после инсульта

ется после повторного инсульта.

– Для снижения риска прогрессирования когнитивных нарушений, деменции и развития повторного инсульта процесс реабилитации в первую очередь должен сопровождаться адекватной медикаментозной терапией, включающей, в том числе, препараты с нейропротекторным действием. Это необходимо для того, чтобы спасти клетки мозга и прекратить распространение зоны инфаркта на ещё жизнеспособные клетки ишемической полутени (пенумбры), – отметил М. Пирадов. – При длительном приёме таких препаратов у постинсультных больных наблюдается улучшение когнитивных функций: память, концентрация внимания, зрительно-пространственная функция и, что самое важное, восстановление двигательной и речевой функций.

Значительную роль во вторичной профилактике также играет длительная антигипертензивная терапия.

В одном из наиболее известных исследований PROGRESS (Perindopril protection against recurrent stroke study) было показано снижение риска развития когнитивных нарушений на 19% и деменции на 34% в группе активного лечения.

На мероприятии журналистам была представлена русскоязычная версия нового мобильного приложения Инсульт-рискметр (Stroke Riskometer) по выявлению факторов риска развития инсульта в 5- и 10-летней перспективе. О его эффективности может свидетельствовать хотя бы такой факт: это приложение в прошлом году удостоено награды Американской ассоциации инсульта. Расчёт происходит на основании заполнения пользователем опросника и введения ряда демографических и медицинских сведений. Кроме того, данное приложение предоставляет рекомендации по основным методам немедикаментозной

профилактики развития инсульта.

Это особенно важно в свете того, что люди часто не осознают опасности и не спешат обращаться к специалистам, полагая, что недомогание закончится само собой. А ведь здесь решающую роль играет именно время! По словам директора НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Людмилы Стаховской, медики часто сталкиваются с ситуацией, когда после начала симптомов прошло уже более 6 часов, вследствие чего прогноз для пациента становится намного менее благоприятным, чем если бы он поступил в стационар в пределах так называемого «терапевтического окна», то есть в первые 4,5 часа.

– Поэтому мы уделяем внимание не только работе со специалистами «Скорой помощи» и врачами в инсультных отделениях, но и с населением. Каждый человек должен понимать, что инсульт может случиться с кем угодно, и знать его симптомы, такие, как внезапно наступившие слабость (обездвиженность) в конечностях с одной стороны, асимметрия половины лица, внезапная очень сильная головная боль, речевые нарушения, – сказала она, открывая мероприятие «Итоги года по борьбе с инсультом».

Главное – не терять время

Потеря времени равносильна потере мозга, – такое ёмкое определение прозвучало из уст заведующего отделением НИИ цереброваскулярной патологии и инсульта РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, доктора медицинских наук, профессора Николая Шамалова. – Ведь каждую минуту погибает 2 млн нейронов, 12 км проводящих путей...

Он ещё раз напомнил, при первых же подозрениях на инсульт необходимо вызвать бригаду скорой помощи, сообщив симптомы пострадавшего. В том случае, если пациент попадает в специализированное инсультное отделение в течение 4,5 часов после начала развития инсульта, после обследования и исключения противопоказаний ему проводят процедуру системного тромболизиса, которая восстанавливает кровоток в сосудах. Таким образом, можно минимизировать последствия инсульта.

Требуется просвещение

Специалисты отмечают, что просветительская работа с населением даёт свои плоды: по данным, которые приходят из ряда регионов, люди стали чаще обращаться по поводу первых симптомов инсульта. Доля таких больных составляет более 30%, что гораздо выше показателей предыдущих лет и характеризует возрастающий уровень знаний населения. Однако не следует забывать, что в странах Западной Европы этот показатель достигает 70%.

Одной из тем, поднятых на данной пресс-конференции, был процесс восстановления пациента после инсульта. Это – серьёзная проблема, так как возможности не только реанимационной помощи, но и реабилитации есть только в специализированных сосудистых отделениях. В обычных неврологических отделениях таких условий нет.

Между тем, программа реабилитационных мероприятий включает в себя оценку глотания и способа кормления пациента, раннюю активизацию и многое другое. Поэтому с одним человеком работают специалисты разного профиля: невролог, врач лечебной физкультуры, инструктор-методист лечебной физкультуры, логопед, медицинский психолог, медицинская сестра.

– В Законе «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» впервые дано определение понятия «медицинская реабилитация», – сообщил Н.Шамалов. – Это комплекс мероприятий не только медицинского, но и психологического характера.

– Современная система реабилитации постинсультных больных существенно отличается от тех представлений, которые были 20-30 лет назад, – подчеркнул он. – Если раньше считалось, что больному нельзя тревожить максимально долго, то сейчас реабилитация начинается как можно раньше, с использованием вертикализаторов или специальных кроватей.

Она может выполняться в санатории, дневном стационаре и даже на дому – с помощью мобильных реабилитационных бригад. Набирает популярность телереабилитация и интернет-занятия.

– Несмотря на то, что инсульт может случиться с кем угодно, у человека есть все шансы минимизировать его риск, – напомнил руководитель лаборатории кардионеврологии Научного центра неврологии, доктор медицинских наук, профессор Андрей Фонакин. – Это известные всем правила здорового образа жизни и, прежде всего, отказ от курения, поскольку опасность инсульта у курильщиков в 6 раз больше. Иными словами, как было замечено ещё в XII веке, следует «вести себя благоразумно – среди тысяч людей только один умирает естественной смертью,

остальные погибают вследствие безрассудной манеры бытия».

Факторы риска инсульта общеизвестны. И если такие из них, как возраст, пол, расовая принадлежность и наследственность изменить невозможно, то в случае наличия корригируемых, следует принимать меры по их устранению: увеличить физическую активность, нормализовать массу тела, придерживаться здоровой диеты. При повышенном артериальном давлении необходимо принимать гипотензивные средства, при повышенном холестерине – статины. А пациентам с фибрилляцией предсердий – нарушением ритма сердца, многократно повышающим риск ишемического инсульта, показаны пероральные антикоагулянты. Это – мировая практика.

Однако, по его словам, в России антикоагулянтную терапию получают менее 15% пациентов из тех, кому она действительно необходима. Зачастую медики мотивируют это возможным риском кровотечений, хотя новые лекарственные средства имеют в этом плане более высокий профиль эффективности и безопасности. И обходиться без них, по мнению А.Фонакина, нельзя.

Следовать программе

Все выступающие отмечали: ситуация с профилактикой, диагностикой и лечением инсульта меняется в стране в лучшую сторону. С 2008 г. в России успешно реализуется программа, направленная на совершенствование медицинской помощи больным с сосудистыми заболеваниями.

Создана сеть региональных сосудистых центров, разработана трёхступенчатая система помощи, где первым этапом является поступление в инсультное отделение, вторым – при необходимости перевод в отделение реанимации и третьим – реабилитация.

Благодаря данной программе количество пациентов, живущих полноценной жизнью после инсульта, увеличилось втрое. Показатели госпитализации также достаточно высоки даже по международным меркам. Часть наших центров входит в международный регистр SITS (Safe Implementation of Treatment for Stroke register).

Помимо этого, сейчас в 13 регионах страны на базе специализированных центров реализуется пилотный проект «командного» подхода к лечению инсульта, когда тактика ведения пациента определяется не одним врачом (обычно это терапевт, который консультируется с узкими специалистами), а коллегиально. В перспективе – появление новой медицинской специальности «врач физической и реабилитационной медицины».

Таким образом, раннее начало лечения и его индивидуальный характер, этапность и мультидисциплинарный подход – составляющие «спасительного круга» для постинсультных пациентов. Однако при внимательном отношении к собственному здоровью и здоровью своих близких, можно не только предотвратить инсульт, но и помочь человеку восстановиться. Поэтому вопрос профилактики остаётся актуальным и злободневным и для общества, и для медиков, и для государства.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

«Наше поликлиническое отделение, в том числе диагностические службы, работает в две смены, включая субботу, и все приёмы расписаны – нет пустых клеточек. О чём это говорит? Об очень высокой потребности людей в колопроктологической помощи. Так давайте эту потребность обеспечим, причём сделаем так, как удобно для пациентов», – эти слова директора Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих, главного колопроктолога Минздрава России, заслуженного врача РФ, доктора медицинских наук, профессора Юрия ШЕЛЫГИНА отражают основную, по его мнению, принцип врачебной деятельности – нужды пациента превыше всего.



– Юрий Анатольевич, вы искренне считаете, что прежде всего через призму уважения интересов пациента, а не бюджета отрасли, должна проводиться оптимизация в здравоохранении?

– А для чего, спрашивается, мы получили медицинское образование и работаем врачами, если не для этого? Люди доверяют нам свои жизни, и мы должны понимать, что болезнь, какой бы диагноз ни поставили пациенту – это, прежде всего, травма психологическая. Поэтому нужно минимизировать его психологические страдания путём максимально быстрой организации консультации специалиста, сокращения сроков предоперационной подготовки и пребывания в стационаре, не растягивая это до невозможности.

– Применительно к колопроктологии сказанное особенно актуально, учитывая деликатность тех проблем, которые приводят людей к врачам вашей специальности.

– Эти проблемы не только деликатные, но и весьма серьёзные, с ними нельзя медлить. Вот почему я говорю, что необходимо обеспечить доступность данного вида медицинской помощи.

В структуре заболеваний толстой кишки, анального канала, периаанальной кожи всё большую долю занимают злокачественные новообразования. Данное обстоятельство заставило нас 3 года назад создать генетическую лабораторию, оснастить её современным оборудованием и серьёзно заняться изучением наследственного рака. За столь короткий срок удалось описать уже более 20 ранее не описанных мутаций у больных семейным аденоматозом (диффузным полипозом) толстой кишки. Это крайне важное научное направление, потому что наследственный полипоз в ста процентах случаев заканчивается озлокачествлением и развитием рака, а симптомы заболевания могут проявляться уже в достаточно молодом возрасте.

Согласно современным критериям, нужно оперировать пациента ещё до начала озлокачествления, иначе прогноз однозначно неблагоприятный. Но прежде, чем проводить обширную, травматичную операцию молодому человеку, который субъективно чувствует себя неплохо, нужно иметь неопровержимые доказательства того, что он болен наследственной формой диффузного полипоза.

Если мутация располагается в определённых частях гена, то можно прогнозировать степень агрессивности течения болезни, а это – самый веский аргумент и для врача, и для пациента в пользу достаточно непростого оперативного лечения, по сути, удаления всей толстой кишки. Вот почему генетическая диагностика так важна в колопроктологии: речь идёт о судьбе человека.

для каждого пациента, а индивидуальный метод лечения для каждого геморроидального узла. Например, у больного один узел соответствует IV стадии, а другие – II стадии. Соответственно, первый узел подвергнется иссечению классическим методом, а в отношении других будет выполнена склеротерапия или геморроидопексия под контролем ультразвукового датчика. Это, кстати, разработка сотрудников нашего института, на неё получен международный патент.

Комбинирование разных хирургических техник при лечении геморроя позволяет уменьшить раневую поверхность в 3 раза. Соответственно, больной легче переносит операцию, что немало-

существенно повлияла на степень технической оснащённости и муниципальных, и федеральных лечебных учреждений. Благодаря этому новые хирургические технологии внедряются. Но в этом деле самое главное – преодолеть не техническую отсталость, а консерватизм врачей. Хотя конечно, методики, о которых я говорю, сложные.

– Врачи испытывают страх перед сложным?

– Нет, скорее перед новым. Представьте, вы уже умеете что-то делать хорошо, а вам нужно переучиваться, тратить время, преодолевать трудности, то есть всё начинать с нуля. Вы вдруг оказываетесь в ситуации, когда ваш предыдущий опыт ничего

России цифры ещё лучше за счёт выполнения уникальных операций при раке ниже-ампулярного отдела прямой кишки.

– Можно ли говорить, что в России проблема организации и оказания онкопроктологической помощи решена?

– Конечно, нет. Как это ни прискорбно, на фоне роста заболеваемости колоректальным раком у нас в стране не происходит значительного уменьшения доли распространённых форм.

– Почему? Из-за позднего обращения больных к врачам?

– В том числе за счёт этого. С другой стороны, мы ещё недостаточно агрессивны в проведении скрининговых онкологических программ.

Беседы с главными специалистами

Лучше пациенту – выгоднее клинике

Преодолеть техническую отсталость проще, чем преодолеть ригидность врачей

– Подобные исследования ведутся где-то ещё в мире?

– Разумеется, мы здесь не пионеры, такие исследования проводятся во многих европейских странах, в США. А в Сингапуре уже сформирован национальный регистр пациентов с семейным аденоматозом, что позволяет отслеживать судьбу этих людей. Но в России наш институт один из немногих, где занимаются генетическими исследованиями данного заболевания. Мы также разрабатываем методы хирургической реабилитации, чтобы адаптировать молодых людей после калечащей операции к условиям нормальной жизни, дать им возможность работать, создавать семьи.

– В отношении самого распространённого из колопроктологических заболеваний – геморроя – тоже есть какие-то новые подходы к диагностике и лечению, или здесь всё просто и ясно?

– Более-менее ясно, но совсем не просто. Вопреки расхожему даже среди врачей мнению, геморрой далеко не безобидное заболевание, и может стать причиной очень тяжёлых состояний. К примеру, анемии. Иногда к нам приходят пациенты с уровнем гемоглобина 40 г/л, так и жизни можно лишиться. Кстати, в одном авторитетном зарубежном научно-хирургическом журнале несколько лет назад была опубликована статья о том, что, согласно результатам патологоанатомического исследования, у Наполеона имелись признаки геморроидальной болезни. Это косвенно может служить подтверждением ранее высказанной версии, будто одной из причин проигранной им битвы при Ватерлоо явилось обострение геморроя.

Что касается современных представлений о лечении данной патологии, они действительно отличаются от прежних. Учитывая большое функциональное значение самих геморроидальных сплетений, сегодня мы говорим о дифференцированном подходе и приоритете органосохраняющих хирургических технологий: убрать только то, что уже невозможно сохранить.

А, учитывая разнообразие методик, можно выбирать не то что индивидуальный метод лечения

важно. И так же немаловажно, что продолжительность его пребывания в стационаре сократится. То есть за счёт внедрения новых технологий лечения можно не только максимально эффективно решить проблему пациента, но и увеличить пропускную способность клиники.

– Иными словами, оптимизация деятельности лечебного учреждения является не целью, а результатом внедрения новых медицинских технологий?

– В значительной степени – да. Например, «модная» в современной мировой колопроктологии операция правосторонней или левосторонней гемиколэктомии, которая выполняется лапароскопическим методом, существенно сокращает продолжительность койко-дня и, как следствие, расходы на лечение пациента, а также увеличивает пропускную способность хирургического стационара.

Такой же экономический эффект даёт внедрение методики трансанальной микрохирургии – полнстенная видеозендоскопическая резекция всех слоёв прямой кишки по поводу либо крупных ворсинчатых опухолей, либо начальных форм рака прямой кишки. По сути, это радикальная внутриорганный хирургия.

Наш институт, как головное учреждение колопроктологической службы страны, одним из первых опробовал данную методику, и, накопив опыт почти 300 операций, мы можем рекомендовать коллегам проводить такие вмешательства в своих клиниках. Прежде всего, это в интересах больного: если раньше в случае рака, независимо от стадии, требовалось удаление большей части прямой кишки, то сейчас дело ограничивается локальной резекцией. Понятно, что такая операция существенно легче переносится пациентами, и на 3-5 день они покидают клинику.

– Как главный специалист Минздрава России, как вы можете оценить уровень владения новыми технологиями в целом в стране? Все ли колопроктологи разделяют ваше представление об оптимизации и действуют так же?

– Пока не все, но динамика положительная. Программа модернизации здравоохранения

не значит. Точно так же, как нужно было учиться открытой хирургии, теперь нужно учиться лапароскопической, а у неё к тому же множество вариантов, и по каждому из них нужно долго тренироваться. Чтобы говорить о владении хирургической методикой, количество самостоятельно выполненных операций должно быть не менее 30 на старте. И крайне важно, чтобы опыт был постоянно воспроизводимым, то есть минимум 30 операций в год.

В одном из недавних номеров английского журнала Colorectal Disease была напечатана статья известного американского колоректального хирурга Стивена Векснера из Кливлендской клиники (США). О чём мечтает профессор Векснер? Чтобы граждане США, страдающие раком прямой кишки, могли попадать в руки тех хирургов, которые располагают значительным опытом выполнения операций. Изучив регистры во многих штатах, профессор Векснер установил, что больше половины больных раком прямой кишки в США оперируются хирургами, имеющими опыт выполнения от нуля до четырёх операций в год. Причём, значительная часть хирургов, которые располагают таким малым опытом, умеют делать только одну операцию – брюшно-промежностную экстирпацию. В результате более чем у половины больных, которые оперируются по поводу рака прямой кишки, лечение заканчивается формированием постоянной одностольной колостомы.

К счастью в России благодаря наличию специализированной колопроктологической службы, которая существует более полувека и представлена практически во всех регионах, а также тому, что созданы колопроктологические отделения во многих хирургических стационарах и онкологических учреждениях, за последние годы значительно повысилась концентрация опыта. И в целом у нас ситуация с лечением рака прямой кишки обратная той, о которой пишет С.Векснер. В нашей стране постоянная колостомы формируется только у 30% больных, а у 70% выполняются пластические сфинктеросохраняющие операции.

Это в целом, на круг. А в некоторых специализированных колопроктологических клиниках

– Мне кажется, Россия вообще не агрессивна в этом смысле. Хотя сами онкологи настаивают на необходимости скринингов.

– К проведению онкоскрининга, о необходимости которого говорят и онкологи, и колопроктологи, нужно хорошо подготовиться. Что я имею в виду? При правильной организации труда эндоскопист затрачивает на проведение тотальной колоноскопии в среднем не более 15 минут, хотя «нормой» считается чуть ли не час. Правильная организация – это, в частности, достаточное количество самих колоноскопов, чтобы не было простоя эндоскопической стойки. То есть, один врач закончил исследование и начал обрабатывать данные, писать протокол, а другой врач уже приступил к следующему исследованию.

У нас в институте каждый эндоскопист делает не менее 7 колоноскопии в день. В то же время в одном из городов юга России мне рассказывали, что там для эндоскописта норма 2-3 колоноскопии в день. Но позволите: если мы говорим о скрининге колоректального рака, а эндоскопия – один из его основных элементов, то при такой «производительности труда» сколько же лет нам понадобится, чтобы посмотреть всех пациентов, у которых только за последний год выявлен положительный тест на скрытую кровь?

При отсутствии эффективных онкоскрининговых программ колоректального рака хорошо уже то, что осмотр колопроктолога включён в объём второго этапа диспансеризации. Также хочу напомнить коллегам о ведомственном приказе, согласно которому все лица старше 40 лет, обращаясь за медицинской помощью по любому поводу, должны проходить исследование кала на скрытую кровь. Параллельно мы должны говорить населению о важности этого анализа, разъясняя через прессу, что обследование толстой кишки доступно по полису ОМС. Это особенно важно для нашего народа, исключительно терпеливого.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 76 (1928)

Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одной из ведущих причин смертности во всём мире, причиняет значительный экономический и социальный ущерб. В журнале Lancet представлены результаты исследования «Глобальное бремя заболеваний», в котором оценены показатели смертности от 235 причин в 20 возрастных группах. Данное исследование показало, что ХОБЛ, ранее занимавшая 4-е место по числу смертей, в настоящее время вышла на 3-е место, сразу же после сердечно-сосудистых заболеваний.

1. Хроническая обструктивная болезнь лёгких и метаболический синдром как коморбидная патология

В настоящее время ХОБЛ рассматривается как заболевание терминальных дыхательных путей и паренхимы лёгких с системными внелёгочными проявлениями и рядом сопутствующих (коморбидных) заболеваний. Понятие коморбидности (comorbidity) предложено A.R. Feinstein (1970) и подразумевает наличие отдельных заболеваний у пациента, которые развиваются на фоне основного заболевания, носят вторичный (подчинённый) характер и могут оказывать влияние на течение основной патологии. В последнее время появилось понятие мультиморбидности – сосуществование двух и более заболеваний, при отсутствии какой-либо привилегированности одного из них.

Проблема коморбидности и мультиморбидности при ХОБЛ приобретает особое значение – общепризнано, что сопутствующие заболевания являются неотъемлемой чертой ХОБЛ. Наиболее значимыми и часто встречающимися являются болезни сердечно-сосудистой системы, в настоящее время получены убедительные доказательства, что кардиальная патология ухудшает течение и прогноз ХОБЛ. Не остаётся без внимания и сочетание ХОБЛ с различными метаболическими нарушениями – данная область научных интересов является недостаточно изученной, особенно, проблема сочетания ХОБЛ и метаболического синдрома.

Современные данные свидетельствуют, что избыточная масса тела и ожирение у больных ХОБЛ встречается чаще по сравнению с общей популяцией и составляют от 18% до 54% против 10-24%. Установлено, что распространённость МС у больных ХОБЛ достаточно высока, особенно, на ранних стадиях заболевания и, по данным разных авторов, варьирует от 42,9 до 47,5%, снижаясь по мере прогрессирования степени тяжести нарушений параметров бронхиальной проходимость. В основе прогрессирования и формирования кардиоваскулярных осложнений у больных ХОБЛ с сопутствующим МС лежат инсулинорезистентность (ИР) и дислипидемия, приводящие к развитию эндотелиальной дисфункции (ЭД), гемореологических нарушений, которые усугубляют хроническая гипоксия.

У больных ХОБЛ в сочетании с МС более выражена степень одышки, чаще развивается сопутствующая патология. Сахарный диабет, остеопороз, ИБС и сердечная недостаточность, синдром обструктивного апноэ сна чаще наблюдаются у пациентов с ХОБЛ и МС в отличие от больных изолированной ХОБЛ. Присутствие метаболических нарушений у пациентов с ХОБЛ сопровождается увеличением количества тяжёлых обострений ХОБЛ, негативно влияет на частоту госпитализаций и риск смерти, преимущественно от сердечно-сосудистых осложнений. В эпидемиологическом исследовании D.M. Mannino et al. изучалась 5-летняя выживаемость больных ХОБЛ в зависимости от количества сопутствующих заболеваний. Установлено, что уже при наличии трёх сопутствующих заболеваний, таких как сахарный диабет, артериальная гипертензия и сердечно-сосудистые заболевания, смертность была максимальной.

Достаточно очевидно, что сочетание ХОБЛ и МС сопровождается повышением степени сердечно-сосудистого риска, менее изученными и освещёнными в научной литературе остаются вопросы возможного влияния метаболических расстройств на клинико-функциональные характеристики и течение ХОБЛ.

2. Метаболические нарушения у больных ХОБЛ – возможности фенотипирования

Следует констатировать, что в связи с признанием системного характера ХОБЛ,

разнообразием клинических проявлений заболевания, включая как внелёгочные проявления, так и коморбидные заболевания, вопросы классификации ХОБЛ претерпевают постоянные изменения. Существующая современная интегральная оценка ХОБЛ имеет ряд недостатков, т.к. представляет результат согласованного мнения экспертов, а не данные официальной статистики, не установлена предикторная информативность классификационных критериев, касающаяся смертности и ответа на терапию, не учтены возраст и сопутствующая патология.

Проблему коморбидных метаболических расстройств у больных ХОБЛ необходимо обсуждать в свете современного направления, касающегося разработки фенотипов ХОБЛ. Для ХОБЛ понятие «фенотип» является относительно новым, в связи с гетерогенностью симптомов ХОБЛ предложен термин

Метаболические нарушения у больных хронической обструктивной болезнью лёгких

«клинический фенотип» – характерная черта или комбинация черт, которые описывают различия между пациентами с ХОБЛ, связанные с клиническими значимыми исходами заболевания (симптомы, обострения, ответ на терапию, скорость прогрессирования заболевания или смерть). Таким образом, фенотипы ХОБЛ отражают определённые особенности пациентов, которые могут быть важными с точки зрения диагностики, лечения и прогноза заболевания.

Широко известными являются «синие отёчники» и «розовые пытельщики», описанные в 1955 г. A. Dornhorst, как два разных типа больных с дыхательной недостаточностью. Для первого подтипа характерно наличие хронического бронхита, цианоза, признаков правожелудочковой сердечной недостаточности и избыточной массы тела, для второго – эмфиземы, одышки, отсутствие цианоза и снижение массы тела. В 1966 г. В. Burrows и соавт. ввели термины «тип А» и «тип В» хронической бронхиальной обструкции, которые отличались между собой по клиническим, функциональным, рентгенологическим и морфологическим признакам, что соответствовало эмфизематозному и бронхитическому фенотипам ХОБЛ. Определение данных типов ХОБЛ имеет важное значение в силу принципиальных отличий, касающихся течения и прогноза заболевания.

К другим потенциальным фенотипам ХОБЛ относят её сочетание с буллёзной болезнью, дефицитом α_1 -антитрипсина, бронхиальной астмой (БА), «молодых» больных ХОБЛ (возраст менее 50 лет), ХОБЛ у женщин, ХОБЛ с частыми обострениями и др. В обзоре F.J. Martinez и соавт. (2011) приведены сводные данные о клинических признаках, которые могут быть связаны с фенотипами ХОБЛ. Они включают демографические отличия – возраст, курение, пол, этнические группы; показатели функции внешнего дыхания – ОФВ₁, ответ на терапию бронхолитиками, гиперчувствительность бронхов; а также признаки эмфиземы и другие изменения со стороны лёгких по данным компьютерной томографии, количество ежегодных обострений ХОБЛ.

В 2010 г. P.-R. Burgel и соавт. опубликовали результаты исследования, в котором предпринята попытка фенотипирования больных ХОБЛ (322 чел.) с использованием метода кластерного анализа – учитывались возраст, симптомы ХОБЛ, показатели спирометрии, ИМТ и сопутствующая патология. Среди выделенных 4 фенотипов обращает внимание группа пожилых пациентов, имевших умеренную и тяжёлую степень ХОБЛ, высокий риск обострений, высокую частоту сердечно-сосудистых заболеваний и сопутствующее ожирение.

В 2012 г. данная исследовательская группа провела исследование у 527 больных ХОБЛ, параметры для кластерного анализа были дополнены показателями бодиплетизмо-

графии, диффузионной способности лёгких, количественными характеристиками степени эмфиземы по данным компьютерной томографии лёгких. Наиболее активный интерес вызывают полученные данные о разработанных 2 фенотипах больных, для которых характерен высокий риск смерти. В первую группу вошли пациенты с тяжёлой степенью ХОБЛ, кахексией и низкой частотой коморбидных сердечно-сосудистых заболеваний. Во вторую группу распределены пациенты с умеренной степенью ХОБЛ, высокой частотой сердечно-сосудистых заболеваний, ожирением и диабетом.

В 2011 г. J. Garcia-Americh и соавт. опубликовали данные кластерного анализа у 342 больных ХОБЛ – один из разработанных 3 фенотипов был назван фенотипом с «системной» ХОБЛ. В группу вошли пациенты с наличием ожирения, ИБС, ХСН, диабета, тяжёлыми нарушениями индекса одышки, статуса здоровья и высоким риском госпитализации как по поводу сердечно-сосудистых заболеваний, так и по поводу обострений ХОБЛ.

Наиболее важным доказательством гетерогенности клинических проявлений ХОБЛ, которая не может быть обусловлена только степенью тяжести бронхиальной обструкции (значением ОФВ₁), и необходимости поис-

стадию ХОБЛ. Результатами мета-анализа, включившего 22 исследования с участием 22 150 больных ХОБЛ, явились данные о снижении относительного риска смерти у больных с наличием ожирения.

Таким образом, следует констатировать, что роль ожирения в течении ХОБЛ остаётся предметом для дискуссии в силу отсутствия однозначной трактовки его потенциального влияния на течение и прогноз заболевания. Относительно изученным является влияние ожирения на статические объёмы лёгких с развитием гиповентиляции и рестриктивной дыхательной недостаточности. Установлено, что наличие ожирения способствует уменьшению степени динамической гиперинфляции, являющейся одним из ведущих факторов прогрессирующего снижения функции лёгких. В то же время вопросы взаимосвязи между параметрами бронхиальной проходимости и ожирением остаются неясными и требуют дальнейшего изучения.

Установлено, что абдоминальное ожирение сопровождается снижением ФЖЕЛ и ОФВ₁ – наличие избыточной жировой ткани усугубляет бронхиальную обструкцию, нарушает механику дыхательных движений грудной клетки на вдохе и выдохе, ухудшает проходимость дистальных дыхательных путей. По данным K.-V.H. Lam и соавт., не-

смотря на более высокий риск развития метаболического синдрома у больных ХОБЛ в сравнении с пациентами, не страдающими данным заболеванием, только ожирение является компонентом, имеющим связь со степенью бронхиальной обструкции. Таким образом, современные данные о влиянии ожирения на течение и прогноз у больных ХОБЛ носят достаточно противоречивый характер и требуют дальнейшего изучения.

4. Патогенетические аспекты метаболических нарушений у больных ХОБЛ

4.1. Системное воспаление у больных ХОБЛ в сочетании с метаболическим синдромом

При обсуждении патогенетических и патофизиологических механизмов, которые могут составлять основу негативного влияния МС и, прежде всего, ожирения на течение ХОБЛ, центральное место занимает концепция системного воспаления низкой градации, ключевая роль которого в развитии и прогрессировании ХОБЛ не подлежит сомнению. Современные научные данные позволяют предполагать активное участие жировой ткани в процессах системного воспаления, формировании нарушений углеводного обмена (инсулинорезистентность, сахарный диабет) у больных ХОБЛ. Ожирению отводится роль независимого фактора риска развития и потенцирования системных воспалительных реакций. Кроме того, наличие ожирения у больных ХОБЛ является одним из ключевых механизмов развития сопутствующей сердечно-сосудистой патологии.

В настоящее время жировая ткань рассматривается в качестве эндокринного органа, участвующего в регуляции многих метаболических процессов. Жировые клетки (адипоциты) синтезируют и секретируют различные цитокины и биологически активные медиаторы (адипоцитокينات). Предполагается, что у больных ХОБЛ с сопутствующим ожирением и инсулинорезистентностью, повреждающее действие гипоксии на жировую ткань приводит к активации локальных воспалительных реакций с патологической секрецией IL-6, ФНО- α , лептина. Эти процессы сопровождаются снижением содержания адипонектина, рецепторов, активируемых пероксисомными пролифераторами (PPAR), в плазме крови.

Установлено, что повышение уровня СРБ у больных ХОБЛ и ожирением ассоциировано со снижением толерантности к физическим нагрузкам, повышением риска сердечно-сосудистых катастроф, увеличением частоты госпитализаций, ухудшением прогноза заболевания и повышением резистентности к инсулину. По мере нарастания воспалительных реакций усугубляется дисбаланс в системе провоспалительных и противовоспалительных цитокинов, которые депонируются в жировой ткани.

Исследование проводилось в 46 центрах 12 стран мира, с декабря 2005 г. по февраль 2010 г., с участием 2164 больных ХОБЛ, контрольную группу составили 337 курящих и 245 некурящих лиц. Изучаемые параметры включали показатели функции лёгких, пульсоксиметрии, диффузионной способности лёгких, бодиплетизмографии, частоты обострений ХОБЛ, толерантности к физической нагрузке, композиционного состава тела, индекса одышки и статуса здоровья.

Одним из крайне важных и значимых выводов данного исследования следует считать результаты, позволяющие выделить стабильный фенотип ХОБЛ, ассоциированный с частыми обострениями, персистирующим системным воспалением и повышенным риском смерти. Факторами риска системного воспалительного ответа явились возраст – отношение шансов (ОШ) = 1,045 (95% доверительный интервал (ДИ) – 1,014; 1,077); ИМТ – ОШ = 1,125 (95% ДИ – 1,063; 1,190) и курение – ОШ = 2,228 (95% ДИ – 1,471; 3,375). Убедительно доказанная значимость частоты обострений ХОБЛ как ключевого фактора, определяющего негативный прогноз заболевания, обуславливает необходимость дальнейшего глубокого изучения данного фенотипа и активного поиска новых терапевтических стратегий.

3. Ожирение как значимая клиническая характеристика у больных ХОБЛ

Примечательно, что среди пациентов, составивших вышеописанный фенотип ХОБЛ «с частыми обострениями» и повышенным риском смерти, преобладали больные, страдающие ожирением. Данному выводу противоречат результаты ряда исследований по изучению взаимосвязи между ИМТ и уровнем летальности у больных ХОБЛ, свидетельствующие о протективном эффекте ожирения у пациентов с тяжёлым течением заболевания, известном как «парадокс ожирения».

В проспективном когортном исследовании The Copenhagen City Heart Study выявлено, что наличие ожирения у больных ХОБЛ тяжёлой степени было ассоциировано со снижением уровня общей смертности в сравнении с пациентами, имевшими нормальные значения ИМТ и сопоставимую

4.2. Дисфункция эндотелия у больных ХОБЛ в сочетании с метаболическим синдромом

ЭД как крайне значимый патофизиологический механизм развития и прогрессирования ХОБЛ и МС проявляется изменением регуляции сосудистого тонуса, синтеза факторов пролиферации, гемостатической функции и тесно связана с воспалением и оксидативным стрессом. ЭД сопровождается патологической выработкой большого количества сосудистых факторов – межклеточной молекулы адгезии 1 (ICAM-1) и сосудисто-клеточной молекулы адгезии 1 (VCAM-1), повреждающих эндотелий и потенцирующих неспецифическое воспаление.

Экспрессия VCAM-1 может быть постоянной или индуцибельной. Этот белок экспрессируется в эпителиальных клетках сосудов при воспалительных процессах и является одним из средств мобилизации лейкоцитов из крови в ткань.

Функция VCAM-1 – обеспечение адгезии лимфоцитов, моноцитов и эозинофилов к активированному эндотелию с последующим их выходом из сосудистого русла и перемещению в очаг воспаления. При воздействии на эндотелий повреждающего фактора происходит повышенная экспрессия молекул адгезии эндотелиальных клеток, моноцитарного хемотаксического протеина, в результате чего происходит адгезия моноцитов к активированным эндотелиальным клеткам их дальнейшая дифференцированная миграция в субэндотелиальное пространство и образование атеросклеротических бляшек.

Одним из самых активных пептидов, секретлируемых эндотелием, является сосудосуживающий фактор эндотелин, синтез которого стимулируется тромбином, адреналином, ангиотензином, IL-1 и различными ростовыми факторами.

При обсуждении нарушений функции эндотелия у больных ХОБЛ в сочетании с метаболическим синдромом нельзя оставить без внимания АГ, которая является одним из наиболее частых коморбидных заболеваний при ХОБЛ и составной частью МС.

На течение АГ у больных ХОБЛ в сочетании с МС оказывает влияние ряд факторов. С одной стороны – ЭД, связанная с хронической гипоксией, системным воспалением

и оксидативным стрессом, развивающимися на фоне ХОБЛ. С другой стороны, наличие избыточного содержания жировой ткани способствует активации системного воспаления и усугублению гипоксии. У больных ХОБЛ с сопутствующим МС дополнительной причиной развития и усугубления АГ может быть также ИР и гиперинсулинемия.

Таким образом, принимая во внимание базовую концепцию системного воспаления низкой градации, являющуюся универсальной как для ХОБЛ, так и для метаболического синдрома, следует признать наличие патогенетических ассоциативных связей между этими заболеваниями. Дальнейшее исследование в этом направлении является актуальным, особенно, с точки зрения поиска новых терапевтических стратегий данной коморбидной патологии.

Современные аспекты применения статинов и блокаторов АТ1-ангиотензиновых рецепторов у больных ХОБЛ

Существующие рекомендации по лечению ХОБЛ требуют более детальной разработки с учётом коморбидных заболеваний. Особое внимание следует уделять поиску дополнительных алгоритмов лечения больных ХОБЛ в сочетании с метаболическими нарушениями, которые могут влиять на течение и прогноз у этой категории пациентов.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении ХОБЛ, в настоящее время ведётся активный поиск и разработка новых препаратов, способных эффективно влиять на прогноз заболевания. Применяемые ингаляционные препараты не снижают уровень системного воспаления и оксидативного стресса.

В последние годы обсуждаются плейотропные эффекты статинов – противовоспалительный, иммуномодулирующий, антиоксидантный, обеспечивающие не только воздействие на состояние сосудистой стенки, но и на течение ХОБЛ. Получены данные о положительном влиянии статинов на лёгочную функцию, на уровень госпитальной и 90-дневной смертности у пациентов, госпитализированных с обострением ХОБЛ, которые ранее применяли статины.

Современная терапия ХОБЛ направлена на уменьшение симптомов заболевания и улучшение качества жизни пациентов, однако, используемые препараты оказывают

слабое влияние на патогенетические механизмы заболевания (процессы воспаления, оксидативный стресс). Выявлено, что под действием статинов происходит торможение образования цитокинов, таких как ФНО- α , IL-6, IL-8, снижается степень инфильтрации нейтрофилов в лёгких.

Приём статинов ингибирует патологические процессы в лёгких, ведущих к фиброзу мелких дыхательных путей и необратимому ограничению скорости воздушного потока. Под действием статинов снижается воспалительный ответ на лёгочную инфекцию, отмечено торможение развития эпителиально-мезенхимального перехода, предшественника рака лёгких.

Следует признать, что исследовательских работ, подробно изучающих плейотропные эффекты статинов у больных ХОБЛ, недостаточно. Необходимо проведение комплексных исследований влияния статинов на системное воспаление, оксидативный стресс, ЭД у пациентов с ХОБЛ, в том числе с сопутствующими метаболическими нарушениями.

БАР являются препаратами выбора у больных с метаболическими нарушениями. Выявлено значимое снижение риска развития СД по данным исследований LIVE, VALUE, CHARM, ALPIN. В исследовании LIFE уменьшение риска развития новых случаев СД в процессе терапии лозартаном составило 25%, в SCOPE при лечении эпросартаном – 20%, в CHARM на фоне приёма кандесартана – 22%.

При проведении мета-анализа выявлено, что терапия БАР сопровождается снижением развития новых случаев СД. В ряде проведённых обсервационных исследований выявлено, что применение БАР у больных ХОБЛ ассоциировано со снижением уровня смертности и частоты обострений заболевания, требующих госпитализации. Точные механизмы предполагаемого влияния БАР на клинические симптомы ХОБЛ остаются неясными, наиболее логичным объяснением является наличие у этих препаратов прямого или косвенного противовоспалительного эффекта.

Одним из весомых аргументов в пользу данного предположения является высокое содержание тканевого АПФ в лёгочной ткани, который оказывает провоспалительное действие на лёгочную паренхиму, сосудистое

русло и воздухоносные пути. По мере формирования и прогрессирования хронической гипоксии растёт активность АПФ лёгочной ткани.

Согласно современным представлениям ангиотензин II индуцирует системную воспалительную реакцию, стимулируя выработку провоспалительных цитокинов (IL-1 β , TNF α , IL-18), хемокинов (IL-8) и адгезивных молекул. Эти эффекты ангиотензина II связаны с его прооксидантными и эндотелий-повреждающими свойствами и являются одними из ключевых, инициирующих механизмов поражения лёгочной ткани и сосудистого русла с развитием лёгочной гипертензии.

Таким образом, влияние БАР на функцию лёгких описано в небольшом количестве исследований, которых недостаточно для однозначного понимания тактики применения препаратов этой группы у пациентов с сочетанием АГ и ХОБЛ. Теоретические предпосылки благоприятного действия блокады негативных влияний АТ II дают основание для дальнейших исследований влияния данной группы препаратов не только при изолированной АГ, но и её сочетании с другими патологиями, в том числе ХОБЛ и метаболическими нарушениями.

Резюмируя современные литературные данные, следует признать широкую распространённость и очевидное негативное влияние метаболических нарушений на течение и прогноз ХОБЛ. В связи с многообразием клинической симптоматики у больных ХОБЛ в сочетании с метаболическими расстройствами выявление дополнительных фенотипических критериев является востребованным и актуальным с точки зрения разработки прогностических критериев и терапевтических стратегий данной патологии.

Владимир ЗАДИОНЧЕНКО,
доктор медицинских наук, профессор.

Татьяна АДАШЕВА,
доктор медицинских наук, профессор.

Вера ЛИ,
кандидат медицинских наук, доцент.

**Кафедра поликлинической терапии
Московского государственного
медико-стоматологического университета
им. А.И.Евдокимова.**

Острый коронарный синдром и гипергликемия

Сахарный диабет (СД) и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) тесно связаны между собой и представляют огромный интерес. В настоящее время в мире около 195 млн больных сахарным диабетом, более 90% из них составляют пациенты с СД 2-го типа. К 2030 г., по прогнозам ВОЗ, количество больных сахарным диабетом может достигнуть 330 млн, по самым пессимистичным подсчётам – 500 млн человек. Опасность состоит в том, что более 50% больных СД 2-го типа даже не подозревают о наличии у них этого заболевания, так как в течение многих лет оно может протекать без видимой клинической симптоматики.

Наиболее частой причиной смерти у больных СД является коронарная болезнь сердца. Риск развития ССЗ у мужчин с СД в 2-3 раза, а у женщин – в 3-5 раз выше, чем у лиц без нарушений углеводного обмена. Существенно снизить уровень смертности от ишемической болезни сердца (ИБС) у больных СД пока не удаётся ни в одной стране мира. Внезапная смерть при СД у мужчин развивается на 50%, а у женщин на 30% чаще, чем у лиц соответствующего пола и возраста без диабета.

При СД происходит диффузное поражение коронарных артерий, снижение вазодилатационного резерва и фибринолитической активности, повышается агрегационная способность тромбоцитов. Особенностью ИБС при СД является безболевая ишемия миокарда, иногда ИБС проявляется такими симптомами, как слабость, приступы удушья, аритмия.

Отдельного внимания заслуживает гипергликемия в период обострения ИБС. По некоторым данным гипергликемия сопровождается большой частью всех обострений ишемической болезни сердца. К примеру, до 50% больных в острой стадии инфаркта миокарда (ИМ) имеют повышение уровня глюкозы в крови.

Среди госпитализированных больных, не имеющих в анамнезе сахарного диабета, нарушения толерантности к глюкозе, по результатам перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ), отмечаются в 65% случаев. При этом у 31% больных подобные

изменения достигают уровня впервые выявленного СД. В крупных проспективных исследованиях доказано, что прогноз больных ИМ без СД в анамнезе, но с гликемией в остром периоде более 11,1 ммоль/л не отличается от прогноза больных с ранее диагностированным СД. Метаболические нарушения в случае гипергликемии формируют дополнительные факторы риска для сердечно-сосудистой системы, что приводит к увеличению смертности, возрастанию частоты осложнений и негативно сказывается на прогнозе.

На протяжении длительного времени считалось, что нарушение метаболизма глюкозы, возникающее в острый период ИМ, возникает вследствие повышенного содержания в крови катехоламинов и кортизола в ответ на острое повреждение миокарда и отражает развитие стрессовой реакции и сопровождается дисфункцией левого желудочка, воспалительным ответом. Это рассматривалось как адаптивная реакция, не требующая неотложной коррекции. Однако в последние годы доказано важное прогностическое значение гипергликемии при ИМ вне зависимости от наличия СД в анамнезе.

Продолжается дискуссия по поводу возможных негативных эффектов гипергликемии на исходы ИМ. Существует мнение, что гипергликемия в остром периоде ИМ выявляется у пациентов с уже существующим у них СД, просто ранее у данной группы пациентов СД не был диагностирован. До конца не ясно, является ли гипергликемия непосредственной причиной неблагоприятных исходов ИМ или является маркёром остроты процесса. Неблагоприятное влияние гипергликемии при кардиоваскулярных событиях целесообразно рассматривать на клеточно-тканевом и биохимическом уровнях. Гипергликемия способствует более прогрессивному развитию морфологических и функциональных нарушений различных клеток и тканей.

Острое повышение уровня глюкозы крови оказывает мощный гемодинамический эффект даже в здоровом организме. Проведённые исследования продемонстрировали, что при сохранении гликемии на уровне 15 ммоль/л на протяжении 2-х часов происходит значимое повышение величины

систолического и диастолического артериального давления, частоты сердечных сокращений и уровня катехоламинов крови.

Установлено, что высокая постпрандиальная гипергликемия ассоциирована со стойкой дисфункцией эндотелия, выявляемой с использованием тестов на эндотелийзависимую вазодилатацию, и формированием дефектов перфузии в миокарде. Нарушение эндотелийзависимой вазодилатации вызывается даже кратковременным (в течение нескольких часов) воздействием высоких концентраций глюкозы.

Выявлено, что при ИМ в условиях гипергликемии фракция выброса левого желудочка значительно снижена и после реперфузии увеличивается менее заметно, чем у пациентов с нормогликемией. При ОИМ в условиях нарушенного метаболизма глюкозы отмечается склонность к удлинению и дисперсии интервала QT на ЭКГ, а это, в свою очередь, ведёт к возникновению желудочковых аритмий.

Существует мнение, что гипергликемия при ИМ запускает дополнительное «электрофизиологическое» повреждение миокарда, которое увеличивает тенденцию к возникновению фатальной желудочковой аритмии и сердечно-сосудистых осложнений ИМ в присутствии вегетативной недостаточности. В условиях гипергликемии во время ИМ возникает дисфункция тромбоцитов, а именно гиперактивность и повышенная агрегационная способность из-за повышенного синтеза тромбосана, дегрануляции и нарушения функции оксида азота.

Гипергликемия сопровождается каскадом иммунологических и биохимических реакций, играющих роль в генезе сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Повышенный уровень глюкозы крови отражает относительную инсулинорезистентность, которая в свою очередь сопровождается активацией липолиза и повышенной продукцией свободных жирных кислот.

Снижение биологического действия инсулина приводит к нарушению потребления глюкозы миокардом и недостатку субстратов для гликолиза, что в условиях ишемии способствует большему повреждению кардиомиоцитов и снижает компенсаторную способность не затронутого инфарктом миокарда. Кроме того, относительный

дефицит инсулина уменьшает утилизацию глюкозы в миокарде и приводит к сдвигу метаболизма в сторону преимущественной утилизации жирных кислот. Окисление свободных жирных кислот требует больших затрат кислорода для синтеза того же количества АТФ, по сравнению с гликолизом, то есть является кислородозатратным. Этот изменённый тип утилизации экзогенного энергетического субстрата может привести к возрастанию потребностей миокарда в кислороде.

В условиях подобного метаболизма снижение коронарного кровотока зачастую оказывается критическим и приводит к гибели кардиомиоцитов, развитию фатальных злокачественных нарушений ритма и летальному исходу.

Таким образом можно отметить основные кардиоваскулярные эффекты гипергликемии: эндотелиальная дисфункция, гиперактивность тромбоцитов, повышение уровня факторов свёртывания, снижение фибринолитической активности крови и дисфункция эндотелия, повышение экспрессии провоспалительных цитокинов, активация липолиза и увеличение в крови концентрации свободных жирных кислот, снижение гликолиза и окисления глюкозы, развитие окислительного стресса (индукция миокардиального апоптоза), нарушение микроциркуляции, формирование или нарастание инсулинорезистентности, снижение секреции инсулина и потребления глюкозы клетками.

Гипергликемия у больных ОКС при поступлении в стационар является широко распространённым явлением и встречается более чем у половины госпитализированных больных. В течение последних 10 лет проведено много широкомасштабных клинических исследований с целью определения прогностической ценности гипергликемии при ОКС.

(Окончание следует.)

Олеся НИКОЛИН,
ассистент кафедры
госпитальной терапии № 1,
кандидат медицинских наук.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

Сегодня Курская область занимает второе место в Центральном федеральном округе и пятое в РФ по показателю младенческой смертности. А ведь по абсолютным показателям ещё 30 лет назад то же количество потерь относилось не к целой области, а к одной акушерской больнице. Успехи региона отметила и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова во время своего визита, назвав Курский областной перинатальный центр одним из лучших в России. О результатах работы центра и о том, как удалось их достичь – в материале специального корреспондента «МГ» Анны КАБИКОВОЙ.

Конечно, в каждом успехе есть составляющие. Одна из них – безусловно, системная. «В последнее время в сфере детского и материнского здоровья произошли значимые изменения, – говорит главный врач Курского областного перинатального центра Валентина Крестинина. – Сегодня вся система работает в рамках «перинатальной реформы». Приоритеты службы родовспоможения и детства всё больше смещаются в сторону перинатологии, то есть в сторону новорождённого. Именно здоровье ребёнка во многом сегодня определяет медицинскую тактику – в единой точке сходятся интересы акушеров-гинекологов и неонатологов».

Цифры говорят сами за себя. Показатель младенческой смертности снизился по РФ за последние годы на 14%. За всю историю страны также зарегистрировано минимальное значение показателя материнской смертности – 11,3

родов на первом уровне приблизилась к 92%, тогда как доля таких родов на третьем – прогрессивно снижается. В первую очередь, это свидетельствует о правильном распределении беременных по группам риска вероятности осложнений и отличной работе системы маршрутизации беременных.

Пациентки группы высокого риска концентрируются в стационаре третьего уровня. На сегодняшний день в перинатальном центре проводятся 63% всех преждевременных родов в области, при том что рекомендованный показатель составляет 55%. Только в 2014 г. в ОПЦ пролечено и выписано из него 29 новорождённых с экстремально низкой массой тела при рождении и 52 – с очень низкой (1000-1500 г) массой.

родоразрешении. Практически 1,5 тыс. кесаревых сечений проведены под тем или иным видом регионарной анестезии. При этом на протяжении последних 3 лет процент спинномозговых анестезий составляет более 90%. Современные подходы позволяют исключить осложнения в 99% случаев.

Другим приоритетом центра является использование кровесберегающих технологий. Интраоперационная реинфузия – уже практически протокольное мероприятие при абдоминальном родоразрешении в группе высокого ри-



Валентина Крестинина

пребывают сотрудники. Но, тем не менее, коллектив здесь подобрался очень слаженный и опытный. Ну, а руководство вместе с профсоюзом делают всё, чтобы работало легко и лучше – от достойной заработной платы и комфортных условий труда до возможности ежедневно применять самые последние технологии, учиться, совершенствоваться в профессии и постоянно двигаться вперёд.

Строгий анализ, системный подход, постоянная работа над улучшением результатов, опыт и согласованность действий, конкретные решения, – очевидно, это и есть те составляющие, которые позволили Курскому ОПЦ вывести свою область в число лидеров по показателям в области жизни и здоровья но-

Ориентиры

За каждым успехом – сильный характер

В борьбе за новые жизни выигрывают медики Курского областного перинатального центра

Снижение перинатальной смертности, в основном, обеспечивается неонатальными показателями, в то время как значимо не снижается антенатальная смертность (т.е. мертворождаемость). Однако, будущие победы в аку-

шерстве и в экстренных ситуациях. В ряде ситуаций применение этой методики позволило сохранить жизнь пациентке благодаря собственной крови, без массивных трансфузий «чужих» донорских эритроцитов, при том, что кровопотеря составляла около 4 л.

Известно, что нет акушерства без гинекологии. Сегодня на фоне акушерского «бума» необходима коррекция состояния органов репродуктивной системы для подготовки к беременности (в том числе и к применению вспомогательных репродуктивных технологий таких как ЭКО), диагностика и лечение бесплодия, органосохраняющие операции и т.д. 26% гинекологических операций в области выполняются здесь, в перинатальном центре, а при диагнозе «внематочная беременность» – 58%.

Конечно, есть и проблемы, общие для всего российского здравоохранения. В первую очередь – это нехватка специалистов и недостаточный уровень подготовки выпускников. На базе Курского перинатального центра создан собственный симуляционный центр. Количество обученных специалистов постепенно растёт – 82 медработника в 2014 г. против 28 в 2013 г. Кроме симуляционного центра в ОПЦ появилась отдельная обучающая группа из опытных врачей, которые готовят лекции и практические занятия по актуальным вопросам и организационным аспектам работы. Тренинги включают запись действий медперсонала во время операций на видео с фиксацией времени и последующий «разбор полётов».

Обучают не только собственных специалистов. На занятия приезжают и врачи из районных больниц. С районами активно ведётся кураторская работа. И это касается не только акушерства и гинекологии, но и неонатологии и анестезиологии. Созданы паспорта районов, отражающие кадровый состав, оснащённость оборудованием, готовность учреждения к оказанию экстренной помощи. В рамках этой работы сотрудники областного центра посещают ЦРБ, проводят клини-

ческие разборы тяжёлых случаев или дефектов оказания медицинской помощи – так называемый перинатальный аудит.

Новые знания получают не только врачи, но и пациенты. Здесь есть «Школа мам» – подготовка к беременности и родам и психологические консультации по разрешению трудных жизненных ситуаций. Работают специалисты этой службы и с женщинами, выразившими желание отказаться от детей. К сожалению, таких случаев становится с каждым годом всё больше. Но и на этом фронте есть свои успехи – в прошлом году из 24 случаев 18 женщин удалось убедить изменить своё решение.

Работать здесь и сложно, и

ворождённых. Но есть ещё один, немаловажный аспект.

Каждое лечебное учреждение – это отражение руководителя. Сильный характер, огромный практический опыт и умение работать с людьми – вот те качества главного врача, которые чувствуются в каждом аспекте работы здесь, в Курском ОПЦ. Отлаженная, выстроенная система, на создание которой ушёл не один год. Валентина Крестинина работает в этом коллективе с 1970 г. Тогда, конечно, это был ещё не перинатальный центр, а областная акушерско-гинекологическая больница. Она пришла сюда после ординатуры, так здесь и осталась. Долгие годы, по её собственному выраже-



Дом, где рождается радость. Главный вход

на 100 тыс. родившихся живыми. Это стало возможным благодаря внедрению трёхуровневой системы оказания медицинской помощи. В Курской области за последние 4 года внедрение клинических протоколов и новых технологий диагностики и лечения в ОПЦ привело к снижению перинатальной смертности на 18%, (7 промилле за 9 месяцев 2015 г.), а младенческой смертности на 26% (4,8 промилле за 8 месяцев 2015 г.). При этом уровень младенческой смертности в Курской области за 8 месяцев 2015 г. 4,8 промилле достиг уровня ниже показателей ЦФО – 6,1 промилле и РФ – 6,6 промилле.

Количество родов по Курской области на протяжении нескольких лет достаточно устойчиво держится на уровне 12 700 в год. Областная система здравоохранения вполне с этим справляется. Однако истинные результаты работы на разных уровнях становятся видны, только если «смотреть в корень». Происходит уменьшение абсолютного числа родов и их доли на первом – с 10,27% в 2012 г. до 6,7% в 2014 г. Доля нормальных, «физиологических»,

шерстве и неонатологии связаны не только с совершенствованием трёхуровневой системы, но и с адаптацией к особенностям региона.

«Речь идёт об обеспечении внутриутробного трансфера, создании единой медицинской системы мониторинга беременных на нашей территории и обучении врачей её корректному использованию. Это и развитие симуляционных образовательных центров и так далее», – считает главный врач ОПЦ.

Отдельный вопрос – внедрение современных методик. Стационары третьего уровня – по определению концентрируют в себе высокие технологии. Здесь они внедряются практически одновременно с федеральными клиниками. Из последних новшеств стоит упомянуть, например, интранатальную кардиоотографию с прямой электрокардиографией плода в родах или методику управляемой гипотермии для выхаживания новорождённых с тяжёлыми гипоксическими поражениями головного мозга. И это только некоторые.

Активное внимание уделяется и обезболиванию при оперативном



Новая жизнь улыбается во сне

интересно. «Столь интенсивной работы нет ни в одном родовспомогательном учреждении области, – говорит Валентина Крестинина. – Ежедневно проходят 15-20 патологических родов, а каждые третьи заканчиваются кесаревым сечением. Параллельно с этим в отделении реанимации постоянно получают лечение от 12 до 20 новорождённых. Акушерские и неонатальные бригады должны быть постоянно готовы к разворачиванию не только на территории центра, но и на выезде, или в любом другом медицинском учреждении».

Можно представить себе напряжение, в котором постоянно

нию, была «простым пахарем». Санавиация, ночные дежурства, тяжёлые случаи, ответственность за жизнь и матери и ребёнка – всё это знакомо главному врачу не понаслышке. А значит, она знает, что и как спрашивать со своих сотрудников.

Итак, за длинными рядами цифр и показателей – дни и ночи труда, за каждым случаем – подробный анализ действий, за каждым успехом – системная работа. И конечно, сильный характер, необходимый, чтобы выиграть эту борьбу – борьбу за новые жизни.

Курск.

Фото автора.

Термин «доказательная медицина» (ДМ) был предложен канадскими учёными из Университета Мак Мэстера в Торонто в 1990 г. Вскоре это понятие быстро распространилось и нашло сторонников в разных странах мира. Во многих странах, в том числе в России, выходит различная литература по данному вопросу, организованы центры ДМ.

Докажите, пожалуйста

Существуют различные определения медицины, основанной на доказательствах. В соответствии с одним из них ДМ – это добросовестное, точное и осмысленное использование лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного.

Главнейшим аргументом в пользу необходимости ДМ для практического здравоохранения считается то, что каждое клиническое и управленческое решение должно основываться на строго доказанных научных фактах. Сторонники ДМ считают, что клиницисты в своей работе отныне должны опираться не на авторитарные мнения, а на исследования, основанные на твёрдых научных принципах, включающих способы уменьшения предвзятости и оценку роли случайности.

Одним из важнейших направлений ДМ в настоящее время являются исследования в области клинической фармакологии (оценка действенности, эффективности того или иного лекарственного средства). Это, по-видимому, и понятно. В последние десятилетия производители активно продвигают на лекарственный рынок огромное количество лекарств. Ежегодно в клиническую практику внедряются десятки и сотни новых препаратов. В результате врач стоит перед труднейшей проблемой выбора наиболее эффективного препарата, ибо, как известно, ни новизна, ни высокая стоимость нового препарата не являются гарантией его более высокой эффективности.

Многие лекарства изучаются в различных клинических исследованиях, и врачи должны были бы опираться именно на их результаты. К сожалению, эти результаты, по данным различных авторов, нередко оказываются неоднозначными, а иногда и прямо противоположными. В результате проблема выбора остаётся нерешённой, применяются средства и методы, могущие быть неадекватными требованиям.

В чём же отличие работ по ДМ от обычных исследований, результаты которых публикуются в огромном количестве современных медицинских журналов? Первым делом, в их организации. Требования ДМ отвечают так называемые контролируемые клинические исследования (ККИ). Последние должны отвечать ряду условий. Прежде всего, в исследовании должна иметься рандомизация, то есть, должна быть обеспечена сопоставимость опытной и контрольной групп (по полу, возрасту, расовой принадлежности и т.д.). Сами группы должны быть составлены на принципах случайного отбора. Исследование должно быть проведено слепым или двойным слепым методом.

Если речь идёт об испытании лекарственных веществ, то эффект изучаемого препарата должен сравниваться с эффектом плацебо (пустышки) или, в крайнем случае, другого, сопоставимого, препарата. Группы пациентов должны быть репрезентативными, то есть количество пациентов в каждой группе должно быть достаточным для получения статистически достоверных результатов. И, наконец, результаты должны быть подвергнуты адекватной статистической обработке.

О пользе схем лечения

Как уже отмечалось, ДМ требует, чтобы врачи в своей повседнев-

Точка зрения

Так всё же искусство или ремесло?

Плюсы и минусы доказательной медицины

ной работе опирались именно на результаты ККИ. Однако опыт показывает, что и ККИ не решают всей проблемы действенного, эффективного обследования и лечения больных, правильного выбора методов и средств. Как показал опыт проведения таких исследований, в них также могут быть получены противоречивые результаты.

Для преодоления данного явления, ДМ предложила проводить так называемый мета-анализ. Речь идёт о том, чтобы исследователь составил полную выборку всех, имеющихся по тому или иному средству или методу ККИ, и выполнил систематический обзор

областях и при определённых обстоятельствах. Стандарты, как правило, оставляют достаточно широкое поле для манёвра, что позволяет обеспечить индивидуальный подход к терапии. Не противоречат принципы ДМ и принципам этики врачевания. Наоборот, неся в себе более эффективное лечение, они являются более этичными, милосердными.

Необходимый фундамент

ККИ проводятся во всём мире с 60-х годов XX столетия. Подобные исследования очень сложны по механике своего осуществления,

ётся не менее сильным лечущим фактором, чем иное самое новое лекарство.

Сила слова

Как известно, tempora mutantur et nos mutantur in illis (времена меняются, и мы меняемся вместе с ними). Тем не менее никакие новые лекарства и способы, никакая ДМ не способны отменить значимости психологии больного в его излечении. Они не способны отменить значимости в излечении больного священнодействия при визите врача – его улыбки, жестов, мимики, дружеского похлопывания по руке, слов сострадания, утешения и надежды. Нередко они мобилизуют иммунную и другие защитные системы человека гораздо лучше, чем иные, рекомендуемые ДМ средства.

Едва ли способна ДМ полностью устранить то, что сегодня СМИ очень широко вторгаются в медицину. За деньги они создают мощнейшую моду на то или иное лекарство и оказывают давление на психологию больного и даже врача. Они, по сути дела, выполняют ту задачу, о которой говорил М.Мудров: «Протолковать больному и предстоящий образ употребления прописанного лекарства, и сказать вкус, цвет, запах и действие оно. Тогда больной будет принимать его с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность вызывают иногда полезнее самого лекарства».

Большинство людей верят в рекламируемую чудодейственную силу такого лекарства. И даже отсутствие каких-либо доказательств его большей эффективности или даже полезности вообще едва ли способны заставить отказаться больного и врача от применения этого средства. Давно доказана жизнью эта истина – разум зачастую проигрывает вере. Врач тоже человек и эти человеческие качества нередко подвигают его на действия по шутливому «завету» Б.Вотчала «Когда появляется новое лекарство, спешите им воспользоваться, пока не будет доказано, что оно не эффективно».

Не без изъянов

Не безгрешны и сами методики проведения ККИ, являющихся основой ДМ. Как известно, важнейшим правилом организации таких исследований является формирование групп сравнения по методу случайного отбора. Но даже один из авторитетных учёных по методикам правильной организации медицинских исследований, автор известной книги «Медико-биологическая статистика» Стентон Гланц писал: «Ситуация, когда разделить больных случайным образом невозможно, в медицинских исследованиях возникает довольно часто», а это означает, что не во всех случаях практической медицины возможна организация исследований по принципам ДМ.

Кроме того, нельзя не помнить ещё об одном моменте таких исследований. В ККИ за доказательство эффективности испытуемого препарата принимается превышение эффекта сравниваемого препарата над эффектом «пустышки» (плацебо). Однако, в своей замечательной книге

«Очерки клинической фармакологии», Б.Вотчал приводил множество примеров того, что на ряд сильно внушаемых людей пустышка оказывает точно такое же действие, как и лекарственное средство. В этой ситуации вполне может получиться так, что ценное лекарство будет отвергнуто просто потому, что эффект пустышки оказался равным эффекту лекарства.

Не очень ясна и этическая сторона дачи больным людям «пустышек». Ведь они не должны знать, что вместо лекарств (во всяком случае, вместо части лекарств) они получают эти самые пустышки, в то время как Хельсинкская декларация Всемирной медицинской ассоциации «Новые стандарты для медицинских исследований» (2000) допускает применение плацебо лишь в тех случаях, «когда не существует профилактического, диагностического или терапевтического метода с подтверждённой эффективностью». Кроме этической стороны остаётся неясной и правовая сторона применения пустышки в медицинском эксперименте без добровольного информированного согласия больного.

Резюмируя сказанное

Всё вышесказанное свидетельствует, что в ближайшее время (да, по-видимому, и в будущем) мы не сможем отказаться от использования результатов хорошо выполненных открытых неконтролируемых исследований, публикуемых в различных отечественных и зарубежных журналах и монографиях.

При этом врачу, разумеется, не помешает здоровый критический взгляд на многие обычно рекомендуемые средства и методы лечения. Особо это касается дорогих и супердорогих средств и методов, которые безответственно рекламируются нашими СМИ. Многие из них не имеют никаких преимуществ перед давно известными и доступными средствами, и бездумная рекомендация их своим пациентам является обманом больных, потаканием мошенническому изыманию денег из кармана больного человека и абсолютным нарушением основ биомедицинской этики.

Суммируя, можно сказать, что современная медицина приближается к точным наукам, хотя она никогда ею не станет. Поэтому индивидуальный опыт и личность врача всегда имели и будут иметь большое значение. Однако сегодня было бы неправильным при выборе лечения ориентироваться только на чувства и игнорировать результаты труда исследователей, специально занимавшихся соответствующей проблемой. В конечном итоге практика ДМ предполагает сочетание индивидуального клинического опыта и оптимальных доказательств, полученных путём систематизированных исследований.

Ибрагим ШАМОВ,
заведующий кафедрой
пропедевтики внутренних болезней,
профессор.

Дагестанская государственная
медицинская академия
Минздрава России.



Оценивается результат лечения

– научный анализ и дал им обоснованную оценку. Такие обзоры считаются одним из самых достоверных источников информации по ДМ для практических врачей. Они позволяют значительно объективизировать значимость того или иного средства или метода.

В связи со всем этим врачевание средствами, эффективность которых доказана в больших и убедительных ККИ и научных обзорах с мета-анализом, позволит достичь целого ряда задач здравоохранения – административным органам эффективнее вести расходы, а практикующим врачам – увеличить эффективность своей работы. Поэтому усвоение основ ДМ администраторами и практикующими врачами может принести существенную пользу и больным, и обществу.

В последние годы во многих странах мира отмечается явная тенденция к более широкому использованию проверенных методов лечения, эффективность которых доказана в адекватных клинических исследованиях. Отражением этой тенденции являются попытки стандартизации подходов к лечению распространённых заболеваний – клинические рекомендации по ведению больных с той или иной нозологией.

Такая точка зрения в определённой мере противоречит старому доброму мнению, что пациенты больше любят сердечного, хотя и не очень передового врача и что лечение должно быть индивидуализировано. В своё время академик Мясников говорил, что «схемы нужны плохим врачам».

Однако жизнь не стоит на месте и приходится убеждаться в полезности схем в определённых

они требуют громадных затрат, а также привлечения большого количества специалистов. Эти условия часто оказываются трудно выполнимыми для отечественных врачей. Именно по этим причинам подавляющее большинство статей в отечественных журналах выполнено по типу неконтролируемых клинических исследований.

Всё же ДМ, её приёмы и методы, по-видимому, должны разумно внедряться в практику и отечественных врачей. Для этого на первом этапе возможно использование данных, которые имеются в зарубежных изданиях, опираться на них в своей работе.

Сказанное выше вовсе не означает, что ДМ – решение всех проблем и трудностей клинической медицины. Она не может отменить того, что называлось в прошлом искусством врачевания, и которое будет присуще врачу во все времена. Искусство врачевания – это личный опыт, интуиция, здравый смысл, умение видеть множество мелких деталей течения заболевания, учёт множества приводящих личностных и социальных моментов и многое другое. Искусство врачевания – это как раз то, почему в лечении всегда выигрывает врач, а не фармацевт, который, казалось бы, лучше знает лекарства и способы их применения.

ДМ – это, по своей сути, подведение фундамента под инженерную модель взаимоотношений врача и больного, рекомендуемую в биоэтике в наши дни рядом учёных-медиков и философов. Вся предшествующая история медицины свидетельствует о том, что фигура врача, врачевный авторитет во многих случаях оста-

Самочувствие – первый и важнейший признак благополучия или неблагополучия в здоровье человека. Конечно, не единственный, об этом позже. Самочувствие тесно смыкается с настроением. Но это не одно и то же, хотя и близкие понятия. Самочувствие прежде всего соматогенно, настроение прежде всего психогенно. Взаимосвязь сомы и психики сложна, и, бесспорно, они взаимообусловлены, разрывать их трудно, а порой невозможно. Однако имея в виду направленность и размеры статьи, я вынужден опустить чрезвычайно актуальную психогенную эмоциональную тему.

«Жалуйтесь!»

Затянувшееся изменение свойственного индивиду самочувствия – обычно первый сигнал начала проявления болезни (если исключены преходящие и приходящие факторы). В зависимости от причины и локализации патологии ухудшение самочувствия, включая боль, имеет свою окраску. Оно по-разному меняется при заболеваниях сердца и почек, лёгких и кишечника, щитовидной железы и поджелудочной железы и т.д. Но я буду, в основном, анализировать «мою» патологию – неврологическую и нейрохирургическую.

Кто не знаком с головной или поясничной болью? Практически каждому живущему на этом свете довелось испытывать и ту, и другую. Причины их, конечно, разные. Порой их часто различает сам носитель боли и бывает достаточно различного самолечения. Но всё же часто нужен врачебный анализ. Поэтому любое клиническое обследование начинается с простого: «Жалуйтесь!»

Самочувствие, как явствует из самого слова, всегда субъективно, но также всегда является следствием и объективных процессов, в нашем случае – болезни.

Самочувствие, конечно, многолико и многопричинно. И врач пытается из различных жалоб выделить те, которые позволяют если не определить болезнь по своему профилю, то, по крайней мере, наметить путь обследования, который должен привести к точному клиническому диагнозу.

Ну, например, улавливая в жалобах на повторяющиеся в предутренние часы приступы сильной головной боли, особенно сопровождающиеся рвотой, невролог прежде всего заподозрит объёмный характер поражения мозга. Конечно, врач ищет подтверждающие это и другие признаки, но прежде – в наше время! – можно быстро и легко разрешить сомнения с помощью ставших доступными методов нейровизуализации – магнитно-резонансной и компьютерной томографии. Поэтому мы видим резчайшее укорочение анамнеза заболевания, раньше часто

Авторитетное мнение

Самочувствие и сочувствие

Эмпатия остаётся необходимым слагаемым врачевания



Неформальные отношения с пациентом – во многом залог врачебного успеха

исчислявшегося месяцами и годами.

Ныне, например, при опухолях мозга, первый тяжёлый ночной приступ головной боли с рвотой или первый эпилептический пароксизм – МРТ/КТ для уточнения диагноза и операция, если она, разумеется, показана.

Иная ситуация. Пожилой пациент жалуется на повышенную утомляемость, тяжесть в голове, лёгкое головокружение, иногда покачивание. Опытный невролог прежде всего измерит артериальное давление и часто найдёт его значительно повышенным, о чём не ведал пациент и что обосновано предположил врач. Назначение препаратов, контролирующих артериальную гипертензию, обычно быстро восстанавливает самочувствие и работоспособность человека, длительно (и опасно!) преодолевавшего в одиночку гипертоническую болезнь.

Тонкий анализ изменений самочувствия больного – это и есть высший уровень врачебного искусства.

Я вспоминаю моего учителя профессора Юлия Вениаминовича Коновалова. Например, искусным расспросом он выяснил, что у пациента появилась повышенная раздражительность на различные звуки и запахи, а правую руку стал неприятно беспокоить старый поношенный свитер. И, опираясь на свой опыт и наблюдательность, учитель – в докомпьютерную эру! – поставил точный диагноз: опухоль левого зрительного бугра, подтверждённый на операции.

О хорошем самочувствии мы не задумываемся, если, разумеется, его имеем, но активно им пользуемся для успевания и успеха в своих повседневных заботах и деятельности. Самоощущение здоровья само по себе радость, пусть часто и не осознаваемая, лежит в основе нашего оптимизма, нашей веры в себя.

Изменение привычного мировосприятия, как и самого себя, может настораживать и на болезнь как причину этого.

Не случайно, первый вопрос врачебного общения с пациентами – «Как себя чувствуете?» Беспорно, сердцевинной ухудшения самочувствия чаще всего является астенический синдром или астения – ощущение несвойственной лицу слабости, повышенной утомляемости как физической, так и умственной, утраты былой энергичности в сопровождении различных вегетососудистых явлений.

Основываясь на гуманизме

В отличие от физиологического утомления, легко устраняемого просто отдыхом, астения как проявление болезни остаётся, несмотря на предпринимаемые против неё меры. Именно это обстоятельство должно стимулировать поиски её причины. Самоанализ здесь всегда должен дополняться врачебными поисками.

Конечно, возможна, пусть гораздо реже, манифестация заболевания и без астенической оправы. Например, случайно

обнаруживаемое пациентом на фоне полного соматического благополучия снижение или выпадение слуха (симптом молчащей телефонной трубки, поднесённой к уху), что типично для якобы внезапного обнаружения невринома слухового нерва.

Или вдруг выявляется резкое снижение зрения или даже слепота на один глаз, что может наблюдаться при аденомах гипофиза и ряда других процессов в хиазмально-селлярной области.

Самочувствие при обращении к врачу человека выражается жалобами. Вот почему важно всегда тщательно выслушивать пациента, так же как и уметь его выспрашивать. Искусство собирать анамнез заболевания отличает клинически мыслящего врача от ограниченно-технологическими находками.

Вчувствоваться в жалобы больного и есть врачебная эмпатия, иными словами сопереживание, сострадание со стремлением в них разобраться и профессионально помочь. Если врач обделён эмпатией, то это не врач, а технар от медицины. Человеколюбие – первая и необходимейшая составляющая врачевания, естественно, требующего и глубоких специальных – клинических и технологических знаний. Сочувствие больного – сигнал для пробуждения сочувствия врача. Именно эта связка: самочувствие-сочувствие – определяет ход дальнейшего диагностического и лечебного процесса.

Человеколюбие включает клиническое мышление, основанное на знаниях и опыте врача и, конечно, неотъемлемо от могучего технического арсенала сегодняшней медицины.

Методы распознавания и лечения, в особенности хирургические, стали значительно более гуманными по отношению к пациенту. Диагноз – через боль и кровь ушёл в историю, уступив место дистантной визуализации патологии. Это тоже сочувствие страдающей личности. Если обратиться к методам хирургической интервенции, то здесь не только намечались, но уже широко внедрены в практику взамен прямых травматичных вмешательств щадящие методики – минимально инвазивные, эндоскопические, эндоваскулярные, стереотаксические и др.

Точность и прицельность самого хирургического воздействия на

структуры организма, предпочтении модулирующим, а не деструктивным эффектам, использование различных дистантных радиохирургических способов лечения глубокой патологии, – вот далеко неполный перечень возможностей не только улучшения результатов лечения, но и существенного облегчения его переносимости. Это ли не эмпатия в её современном развёрнутом виде?!

К восстановлению качества жизни

Конечная цель как общения пациента с врачом, так и лечения – вернуть утраченное самочувствие и – шире – восстановить качество былой жизни.

Цель – в силу различных непреодолимых обстоятельств – не всегда достижима в полном объёме. Тем не менее к ней надо постоянно стремиться – порой вынужденно ограничиваясь лишь минимально приемлемым качеством жизни пациента. Этот первый необходимейший уровень относится к категории удовлетворительного самочувствия и возможности самообслуживания, когда радость жизни ещё доступна. При длительных бессознательных состояниях вследствие тяжёлых мозговых травм и иной патологии говорить об этом бессмысленно, ибо отсутствует сама психика. Впрочем, родных не так редко устраивает подобное существование близкого человека, но это уже не для него самого, а для них. С другой стороны, при активно работающем интеллекте бездвиженность далеко не обязательно убийственна и для самого носителя болезни, и для общества. Вспомним наших писателей Николая Островского и Николая Бирюкова, вспомним английского учёного Стивена Хокинга, как и многих других. Какая насыщенная и полезная деятельность этих глубоких инвалидов!

И всё-таки будем исходить из обычных жизненных ситуаций – невозможности хотя бы элементарно обслужить самого себя – трагедия и для самого страдальца, и для окружения, и для общества. Конечно, и здесь мы наблюдаем значительные подвижки, прежде всего за счёт техногенной реабилитации, всеохватной адаптации социума для возможной более или менее полноценной жизни инвалидов в обществе и всесторонней человеческой гуманизации – с тем, чтобы жизненный тонус, а, стало быть, и самочувствие людей с ограниченными возможностями, были приемлемы для них.

Океан самочувствий, и каждый врач проявляет человеческое и профессиональное сочувствие к этому к нему обратившемуся – это и есть необходимое начало исцеления!

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной
премии РФ.

НИИ нейрохирургии
им. Н.Н.Бурденко.

Новости

Ген жестокости отвечает за творчество

Учёные Федерального исследовательского центра «Институт цитологии и генетики СО РАН» и Новосибирского государственного университета определили ген, который влияет на способность человека к совершению особо жестоких преступлений, причём не спонтанных, а тщательно продуманных. Последнее – принципиально.

По словам старшего научного сотрудника ИЦИГ кандидата биологических наук Петра Меньшанова, в выборке лиц, участвовавших в исследовании в качестве «объектов», были исключительно

хладнокровные убийцы и насильники, которые долго вынашивали свои преступные планы, а не действовали под влиянием аффекта. Затем проводились сравнение «с обычной, недифференциро-

ванной популяцией». Учёные выяснили, что за изошённую жестокость ответственны отдельные малоактивные варианты дофаминового рецептора D4, обнаруженные у представителей исследуемой группы.

Надо отметить, что вариации гена данного рецептора традиционно связывают с различными поведенческими фенотипами и расстройствами, в том числе с синдромом дефицита внимания

с гиперактивностью (СДВГ), дисфункцией вегетативной нервной системы, шизофренией и... склонностью к поиску новизны. Но если у одних людей творческое мышление рождает музыку и стихи, то у других – фантазии об изошённых пытках для жертвы.

Авторы научного исследования предупреждают, что напрямую использовать наличие у человека данного гена в качестве

доказательства совершённого преступления нельзя, равно как нельзя говорить, что присутствие в генотипе индивидуума данной особенности есть стопроцентная предрасположенность к совершению тяжких деяний. Гены-генами, но определяющее значение имеет воспитание.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

Мифы и факты

Ошибка Аристотеля

Почему яркий свет заставляет нас чихать?

В 1999 г. профессор патологической анатомии Манчестерского университета Эмир Бенбоу написал письмо в редакцию журнала *British Journal of Ophthalmology*. «Самые незначительные симптомы проще переносятся, если у них есть название – насколько бы иллюзорным в результате ни было наше понимание их значения», – писал он, имея в виду так называемый световой чихательный рефлекс. Бенбоу страдал от непонятного феномена: при выходе из темноты на яркий свет он начинал рефлекторно чихать. Некоторое утешение ему приносил тот факт, что «такое же явление наблюдается и у нормальных людей». То есть если яркий свет вызывает у вас чиханье, вы не одиноки.

Световой чихательный рефлекс

Возможно, первым формальным исследованием данного рефлекса стал эксперимент, проведённый в начале 1950-х годов французским офтальмологом по фамилии Седан. Доктор обнаружил, что некоторые его пациенты чихали, когда он светил им в глаза офтальмоскопом. В процессе наблюдения за такими пациентами выяснилось, что они также чихают на ярком солнце, под воздействием фотовспышки и в одном из случаев – под ультрафиолетовым освещением. Описывая феномен, Седан отметил, что чиханье возникает сразу после того, как пациент подвергается воздействию яркого света, но быстро проходит.

Седан не смог обнаружить в медицинской литературе никаких упоминаний зависимости чиханья от освещения, поэтому пришёл к заключению, что это явление встречается очень редко. Однако к 1964 г., когда о световом чихательном рефлексе написал в журнале *Neurology* терапевт Генри Эверетт (который, по-видимому, первым предложил данный термин), о природе феномена уже было кое-что известно.

Например, исследователи установили, что рефлекс распространён шире, чем полагал Седан. По разным оценкам, симптом проявляется у 17-35% населения Земли. Наблюдался он у 23% студентов-медиков, обследованных Эвереттом, и у 24% доноров крови, участвовавших в другом подобном эксперименте.

Предрасположенность некоторых людей к чиханью под действием яркого света замечена уже давно – этот феномен упоминал ещё греческий философ Аристотель. В труде «Проблемы» он (или, возможно, кто-то из его учеников) задаётся вопросом: почему тепло Солнца вызывает чиханье, а тепло, идущее от костра, – нет? Аристотель заключает, что солнечное тепло переводит носовые жидкости в аэрозольное состояние, запуская процесс чиханья. В свою очередь, тепло от костра превращает жидкость в пар, осушая слизистую носа и подавляя чихательный рефлекс.

Хотя Аристотель был не прав как относительно причины чиханья на

солнце (причина – в свете, а не в тепле), так и относительно механизма явления, для нас важнее то, что о данном рефлексе было известно уже по крайней мере в III веке до н.э.

И тут гены

Сейчас учёным известно многое о биологических процессах, лежащих в основе светового чихательного рефлекса. Например, в англоязычном мире для него есть очень подходящий акроним АСНОО (имитирующий звук чиханья) – от термина «аутосомный доминантный непроизвольный гелио-глазной синдром взрыва» (Autosomal Dominant Compelling Helio-ocular Outburst). «Аутосомный» – потому что ген, вызывающий его, расположен на одной из половых хромосом, а «доминантный» – потому что для его проявления достаточно унаследовать синдром от одного из родителей.

В 2010 г. группа учёных-генетиков под руководством Николаса Эриксона из частной биотехнологической компании идентифицировала два однонуклеотидных полиморфизма (ОНП), ассоциирующихся с чиханьем на солнце, проанализировав генотипы примерно 10 тыс. клиентов компании. Эти ОНП фактически представляют собой вариации в одном-единственном нуклеотиде человеческого генома. Первый из них известен под индексом rs10427255, а второй (статистических данных по которому собрано пока несколько меньше) – rs11856995. Один из ОНП расположен рядом с геном, имеющим отношение к эпилептическим припадкам под действием освещения. Таким образом, есть определённая вероятность наличия между двумя этими синдромами биологической связи.

До сих пор было проведено не так много лабораторных исследований светового чихательного рефлекса, но врач по имени Гарольд Моррис из Кливленда (США) взял на себя труд подробно описать случаи из своей клинической практики. Наблюдавшаяся у него 55-летняя женщина страдала от эпилептических припадков, как спонтанных, так и вызванных светом. По её словам, она часто чихала, но никогда не замеча-

ла, возникает ли чиханье, в том числе, как реакция на изменение освещения. Чтобы это выяснить, Моррис стал светить ей в глаза разными способами.

В 1989 г. он написал в местном медицинском журнале, что пациентка начинала чихать при воздействии света, пульсирующего с частотой 15 Гц. Первый чих в среднем следовал с задержкой в 9,9 секунды после первой вспышки. Как правило, пациентка чихала 2 раза подряд, но по крайней мере в одном из случаев чихнула 3 раза.

«Интервалы между чиханьями составляли от 2 до 4 секунд», – педантично докладывал Моррис. Одновременно он отметил, что частота излучения, скорее всего, никакого отношения к возникновению чиханья не имеет, поскольку с точки зрения биологии нет оснований полагать, что 15 Гц чем-то отличаются от любой другой частоты.

Берегись туннеля

Несмотря на определённый объём доступных на данный момент исследовательских данных, никто точно не знает, каким образом оптическое раздражение приводит к чиханью. Согласно одной версии, глаза и нос соединены пятым (из 12 пар) черепно-мозговым нервом – так называемым тройничным. Или же данный рефлекс может быть результатом генерализации стимулов парасимпатической нервной системы – стимуляция одного из её отделов приводит к активизации других. Из этого следует, что яркий свет не просто вызывает сокращение зрачка, но и опосредованно может привести к секреции в слизистой носа, что вызывает чиханье.

Казалось бы, спонтанное чиханье как реакция на яркий свет – настолько незначительное явление, что не заслуживает такого пристального изучения. Однако, как отметил в своём письме в редакцию Бенбоу, в определённых ситуациях этот феномен может оказаться весьма опасным: «Как я обнаружил на собственном опыте, выезд из длинного туннеля на солнечный свет неизменно вызывает чиханье, сопровождающееся кратковременной слепотой».

Легко представить себе, к каким печальным последствиям это может привести на автотрассе. Не меньшую опасность данное явление представляет, например, для канатоходцев. Возможно, именно поэтому лётчики щеголяют в стильных очках – мгновенная потеря ориентации в полёте может стоить жизни.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

ПОМОГИТЕ СОФЬЕ!



У пятилетней москвички Софьи Милицовой с рождения поражены почки. До операции по их пересадке медики рекомендовали девочке автоматический перитонеальный диализ с использованием циклера. Такой индивидуальный аппарат, который ещё называют «искусственной почкой», значительно улучшит состояние малышки. Кроме этого, он значительно облегчит жизнь семье: процедуру очищения крови циклер осуществляет в ночное время по заданной врачом программе. Таким образом, «искусственная почка» поможет сохранить Софье здоровье до трансплантации уже настоящего живого органа. Однако стоит циклер 560 тыс. рублей. Такой суммы у семьи нет. Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Софье Милицовой, перечислить средства на ее лечение.

Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Софьи Милицовой принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000272
БИК: 044583272

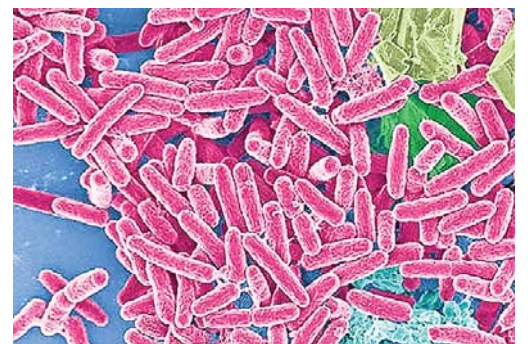
Назначение платежа: пожертвование на лечение Софьи Милицовой

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

Осторожно!

МКС: обнаружены условно-патогенные бактерии

На борту Международной космической станции (МКС), несмотря на старания экипажа поддерживать абсолютную стерильность, обнаружены потенциально болезнетворные бактерии. Они присутствуют в частицах собранной в отсеках пыли.



Вот они, «гости» МКС...

Образцы её для исследования были собраны с использованием мощных воздушных фильтров, которые в течение 40 месяцев очищали воздух на МКС. Учёные во главе с Каштури Венкатесвараном проанализировали обнаруженный в образцах генетический материал, применив технологию «глубокого секвенирования». Они сравнили бактерии, обитающие на МКС, с видовым составом микроорганизмов, обнаруженных в «чистых зонах» Лаборатории реактивного движения НАСА.

Оказалось, что бактерии, грибы и вирусы проникают на станцию, где продолжают жить и размножаться. Однако 99% бактерий с МКС относятся к типу актинобактерий, а среди «наземных» микроорганизмов их доля составила лишь 25%.

К актинобактериям относят коринебактерии и пропионовокислые бактерии, считающиеся условно-патогенными. Они могут представлять опасность для космонавтов, которые в течение длительного времени находятся на МКС, подвергаясь действию микрогравитации и космического излучения. Имунная система космонавтов ослабляется, поэтому они становятся более уязвимыми для инфекций. Впрочем, учёные полагают, что нужны дополнительные исследования, чтобы понять, действительно ли условно-патогенные микроорганизмы окажутся вредны для космонавтов.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сити!

Исследования

Люди умирают от болезни почек, которую можно предотвратить

Более тысячи англичан каждый месяц умирают от болезни почек, которую можно предотвратить. К такому выводу пришли исследователи, привлечённые Фондом обязательного медицинского страхования.

Исследование показало, что ежегодно в стране умирают от 15 до 40 тыс. жителей из-за острой почечной недостаточности (ОПН) – синдрома

нарушения всех функций почек, приводящего к расстройству водного, электролитного, азотистого и других видов обмена. Данный синдром является обратимым, то есть здоровье его жертвы можно вернуть к норме, хотя врачам необходимо действовать очень быстро.

Исследование проводили эксперты по болезням почек. Они выяснили, что случаи заболевания ОПН в английских больницах

распространены в 5 раз больше, чем это принято считать. Нередко болезнь развивается у пациентов, чьё здоровье уже подорвано какими-нибудь серьёзными недугами вроде стенокардии или диабета, а также у тех, кого госпитализируют с инфекциями.

ОПН может развиться после значительной хирургической операции, например на сердце, так как почки в ходе этого вмешательства

могут на некоторое время лишиться нормального кровоснабжения. Тяжёлое обезвоживание также может стать причиной болезни.

Каждый год лечение жертв почечной недостаточности обходится английским налогоплательщикам в миллиард фунтов стерлингов. Но самое печальное заключается в том, что многочисленных смертей пациентов можно было бы избежать.

«Мы знаем, что по меньшей мере тысяча пациентов с ОПН в наших больницах умирает просто из-за плохого ухода, – говорит соавтор исследования профессор Дональд О’Донахью. – Этим смертей можно было бы избежать. Данный факт является абсолютно неприемлемым, и мы не можем позволить, чтобы эта ситуация сохранялась».

Леонид БЕНЦКИЙ.

Санитарная гигиена

Как убирают самолёты?

Во всём пространстве лайнера плодятся микробы

На любом авиарейсе обязательно присутствуют потенциально опасные «зайцы». Они прячутся как в первом классе, так и в экономическом – на сиденьях и подголовниках кресел и даже на откидных столиках.

Вездесущие враги

Бактерии, которые переносят на себе пассажиры, представляют большую проблему для авиакомпаний. Она заключается в том, что большое количество людей одновременно пребывает в замкнутом пространстве в течение длительных промежутков времени. Все мы переносим микробы – на коже, одежде и внутри организма. Некоторые из них передаются другим людям, а в грязи размножаются бактерии.

В прошлом году Джеймс Барбери, заместитель директора Центра безопасности питания Обернского университета в Алабаме с коллегами по университету опубликовал результаты трёхлетнего исследования, согласно которым такие опасные бактерии, как метициллинрезистентный золотистый стафилококк, кишечная палочка и стрептококки, способны выживать в течение нескольких дней на ручках кресел, откидных столиках, шторках иллюминаторов, в карманах спинки кресел и на металлических деталях туалетных комнат.

Команда Барбары показала, что золотистый стафилококк выживает в течение 168 часов на материале кармана спинки кресла, а кишечная палочка O157:H7 – штамм, способный вызвать почечную недостаточность – в течение 96 часов на ручках кресел.

Авиатруалеты – особая забота ВОЗ

Неудивительно, что туалетам уделяется особое внимание. По размерам это очень небольшие помещения, но их используют постоянно. По словам Тейлора, уровень чистоты туалетных кабинок в полёте зачастую заметно снижается.

Однако не все авиакомпании тщательно убирают туалеты в промежутках между непродолжительными рейсами. Некоторые самолёты могут совершать по два-три коротких перелёта с неубранными кабинками и неопорожнёнными сливными баками для нечистот. Такой способ экономии на практике



может привести к дополнительным расходам – неопорожнённые сливные баки означают лишний вес, что, в свою очередь, увеличивает расход топлива.

А если баки переполнятся и туалеты выйдут из строя, бортпроводникам придётся иметь дело с недовольными пассажирами. Некоторые авиапроизводители, включая Boeing, проектируют туалетные системы таким образом, чтобы объём циркулирующей в них технической жидкости для смыва был минимальным – таким образом остаётся больше места для сбора нечистот.

При чистке и дезинфекции туалетов применяются специальные моющие средства. Сама процедура, как правило, занимает менее 10 минут на каждую кабинку. Ещё 10-15 минут уходит на то, чтобы слить отходы из бака в специальный автомобиль и за-

полнить бак чистой жидкостью.

Используемые сегодня методы уборки самолётов практически не изменились за последние 25 лет, хотя контроль качества стал гораздо эффективнее.

Международная ассоциация воздушного транспорта IATA рекомендует авиакомпаниям-членам всегда держать бортовые туалеты «в состоянии идеальной чистоты». Европейские компании на внутренних рейсах подчиняются жёстким требованиям к качеству воздуха и воды на борту.

Существует также руководство по уборке самолётов, выпущенное Всемирной организацией здравоохранения, хотя оно в основном содержит призыв к тому, чтобы постоянно поддерживать запас воды на борту свежим, и рекомендации на случай возникновения чрезвычайных ситуаций медицинского характера во время полёта.

Кстати

Феномен высотного метеоризма

Датский профессор Яков Розенберг заинтересовался феноменом высотного метеоризма во время длительного перелёта в Новую Зеландию. В повседневной жизни симптомы метеоризма по большей части остаются незамеченными (или же деликатно игнорируются окружающими), но в замкнутом пространстве самолёта он может представлять крайне нежелательную проблему.

Частота, с которой мы выпускаем газы на высоте, объясняется элементарной физикой, говорит профессор Розенберг: «По мере падения давления с увеличением высоты газы расширяются и занимают больший объём». Тот литр газа, который мы носим в себе, на высоте расширяется на 30%, что приводит к дискомфорту от вспученного живота.

В своё время НАСА обеспокоилось тем, что метеоризм у астронавтов может привести к смертельным исходам в замкнутом пространстве космического корабля. Проблема весьма распространена в пассажирской авиации. На регулярное проявление симптомов вспучивания живота жалуются свыше 60% пилотов – эта цифра гораздо выше, чем среди офисных работников.

Секреты от кумиров

Годы не помеха ни красоте, ни успеху...

В свои 77 Джейн Фонда поражает нарядами на красных дорожках, рекламирует косметику, снимается в кино и открыто гордится своим возрастом.

– Если в тебе сохранились страсть, любопытство к жизни, неважно, какая цифра в паспорте, – признаётся актриса. – Да, мне 77 лет. Для меня сейчас крайне интересно познавать возможности возраста. Когда ты молод, цифра 70 кажется пугающей. Но когда её достиг, обнаруживаешь, что ничего страшного в этом нет. Играть в кино, идти по красной дорожке в Каннах. Быть послом красоты известной косметической компании. Наслаждаться жизнью. Это удивительное чувство. Меня подаёт как икону стиля. 30 лет на-

зад такого звания у меня не было и в помине! Смешно. Надеюсь, что олицетворяю надежду для многих женщин. Особенно в США, где все помешаны на молодости.

Джейн никогда не скрывала, что прибегала к пластической хирургии, но, надо сказать, она актрису не испортила.

– Потому что сумела вовремя остановиться. Конечно, лучше бы хватило смелости не делать вообще ничего, но, думаю, с помощью пластики выиграла ещё лет десять активной работы. Опасность таится в том, что, когда нравится результат, хочешь ещё. А знаете у кого наблюдается тенденция сильно увлекаться операциями? У женщин, которые подвергались в молодости сексуальному насилию. Это статистика. Сначала она может просто



причинять себе боль, а потом обращается к хирургам и начинает разрушать свою внешность. Когда видишь женщину с маской вместо лица, готова спорить, что у неё были проблемы в юности.

Кагры

Как готовят медперсонал для службы в горячих точках? Исследование, проведённое Калифорнийским университетом в Дэвисе, показало, что центры скорой медицинской помощи предоставляют наилучшую среду для подготовки военных врачей и медсестёр.

Нараньо и большая часть её сокурсников скоро уедут в Афганистан. Эти хирурги, медсёстры и санитары отмечают, что подготовка в подобном центре не только позволяет наработать врачебные навыки, но и психологически подготовиться к будущей работе.

«Ты должен быстро думать и

Прочь адреналин!

Подготовка военных врачей США

Этот центр оборудован для лечения самых тяжёлых травм, поэтому и работа здесь – одна из самых сложных и тяжёлых в госпитале. «Мы должны уметь оперировать в любой ситуации, без дополнительного времени на подготовку и уметь реагировать очень быстро», – говорит Дэвид Донахью, лейтенант ВМС США.

В это отделение неотложной медицинской помощи в Университете южной Калифорнии в Лос-Анджелесе ежедневно поступает порядка 20 пациентов с самыми разными ранениями – от огнестрельных и ножевых, до переломов и сотрясений в результате ДТП.

Сегодня здесь готовят медиков ВМС США. Медсестра Джессика Нараньо уедет в зону боевых действий уже через 3 недели интенсивного обучения: «Здесь самая напряжённая обстановка – шок и чудеса медицины. Когда ты видишь на манекене крупную рану от взрыва, ты помнишь, что это кусок пластика. А когда к тебе привозят человека с пулевым ранением, и открытой раной живота, ты по-настоящему понимаешь, что это такое – неотложная помощь».

реагировать, – говорит Алекс Брандсдорф, ВМС США. – При работе с пациентом с ножевым ранением в области живота ты должен постоянно проверять, какова кровопотеря, решить, когда именно он может поступить в операционную. Ты постоянно спрашиваешь себя о порядке действий».

Идея готовить военных медперсонал в таких центрах появилась ещё 25 лет назад у медиков, работавших с ранеными во время первой войны в Персидском заливе. По словам Джеффа Рикса, командира ВМС США, «тогда в целом мы не могли эффективно оказывать первую неотложную помощь в сложной обстановке с ограниченными ресурсами».

Джессика Нараньо отмечает: «Подобная подготовка снижает адреналиновый шок и позволяет нам научиться сохранять концентрацию и внимание в обстановке стресса». А это именно то, что понадобится лейтенанту Нараньо, когда она приедет в Афганистан.

В США существует всего три подобных центра подготовки для военных врачей и медперсонала, и потребность в подобном обучении только растёт.

Претензии на родство

Битва за наследство

Здесь никак не обойтись без медицины



Тяжба между претендентами на наследство грузинского олигарха Кахи Бендукидзе, скончавшегося в британской столице в ноябре прошлого года в возрасте 58 лет, на шаг приблизилась к развязке. «Тайная дочь» олигарха выиграла баталию в высоком суде против вдовы по поводу права распоряжаться его останками.

24-летняя Анастасия Гончарова настаивает на том, что является дочерью промышленника Кахи Бендукидзе. Она судится по поводу наследства, которое оценивается в 655 млн фунтов стерлингов, с вдовой Бендукидзе Натальей Золотовой.

Две недели назад представитель Гончаровой потребовал через суд предоставить образцы тканей покойного бизнесмена и провести анализ ДНК в Москве, чтобы

подтвердить справедливость её претензий на наследство. Представители Золотовой, в свою очередь, заявили, что «лишь вдова имеет право хранить и распоряжаться любыми частями тела своего бывшего мужа».

Ранее сообщалось, что образцы тканей Бендукидзе, изъятые после смерти в ходе вскрытия по указанию королевы, как было заявлено в суде, хранятся в отделении токсикологии Имперского колледжа в Лондоне. И вот наконец судья постановила предоставить Гончаровой пробы крови Бендукидзе для подтверждения справедливости претензий на родство.

С применением современных технологий это можно быстро установить при помощи анализа ДНК. Но мисс Золотова сделала всё, что могла, чтобы этого не произошло.

Юрий БЛИНОВ,
обозреватель «МГ».

По материалам The Wall Street Journal,
Journal of the American Medical Association, Woman's Day, Daily Mail.

Медицина и религия

Любовь совмещая с молитвой

Мифы и правда о людях с синдромом Дауна

Конференция по церковному социальному служению на тему «Всемирный месяц осведомлённости о людях с синдромом Дауна» прошла в Деловом центре города-курорта Ессентуки по благословению архиепископа Пятигорского и Черкесского Феофилакта. Участники конференции: священники, социальные работники, волонтеры храмов благочиний, студенты и преподаватели Пятигорского государственного лингвистического университета (ПГЛУ) и других вузов Ставрополя, – всего более 100 человек – ставили перед собой сверхзадачу – изменить отношение общества к «солнечным людям» (так иногда называют больных синдромом Дауна).

Выступая с докладом, Протоиерей Алексей Стацок рассказал о проблемах семей, воспитывающих детей-инвалидов, на примере своей семьи (младшая дочь о. Алексея – Елизавета – ребёнок с синдромом Дауна). Батюшка поведал о том, как важно любовь к ребёнку совмещать с молитвой о нём, водить чадо в храм, приучать к православной культуре.

«Когда родилась Лиза, очень многие друзья и родственники от нас отвернулись, и мы остались наедине со своей проблемой. Синдром Дауна – это не приговор, а только внешняя отличительная особенность. Но, к сожалению, это было не всё... ДЦП, порок сердца и другие заболевания, вот с чем мы боролись и продолжаем бороться! Но без помощи Божией, без молитвы, мы бы никогда не справились. Врачи говорили, что Лизочка никогда не будет ходить, но каждодневными молитвами



Идёт обсуждение

ребёнок пошёл в 3 года. Да, она плохо разговаривает, но это не мешает нам общаться, мы прекрасно её понимаем. Она очень добрая и заботливая девочка! Лиза прекрасно владеет компьютером. Старшие дети никогда не стеснялись Лизы, а наоборот всегда брали её с собой, в

парк, кафе, в гости к друзьям. Мы гордимся любим, хотя бы маленьким её успехом, потому что знаем, как иногда ей бывает трудно», – рассказал о. Алексей.

Екатерина Земцева, руководитель социальной службы больничного храма иконы Божией Матери «Всех скорбящих

Радость» Ессентуков, рассказала о Центре поддержки семей, воспитывающих детей-инвалидов при больничном храме, о направлениях и формах помощи центра.

Елена Давыдова, кандидат педагогических наук, доцент кафедры креативно-инновационного управления и права ПГЛУ, выступила с докладом «Социальная адаптация в обществе людей с синдромом Дауна», в котором поделилась опытом посещения студентами в 2014 г. социального центра для детей с ограниченными возможностями в Дубае. В докладе был сделан акцент на необходимости популяризации жизненных примеров людей с синдромом Дауна в обществе для создания позитивного образа такой категории лиц. Несколько докладов и сообщений, которые прозвучали на конференции, содержали главную мысль – дети-инвалиды имеют право на полноценную жизнь, а задача общества – помочь им социально адаптироваться.

Одна из участниц форума, студентка 4-го курса ПГЛУ, будущий социальный работник,

считает, что цели конференции были достигнуты: «Возможно, отношение всех гостей к людям с синдромом Дауна изменить не удалось за какие-то несколько часов, но уверена, равнодушным не остался никто. Хотелось бы отметить доклад «Мифы и правда о людях с синдромом Дауна». По моему мнению, он был очень информативным и смог развеять некоторые ложные представления о данном недуге».

«По оценке гостей и участников конференция удалась, – подытожила общее мнение Екатерина Земцева. – Много слёз и положительных эмоций у гостей вызвал социальный ролик «Моя дорогая будущая мама», в котором дети с синдромом Дауна, обращаясь к будущим мамочкам солнечных деток, рассказывали о том, что их дети тоже смогут добиться всего, главное любить их и верить в них».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Книгу написал врач

Противопоставление искусства врачевания медицинской науке является довольно распространённым заблуждением. Между тем сущность медицины двуедина, «идущая одновременно и от науки, и от искусства, от разума и от сердца». Врачевание – это искусство, несводимое «к таблицам, анализам, роботам и Интернету», утверждает автор книги «Неумирающее искусство врачевания: Бабушкины сказки для врачей и пациентов» – педиатр, инфекционист и гепатолог, профессор Ара Рейзис.

Заголовок перекликается с книгой Бернарда Лауна «Утраченное искусство врачевания», знакомство с которой названо одной из причин взяться за перо «на 60-м году собственного врачевания». Лаун писал о дегуманизации медицины как оборотной стороне прогресса. «Но я свидетельствую, что сегодня, 20 лет спустя, на другом конце земли, в другой стране искусство врачевания не утрачено», – утверждает Рейзис. Второе название книги («Бабушкины сказки») связано с тем, что большая часть жизни автора была посвящена изучению заболеваний печени. Книга посвящена мужу, который иронически называет свою жену «бабушкой российской гепатологии» (очевидно, по аналогии с «бабушкой русской революции» Брежко-Брежневской).

Книга состоит из двух неравномерных частей: «60 лет в «окопах» медицины» и «Очень прикладная наука». В первой, большей по объёму, рассказывается о родителях, учителях, начале профессиональной карьеры в Русаковской больнице, а затем о работе в 5-й детской инфекционной больнице. Во

Мысли и печень

Искусство врачевания в стихах и прозе

второй речь идёт о медицинской науке. Но доминируют в обеих частях случаи из практики. Их приводится более 70, причём текст дан жирным курсивом. Например, случай, когда больному с хроническим гепатитом С лечили строго по протоколу, тогда как следовало увеличить продолжительность лечения. «Мне кажется, приведённый случай обнажил, как концы электрического провода, не противостояние, а обязательность соединения революционной мощи технологий (самые современные и действенные методы лечения) и тысячелетнее врачевание души. Если они по отдельности – тока нет. Ток возникает, если эти концы соединить».

Вот в этом соль врачебного искусства:

*На совести замешанное густо
Соединенье разума и чувства.*

Бесхитростные стихи автора появляются в самых неожиданных местах. Короткие поэтические строки вплетаются в прозаический текст, дополняя и усиливая его.

Некоторые фразы по меткости и отточности напоминают афоризмы. Например, в последнее время работа врача оценивается по количеству принятых больных. «Количество принятых за час пациентов – это не КПД врача, а коэффициент его бессилия и бесполезности», – решительно возражает «оптимизаторам» здравоохранения Рейзис.

Жанр книги можно было бы определить как «трагический оп-

тимизм». Большинство «сказок» – со счастливым концом, но есть и трагические.

В книге затрагиваются деликатные вопросы врачевания. Например, врачебные ошибки и отношение к ним. Удивляет лишь, что автор приводит вопиющие случаи бездушия, невнимательности и непрофессионализма своих коллег, но практически ничего не пишет о собственных ошибках. Неужели их не было? Знаменитые врачи прошлого начинали с себя – достаточно вспомнить безжалостный самоанализ у Пирогова, Юдина, Амосова.

Отдельная глава посвящена подаркам больных. Свою домашнюю картинную галерею Рейзис называет «музеем человеческой благодарности». В качестве эпиграфа приводится приписываемая Гиппократу цитата: «Благодарная память – тоже награда, которая выше выгоды». При этом и автор, и редактор почему-то забывают указать первоисточник и переводчика. «Врач, живущий в достатке, может иногда лечить и даром, ведь благодарная память – тоже награда, которая выше выгоды», – так звучит данный афоризм в переводе В.Руднева.

А ведь смысл-то при этом меняется. Можно порадоваться за Ару Романовну, которая живёт в достатке, ведя частный приём. Одна из «сказок» советского периода описывает консультацию сына секретаря обкома, который ездил на каникулы в отдельном вагоне, а в другой, уже современной «сказке», рас-

сказывается об успешном излечении от гепатита С крупного банкира, в качестве благодарности оплатившего дорогостоящее противовирусное лечение сыну малоимущего хирурга.

«В окопах – вся земляная правда, но слишком невелик из окопа кругозор. И надо периодически подниматься на командный пункт, чтобы увидеть общую картину битвы», – пишет автор во вступлении ко второй части книги. Интересы больного и исследователя могут не совпадать. «Осторожно! Мы не в виварии» – предостерегает Рейзис рвущихся в науку молодых врачей. Солидаризуясь с Ослеровским определением медицины как «науки неопределённости, искусства вероятности», автор сравнивает больного с чёрным ящиком, «который мы знаем только на входе и выходе. А чинить берёмся часто топором».

Одна из лучших глав книги посвящена ученикам. Большинство из них оправдали надежды учителя, но был и случай предательства. «Я пыталась сделать врача, радостно вкладывала всё, что могла. Сделала безусловно компетентного профессионала. А врач... Тот, кто умеет только брать, врачом быть не может», – с горечью пишет автор.

К сожалению, в бочку мёда, которой, безусловно, является рецензируемая книга, приходится добавить чайную ложку дёгтя. Более 20 лет её автор применяет для лечения цирроза печени препарат урсодезоксихолевой кисло-

ты (УДХК), относящийся к классу так называемых гепатопротекторов. Среди приведённых в книге историй описано немало случаев излечения с помощью данного препарата, который, по утверждению автора, хорошо переносится и имеет минимум побочных эффектов.

Конечно, никакие статьи и Кохрановские обзоры не могут заменить собственного опыта, тем более что автор участвовала в клинических испытаниях препарата. Но неоднократное упоминание на страницах книги не только его фирменного названия, но и фирмы-производителя вызывает подозрение в ангажированности автора. Возникает желание повторить вопрос Красной Шапочки: «Бабушка, а почему у тебя такие длинные уши?».

Но это частности, которые не могут и не должны испортить сильное впечатление от книги, заслуженно номинированной на премию «Национальной бестселлер» 2015 г. Помимо содержания, хотелось бы сказать несколько слов и о её оформлении. Книга иллюстрирована фотографиями – самого автора, его родителей, коллег, учителей и учеников, и, главное, излеченных им больных, чьи истории приводятся в тексте. Форзацы и каждая из глав украшены детскими рисунками.

Для тех, кто собирается посвятить себя медицине, может быть рекомендован небольшой список книг, которые необходимо прочесть. В него войдут «Записки врача» Вересаева, некоторые рассказы Чехова, «Записки юного врача» Булгакова, «Утраченное искусство врачевания» Б.Лауна. Книга Ары Рейзис также может быть в него включена.

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

Москва.

А ещё был случай

Мужской рефлекс

Рефлексы... Все мы в школе их изучали. А кого в институт «занесло», тот изучал ещё раз, и подробно. Про собаку Павлова помните? В общем, если тезисно, то все рефлексы делятся на безусловные и условные: первые – это те, которые рождаются и умирают вместе с нами... вторые – вырабатываются в течение жизни, но могут «умереть» раньше нас.

Случай заставил меня задуматься над тем, что у мужчин существует один особенный, «безусловно-условный» рефлекс, который рождается раньше них, а умирает позже...

Вызов в глухую далёкую веску, деревню – по-белорусски, к пожилому мужчине. Я, молодой врач хитрой допомоги (скорой помощи), сегодня возглавляю бригаду и немножко нервничаю – успею ли? Наша опытная диспетчер Ксения всегда досконально собирает анамнез, и из него следует, что мы едем на инфаркт. Первое впечатление подтверждает диагноз – наш пациент бледен и адинамичен, лежит с закрытыми глазами, одной рукой держится за грудь, другая безвольно свисает с кровати. ЭКГ диагноз подтверждает – «корыто» в грудных отведениях с 4 по 6: верхушка...

Объявила домашним собирать в стационар, поставила капельницу и наблюдаю.



Пациенту немного лучше – безвольно опущенная рука нащупала мою коленку. Нет, определённо лучше, коленку рука уже гладит, а глаза изучают меня сквозь прищуренные веки. Чтобы стимулировать «прилив жизненных сил» – отдвигаю заинтересовавший объект. Сработало! Коленка снова найдена, а из уст только что умиравшего звучит «спецпредложение»: «Адресок оставь – я вдовец богатый, пасека на 100 ульев, не обижу, заживёшь по-царски».

Мне в ту пору было 30. Моему неожиданному кавалеру – за 70. Но я искренне радовалась – не

количеству ульев и предложению, но его жизненным силам и мощному мужскому рефлексу. Значит, будет жить!

Кстати

Когда академик Павлов включал свет, у собаки начинала течь слюна, когда выключал, у жены начинала болеть голова.

(Вместо анекдота).

Любовь КОЛОСОВА-ДАВЫДЕНКО, врач.

Москва.

Умные мысли

Между радостями и горестями

Биктуар МАШРАПОВ

- Пока есть дело, которое требуется закончить – и тебе не до смерти, и смерти не до тебя.
- Женятся, чтобы меньше в жизни ошибаться, советуясь с женской стороной.
- Природе можно помогать лишь природными средствами.
- За детством и романтической юностью следует самый счастливый – родительский период: дети – интереснейший народ.
- Самое дорогое, что есть на свете – это свобода: передвижению, мыслям, желаниям.
- Открытие: пока человек способен чихнуть, он будет жить. Воистину «Будьте здоровы!»

- Ревность и насилие – вот две угрозы для семьи. Ревность обычно исходит от женщины, но бывает патологическая и со стороны мужчины. Насилие обычно исходит от мужчины, но бывает как патология и со стороны женщины.
- Больше всех работать, больше за всех переживать, больше за всех быть виноватым. Здорово! Это и есть жизнь в умудрённом пожилом возрасте.
- Болезнь – это несчастный случай. Но есть заболевания по глупости. Кроме, пожалуй, недугов чисто невротической этиологии.

Павлодар, Республика Казахстан.

Сокровенное

Наталья МАЛУХИНА

Ты ушёл и забрал с собой солнце

Разделили любовь на части –
Взяли порознь тоску и счастье,
Отделили мечты безбрежность,
Вправо – верность, налево – ревность,
Взяли поровну страсти и скуки,
Разделили печаль и разлуку,
Напоследок изъяли жалость –
От любви ничего не осталось...

* * *

Как это больно – любить обнажённой душой...
Мокрыми нервами чувств прикасаться к истокам.
Я ведь жила до тебя! Не скажу – хорошо,
Но, очевидно, не так уж отчаянно плохо...
Как это глупо – обугленным сердцем любить,
Щит бы ему и скафандр из сплава металлов...
Чтобы под прессом любви его не растоптало,
Чтобы смогло оно после – по-прежнему быть...

* * *

Хотел – спасал, надоела – бросил,
Плыли, куда хочешь, в пустом пространстве...
И сразу вокруг наступила осень,
И время замерло, будто в трансе.
Мне воздуха так не хватает и света
И сил осталось совсем немного...
Вот так, наверное, гибнет планета,
Оставленная легкомысленным Богом...

* * *

Стою одна на краешке Вселенной,
Где сумрак ночи звёздами пробит.
Я – человек в ночи обыкновенной,
Я – человек. Не воздух. Не гранит.

Стою одна на краешке Вселенной,
Где бархат ночи звёздами прошит.
Мы в этом мире странники и пленники
Нелепых предрассудков и обид...

Мы верим в возвращенье бесконечности,
Мы жадничаем в чувствах и словах,
Забыв, что мы – заёмщики у вечности,
Пылинки на её босых ногах...

ОБ АВТОРЕ. Наталья Малухина – одна из лучших внештатных корреспондентов «МГ». Её сообщения, к тому же, проиллюстрированные ею же сделанными снимками, пронизаны теплом и неравнодушием, состраданием по отношению к пациентам, восхищением врачами, особенно, наверно, участвующими в операциях на базе Челябинской областной клинической больницы.

«Как и всё в жизни, моё появление в медицине вряд ли можно назвать случайностью», – говорит Наталья. – После тяжёлого дорожно-транспортного происшествия реанимобиль санавиации привёз меня в отделение травматологии ЧОКБ, где мне пришлось с небольшими перерывами провести около двух лет. За это время больница стала для меня чем-то большим, чем место лечения. И когда пришло время выбирать, осталась работать в этом коллективе».

“Раба любви”, актер	Ожерелье	Тилорон	Легкая комедия	Аполлон	Свернутая ветчина	“... и не снилось”	Итал. химик	Средний палеолит	Гора, Альпы	Амброкол	Приморский ветер	Рос. хирург, онколог	“Синий час”, поэтесса	Родственник окуна
Франц. серебр. монета	Глазные капли	Кузов автомобиля	Актриса ... Эвер	Вереск	Олень, Америка	... за порогом оставил	Брит. анатом	Амер. горнолыжник	Фольклор	Взрывч. соединение	Объединение кельтов	Англ. невропатолог	Буквы	
Шахм. начало	Физиолог ... Беннетт	Ментол	... за порогом оставил	Брит. анатом	Голл. мореплаватель	Испан. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец	Голл. живописец
Греч. богиня ночи	Комнатная печь	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната	Комната
Автор Валерий Шаршуков	Лидер старейшин у нивхов	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор	Внешнеторг. договор

С К А Н В О Р Д

Ш П С Р
И О Л И В А О Д Е С Т О Н
Г Н О М М А Н С Я Р С Р Р Е М Л Т
Г П Т О З Н Е Т Т О И Л Е Б Е Г С Е Л О
Ч У Ф А Н О Н О Е К И П С Е Л М И Л О Н О В
А А А И Л В О Л Я К К А Н А Т М А Р О
С А Т И Н О Г А Р Н А И Р Ц
Ы О Г У Н Ш И К К О М И
М И А Г У Щ А А Н Е М И Я

Ответы на сканворд, опубликованный в № 84 от 11.11.2015.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИЕВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

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, 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 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 15-10-00446 Тираж 31 102 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент – Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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