Медицинская газета®

2 октября 2019 г.
среда
№ 38 (7905)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

В центре внимания

Робот для флагмана

Новое оборудование появилось в арсенале учёных-хирургов

Роботизированная хирургия позволяет выполнять операции с непревзойдённой точностью

В Российском научном центре хирургии им. Б.В.Петровского премьера: здесь выполнены первые роботассистированные операции.

Так сложилось, что в ведущем профильном учреждении страны роботизированная хирургическая платформа появилась только сейчас. Но, как говорит недавно назначенный врио директора РНЦХ доктор медицинских наук Игорь Семенякин, если для каких-то клиник покупка такого оборудования продиктована исключительно «модой» на роботов, то для научного центра хирургии это первостепенная необходимость.

– Б.Петровский, когда создавал этот центр, задумывал его как многопрофильное хирургическое учреждение, которое должно быть идеологом и флагманом всех направлений хирургии и в научном, и в клиническом плане. Такой исходно были философия и идеология данного учреждения, и мы намерены их возродить. А роботическая платформа – дополнительный инструмент для учёных и специалистов, работающих в самых разных направлениях. Планируем использовать её во всех профилях, где это возможно, – поясняет руководитель РНЦХ.

Сам И.Семенякин – признанный эксперт в области роботассистированной хирургической урологии, имеет опыт выполнения свыше 200 таких операций. И первые два вмешательства на новом оборудовании в центре – резекции почки при злокачественных опухолях – выполнил именно он. Следующими за консоль робота уже готовы сесть главный врач центра хирург-гинеколог Анатолий Тян и руководитель отдела абдоминальной хирургии и онкологии Фёдор Ветшев.

– В течение 2 месяцев мы обучим работе на этом оборудовании группу колопроктологов, торакальных хирургов и кардиохирургов. Уже сегодня, во время первых операций, я видел огромный интерес сотрудников центра к новой технологии, которую им предстоит освоить и применять на практике, – признаётся директор.

При сформированном потоке пациентов в РНЦХ готовы оперировать с помощью робота каждый день, до трёх операций – без проблем. Дорогостоящая машина не должна стоять без дела.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Дмитрий СЫЧЁВ,
ректор Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования:

Выпускники медицинских вузов слабо представляют, чем занимаются радиолог, радиотерапевт, клинический фармаколог.

Стр. 6-7

Андрей ЩУКО,
директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, профессор:

Уверен, именно комфортность лечения для пациента должна ставиться во главу угла при разработке и применении медицинских технологий.

Стр. 10-11

Гелена ГЕНС,
заведующая кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:

Рак яичников находится на третьем месте среди злокачественных новообразований женских репродуктивных органов после рака шейки и тела матки.

Стр. 12

ОМС: реальность и перспективы

Экспертизы — целевые и тематические

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования утвердил новый порядок контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, который внедрил принципиально новые подходы к организации контрольно-экспертных мероприятий.

Об этом сообщила заместитель председателя Федерального фонда ОМС Светлана Кравчук во время прямого эфира в рамках рубрики «Минздрав на связи», который прошёл на сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования.

«По новому порядку чётко обозначены и сужены дефекты оформления первичной медицинской документации. Они направлены только на выявление случаев полного отсутствия оказания застрахованному медицинской помощи, подтверждённого медицинской документацией, или отсутствия сведений о диагностических обследованиях, предусмотренных клиническими рекомендациями, что не позволяет эксперту принять решение о соответствии медицинской помощи установленным требованиям», – отметил председатель Совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков Андрей Рыжаков.

По новому порядку контроль стал превентивным, вплоть до представления медицинскими организациями реестров счетов на оплату медицинской помощи в страховые компании. «С 2019 г. хорошо заработал информационный ресурс территориальных фондов для осуществления контроля за профильностью плановых госпитализаций, соблюдением маршрутизации пациентов, своевременностью включения в группу диспансерного наблюдения и обращений к врачу. Эти меры позволят обеспечить пациента необходимой качественной медицинской помощью и, как следствие, значительно сократить количество последующих контрольно-экспертных мероприятий со стороны страховых компаний», – пояснил А.Рыжаков.

По его словам, согласно новому порядку, основной акцент при контрольных мероприятиях со стороны страховых компаний сделан на целевые и тематические экспертизы с отбором на проверку случаев по конкретным поводам возможного нарушения прав застрахованных лиц с заболеваниями, занимающими ведущее место в структуре смертности населения России – сердечно-сосудистыми и, безусловно, онкологическими.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Акценты

Быстрее. Точнее. Лучше

– Уменьшить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний до уровня, указанного в нацпроекте «Здравоохранение», вполне реально, – заявил президент Общества специалистов по сердечной недостаточности, заведующий кафедрой госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, академик РАН Юрий Беленков. Он высказал своё мнение об этом на пресс-конференции, которая была посвящена Всемирному дню сердца.

– Сегодня от этого класса заболеваний в нашей стране умирает порядка 585-587 человек на 100 тыс. населения, – пояснил он. – В абсолютных цифрах это ежегодно 1 млн 200 тыс. человек, что вполне сопоставимо со средними европейскими показателями.

Чтобы добиться серьёзного снижения смертности, нужны совместные усилия общества, правительства, врачей и пациентов. Много внимания сейчас уделяется развитию первичной медицинской помощи. Буквально фантастические возможности предоставляют цифровые технологии. Благодаря этому кардинально меняется роль врача и пациента в лечении заболеваний. Специалисты по информационным технологиям сегодня принимают участие в лечении заболеваний сердца. Пройдёт ещё десятилетие, и они на равных с кардиологами будут обсуждать будущее кардиологии на врачебных форумах. Всё больше и больше станут востребованы гаджеты, которые накапливают в своей памяти ценную информацию и передают её в режиме реального времени.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Новости

Будущие кадры здравоохранения

Проект «Будущие кадры здравоохранения», реализуемый в Алтайском крае в рамках Национального проекта «Здравоохранение», оказался действенным способом решения кадровых проблем: 44 из 54 его участников – выпускников школ поступили в учебные заведения на медицинские специальности.

В начале учебного года они встретились с его организаторами: депутатом Госдумы Валерием Елыкомовым, министром здравоохранения региона Дмитрием Поповым и ректором Алтайского государственного медицинского университета Игорем Салданом.

В проекте участвовали школьники трёх отдалённых территорий: города Рубцовска и Рубцовского района, а также Благовещенского. Студентами АГМУ стали 32 участника, половина из них поступила по целевому договору. Это значит, что через 5-6 лет они вернутся на работу в родные районы. Ещё 8 бывших школьников теперь студенты медицинских колледжей края, 4 изучают медицину в другом регионе.

«На вас сегодня колоссальная ответственность, – сказал, обращаясь ко вчерашним школьникам, В.Елыкомов. Мы запустили систему профориентированного поступления в медуниверситет, и сегодня вы являетесь во многом примером. Изначально задачей проекта было привлечение сельчан, так как наибольшая кадровая проблема складывается на селе. И у нас это получилось».

По словам министра здравоохранения Д.Попова, одной из целей проекта является укомплектование больниц современными молодыми и амбициозными кадрами.

Как особо отметил И.Салдан, в университете не делают различий между студентами по форме обучения.

«При условии хорошей успеваемости у тех, кто поступил на платную форму обучения, есть возможность заключить целевой договор с Министерством здравоохранения, которое будет компенсировать стоимость обучения в ординатуре при условии, что выпускники выполнят свои обязательства и отправятся работать в медицинскую организацию в одном из районов края по направлению Минздрава на срок от 3 до 5 лет», – сказал он.

Проект продолжит свою работу. Как пообещал Д.Попов, теперь он охватит большее число территорий.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

Субсидии на ремонт

В этом году на текущие и капитальные ремонты, а также на разработку проектно-сметной документации в 109 подразделениях 83 больниц в муниципальных образованиях Свердловской области из бюджета региона выделены субсидии на 460 млн 526 тыс. руб.

В частности, в Артёмовской центральной районной больнице сейчас завершается подготовка к открытию первичного сосудистого отделения, которое займёт почти весь первый этаж центрального стационара. Проведены масштабные ремонтные работы, уже частично прошла передислокация.

Под томограф готовят большое помещение с «усиленным» полом. На кабинет компьютерной томографии из бюджета области выделено 4,5 млн руб., на прочие ремонтные работы – более 6 млн.

«За 5 последних лет в нашей больнице отремонтировано 4 стационарных отделения, а пятое – инфекционное – не только отремонтировано, но и оборудовано «с нуля». Кроме того, мы провели капитальный ремонт трёх ОВП, модернизировали детскую поликлинику в соответствии с «бережливыми» технологиями. И это лишь часть работ, на которые были получены областные субсидии», – говорит главный врач Артёмовской ЦРБ Андрей Карташов.

В Режевской центральной районной больнице в этом году проведено ремонтов на общую сумму 11 млн руб. Ещё пройдут работы в 7 подразделениях больницы, в том числе в филиалах взрослой и детской поликлиник.

«На следующий год запланирован капитальный ремонт детского отделения в инфекционном корпусе и ещё нескольких объектов больницы», – заявил главный врач Режевской ЦРБ Александр Язвенко.

По словам А.Цветкова, до конца года будут приведены в порядок ещё несколько десятков объектов.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

Профосмотр в сельской глубинке

В Чеченской Республике выездная бригада врачей с помощью мобильного медицинского комплекса провела двухдневный профосмотр и диспансеризацию населения в сёлах Кенхи и Кири Шаройского муниципального района.

Пункт проведения профосмотров посетил глава республики Рамзан Кадыров, более того – само это выездное мероприятие было организовано по его поручению в целях повышения доступности и качества оказываемой медицинской помощи и расширения охвата населения профилактическими медицинскими осмотрами. Он лично ознакомился с процессом обследования населения, пообщался с врачами и пациентами.

В течение 2 дней врачи, среди которых были терапевт, невролог, фтизиатр, онколог, педиатр, детский невролог, детский хирург и другие специалисты, обследовали около 500 человек, в том числе 160 детей. Обязательной частью обследования была флюорография, в результате чего выявлено 4 случая посттуберкулёзных изменений в лёгких, 4 человека были направлены на дообследование с подозрением на туберкулёз, 1 – с подозрением на онкологию. Порядка 47 патологий обнаружено у детей, но, к счастью для маленьких пациентов и их родителей, всё это не тяжёлые случаи, хорошо поддающиеся лечению.

Рубен КАЗАРЯН.

Чеченская Республика.

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

Награды

Между двух Эверестов

Великий нейрохирург, Герой труда России Александр Коновалов удостоен медали одного из выдающихся основоположников новой клинической дисциплины – нейрохирургии Вальтера Денди.

А.Коновалов (слева) и Ю.Кушель на фоне вершины горы

Награду А.Коновалову вручили на сессии влиятельного Американского общества Вальтера Денди в столице Непала Катманду. Медалист выступил с докладом по истории и современности отечественной нейрохирургии, опираясь на стремительное развитие Национального центра им. Н.Н.Бурденко. Благодаря исследованиям наших учёных здесь впервые появились новые нейронауки и направления в нейрохирургии, среди них такие признанные мировые приоритеты, как реаниматология, нейропсихология, количественная неврология, эндоваскулярная нейрохирургия и ряд других.

Заслуги Александра Николаевича имеют исторический характер. Главный нейрохирург Советского Союза и России, он инициатор повсеместного перехода отечественной нейрохирургии на современные технологии – к микронейрохирургии и нейровизуализации. В осуществлении этих стратегических событий решающую роль сыграл московский институт, которым А.Коновалов руководил почти 40 лет и, по сути, построил заново, обогатив страну первоклассным, крупнейшим в Европе нейрохирургическим учреждением. Авторитет и обаяние А.Коновалова во многом способствовали выходу отечественной нейрохирургии на международную арену.

Он неутомимо продолжает свою хирургическую и научную активность, став самым долгооперирующим на планете среди коллег своего уровня за столетие мировой нейрохирургии.

Сопровождавшие учителя блистательные ученики из его школы нейрохирурги Давид Пицхелаури, Юрий Кушель, Шавкат Кадыров также выступили с новаторскими сообщениями.

Александр Николаевич, преданный спорту и путешествиям, на вертолёте полетел на высочайшую вершину Земли – Эверест.

Как образно сказал Ю.Кушель: «Я был счастлив, оказавшись между двумя Эверестами!»

Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор.

Вехи

100 лет спасаем жизни

Московская «скорая» отметила вековой юбилей

Фестивалем с таким названием, приуроченным к вековому юбилею Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова Департамента здравоохранения Москвы, встретил жителей и гостей столицы парк «Сокольники». Сто лет назад был подписан протокол заседания коллегии врачебно-санитарного отдела об организации в городе станции скорой помощи.

На площадке фестиваля

Первый выезд её машины состоялся, правда, позднее, 15 октября 1919 г. Впрочем, с историей создания службы, а также развитием и сегодняшним днём станции, особенностями работы врачей и фельдшеров гостей парка познакомили выставки и локации фестиваля.

На центральной аллее «Сокольников» можно было увидеть уникальную экспозицию ретро- и современных автомобилей московской станции. Среди «ветеранов» – раритетные машины, а экскурсии проводили специалисты из Музея скорой медицинской помощи, чтобы посетители могли больше узнать из истории легендарных экспонатов.

Всех желающих столичные медики учили на площадках парка правилам и приёмам оказания первой помощи в экстренных ситуациях, освоить которые можно было тут же, на манекенах. А самые активные гости фестиваля попробовали себя в уникальной игровой инсталляции «Диспетчерская» в роли операторов по приёму звонков «103».

Было чем заняться и детям: они смогли поучаствовать в мастер-классах, медицинских квестах, где каждый примерил на себя в игровой форме роль врача и пациента. Многие даже сделали себе памятные сувениры – тематические брелоки из фетра и расписанные пряники в форме автомобиля скорой помощи.

На Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С.Пучкова, этой крупнейшей в Европе медицинской организации, – более 11 тыс. сотрудников. В Москве работает 60 подстанций этого медучреждения, более тысячи бригад дежурят круглосуточно.

Каждый день в Едином городском диспетчерском центре столичной станции дежурит порядка 200 диспетчеров, 65 из которых занимаются приёмом звонков. Это фельдшеры и медицинские сестры. Сегодня для ответа на звонок им хватает 3-4 секунд, а ещё в 2012 г. на это уходило 45 секунд.

Работа станции вот уже век не прекращается ни на минуту.

Иван ВЕТЛУГИН. МИА Cito!

Тенденции

Миллионные выплаты признаны недостаточными

Для привлечения медицинских работников в отдалённые и северные регионы необходимо использовать не только единоразовые выплаты, но и значительно увеличить их постоянную зарплату. А также улучшить местную социальную, транспортную и коммуникационную инфраструктуру, считает эксперт тематической площадки Общероссийского народного фронта «Здравоохранение», заведующая кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы Северного государственного медицинского университета Лариса Меньшикова.

Дополнительные выплаты к программам «Земский доктор» и «Земский фельдшер» начнут действовать в стране в следующем году для привлечения специалистов в отдалённые и труднодоступные регионы страны, сказала министр здравоохранения России Вероника Скворцова. Эта мера будет принята для особо сложных территорий: северных и арктических регионов, регионов Дальнего Востока и со сложной транспортной доступностью.

«Это правильная мера, потому что в труднодоступных и отдалённых районах предусмотренных программами выплат в размере 1 млн руб. для врача и 500 тыс. для фельдшера недостаточно для привлечения молодых выпускников. В Мурманской области действует региональная программа «Арктический доктор», по которой врачи получают миллион рублей для переезда в сложные районы по федеральной программе и миллион рублей после 5-летней отработки уже по региональной. И очень хорошо, что подобная практика теперь будет применяться уже на федеральном уровне», – подчеркнула Л.Меньшикова. Исходя из опыта личного общения с выпускниками, она уточнила, что меры материального стимулирования могут оказаться недостаточными для привлечения выпускников в труднодоступные и северные регионы. Поскольку для большинства молодых врачей и фельдшеров очень важными являются вопросы инфраструктуры, наличия интернета, возможности обучения детей, налаженного транспортного сообщения.

«Это во многом уже зависит от местных властей, Минздрав такие вопросы решить не может. Многое определяется наличием рабочих мест и уровнем развития промышленности в районах. Единовременные выплаты могут оказаться недостаточными и для материального стимулирования, потому что молодые специалисты оценивают постоянный, а не временный уровень предполагаемого дохода. Этот вопрос можно решить при помощи федеральной тарифной сетки оплаты труда, которая будет гарантировать существенно более высокую зарплату в северных и отдалённых территориях по сравнению со средней полосой», – заключила Л.Меньшикова.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Cito!

Назначения

Ректором Курского государственного медицинского университета на состоявшейся конференции работников и обучающихся вуза большинством голосов избран доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ Виктор Лазаренко.

Вновь избран ректором

Виктор Анатольевич родился в 1956 г., выпускник КГМИ 1979 г. Трудовой путь начал детским хирургом в Шебекинской ЦРБ Белгородской области. С 1983 г. – на кафедре хирургических болезней, где прошёл путь от клинического ординатора до профессора, заведующего кафедрой, защитив в 1988 г. кандидатскую, а в 1996 г. – докторскую диссертации.

В послужном списке В.Лазаренко также работа заведующим отделением кардио-сосудистой хирургии областной клинической больницы, главным кардио-сосудистым хирургом Минздрава Курской области, деканом факультета последипломного обучения и проректором по научно-исследовательской работе Курского ГМУ. С августа 2009 г. В.Лазаренко – ректор этого вуза.

Соб. инф.

Решения

Рекомендации по строгим правилам

Минюст России зарегистрировал приказ Минздрава России «Об утверждении порядка и сроков одобрения и утверждения клинических рекомендаций, критериев принятия научно-практическим советом решения об одобрении, отклонении или направлении на доработку клинических рекомендаций либо решения об их пересмотре».

Согласно документу, решение о необходимости разработки клинической рекомендации по заявке медицинских профессиональных некоммерческих организаций будет принимать отвечающий за определённое направление здравоохранения департамент Минздрава. Экспертную оценку клинических рекомендаций, подготовку экспертного заключения и направление его в министерство будет осуществлять подведомственная экспертная организация – Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.
МИА Cito!

Начеку!

Услышали нуждающихся

Минздравом России была проведена работа по сбору потребности в назначении детям препарата фризиум во всех субъектах Российской Федерации.

Сведения были предоставлены органами исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, которые, в свою очередь, региональные власти получают от своих главных специалистов неврологов, имеющих информацию обо всех нуждающихся в незарегистрированных лекарственных препаратах пациентах. Напомним, что не так давно отчаявшаяся мать заказала фризиум за границей для своего больного ребёнка и едва не поплатилась за это уголовным наказанием.

Минздравом России были разосланы информационные письма в субъекты РФ с разъяснениями, а также проведён ряд видеоселекторных совещаний, на которых региональным специалистам разъяснили порядок сбора информации. Кроме того, в работе по сбору информации, который будет продолжен в дальнейшем, также принимали участие некоммерческие организации, представители пациентского сообщества.

Все лекарственные препараты, по которым Минздравом России определяется потребность, назначаются врачебным консилиумом, в том числе и в целях предоставления отчётности Международному комитету по контролю за наркотиками.

Отмечается, что в случае, когда решением врачебной комиссии пациенту был назначен подобный лекарственный препарат, все необходимые документы готовятся лечебным учреждением.

В министерстве заверили, что на сегодняшний день указанный лекарственный препарат назначается по следующей схеме: региональный Минздрав совместно с главным неврологом региона, имеющим информацию обо всех нуждающихся в незарегистрированных лекарственных препаратах детях, сообщает о пациенте в медицинскую организацию, в которой проходит лечение или к которой прикреплён пациент. После этого в медицинской организации проводится врачебная комиссия, которая и принимает решение о назначении незарегистрированного лекарственного препарата. Затем через Минздрав России заявка на приобретение лекарственного препарата направляется в Минпромторг России. Как считают в ведомстве, весь контингент детей, нуждающихся в незарегистрированных лекарственных препаратах, будет полностью ими обеспечен.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.
МИА Cito!

Дела судебные

Принудительная реабилитация

Следственными органами СК России по Ленинградской области по заявлению граждан об их незаконном удержании возбуждено уголовное дело по признакам преступления, предусмотренного п. «ж» ч. 2 ст. 127 УК РФ (незаконное лишение человека свободы, совершённое в отношении двух и более лиц).

По версии следствия, действующие от имени сети частных реабилитационных центров лица навязывали услуги по якобы медицинской реабилитации гражданам, страдающим алкогольной и иными зависимостями. Людей помещали в частные домовладения, оборудованные для коллективного проживания с явными нарушениями санитарных норм и правил общежития. Там их незаконно удерживали, навязывая родным необходимость прохождения длительной реабилитации, при этом взимали плату за якобы оказанные услуги в размере от 40 до 100 тыс. руб. в месяц.

Правоохранительные органы провели ряд обысков на объектах реабилитационных центров на территории Ленинградской области и города Санкт-Петербурга. В них содержалось более 50 человек из разных регионов России, среди которых были женщины и несовершеннолетние. В настоящее время задержаны руководитель одного из частных реабилитационных центров и четверо его помощников. Как сообщает СКР, расследование уголовного дела продолжается.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Cito!

Подписка-2020

Началась подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2020» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

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

Подписаться на «МГ» по льготным ценам можно и через редакцию, направив заявку по электронной почте: **mg.podpiska@mail.ru**.

Справки по телефонам: **8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.**

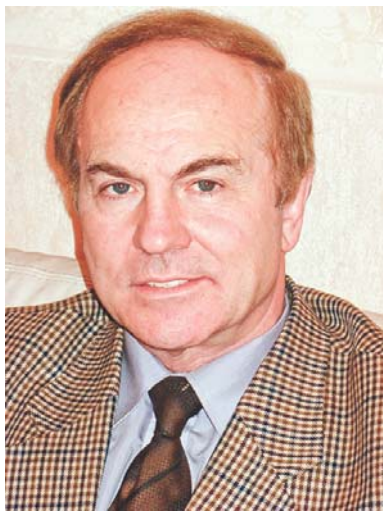
Наши интервью

Неисчерпаемый «людской ресурс»

Проблемы и решения диспансеризации в России

Современная Россия в очередной раз переживает тревожную демографическую ситуацию. Заместитель председателя Правительства РФ Татьяна Голикова в июле заявила, что страна катастрофически теряет своих граждан. Только за 4 месяца 2019 г. естественная убыль населения составила почти 150 тыс. человек. По-прежнему высок уровень смертности в трудоспособном возрасте. Не настолько эффективны, как было изначально задумано, меры по её кардинальному преодолению от сердечно-сосудистых и онкозаболеваний.

Минздрав России реализует множество эффективных дел, однако проблемы сохраняются. В августе председатель Российского независимого профсоюза работников угольной промышленности Иван Мохначук пожаловался В.Путину, что на протяжении ряда лет не удаётся решить вопрос медицинских осмотров горняков перед сменой и после её завершения, а также проблему реабилитации шахтёров после работы. По его словам, вследствие этого количество умирающих на рабочем месте от проблем со здоровьем превышает количество жертв в результате аварий. В итоге президент страны поддержал отраслевой профсоюз в необходимости эффективного медицинского обеспечения шахтёров и дал поручение решить социальные проблемы угольщиков.



Вопрос только в одном: можно ли при этом обойтись без кардинального реформирования, набившей оскомину модернизации и прочих крайне непопулярных мер? Об актуальности темы, важности всеобщей диспансеризации населения мы беседуем с главным специалистом Института лидерства и управления здравоохранением Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктором медицинских наук, кандидатом философских наук, профессором Игорем ГУНДАРОВЫМ.

– Несмотря на активную деятельность Правительства РФ по совершенствованию мер охраны и укрепления общественного здоровья, в стране продолжает нарастать демографический кризис. Инвалидность и смертность остаются высокими, численность людей среднего возраста ежегодно сокращается почти на миллион человек. Нехватка профессиональных кадров становится тормозом экономического развития. Проводимая с 2013 г. всеобщая диспансеризация оказалась недостаточной для нормализации ситуации, в том числе в Москве, здравоохранение которой к 2018 г. оказалось среди худших регионов по динамике смертности.

Этим объясняется дополнительное решение Правительства РФ «по восстановлению и развитию службы оказания медицинской помощи на производстве» путём открытия на предприятиях медицинских кабинетов и введения института цеховых и офисных врачей. Главная цель – профилактика среди работающих граждан трудовых потерь от основных хронических неинфекционных заболеваний (ХНЗ). Прежде всего это ишемическая болезнь сердца (ИБС), сосудистые поражения головного мозга, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и пищеварения. На них приходится около 70% смертности населения трудоспособного возраста. В структуре первичной инвалидности в 2016-2017 гг. ХНЗ составили 67%, тогда как профессиональные заболевания – 0,18%, производственный травматизм – 0,29%.

Результативность цеховой медицинской службы будет зависеть от адекватности поставленных перед нею задач в рамках отрасли в целом, включая всеобщую диспансеризацию. В этом направлении накопилось немало важных проблем, не учтённых приказом Минздрава России № 124н от 13.03.2019 «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определённых групп взрослого населения».

– Игорь Алексеевич, с какими проблемами приходится сталкиваться сегодня при реализации диспансеризации?

– Первостепенная проблема – в избыточной затратности действующей модели диспансерной работы. Согласно упомянутому приказу № 124н, ежегодное профилактическое обследование (первый этап диспансеризации – скрининг) должны проходить все работающие от 40 лет. В 2017 г. их было 72,3 млн человек. При стоимости скрининга в объёме 1000 руб. на каждого ежегодные затраты составят 72 млрд руб. Половина из них – работающие. Оплата их невыхода на работу составит примерно 80 млрд. Плюс упущенная выгода от непроизводства товаров и услуг – 230 млрд. В сумме первый этап обойдётся примерно 380 млрд. На второй этап для уточнения диагноза направляются как минимум треть от посетивших скрининг – 24 млн человек. При стоимости углублённых обследований 1,2 тыс. руб. ежегодные расходы достигнут 28 млрд. Работающим оплата двух дней прогула составит 35 млрд, плюс потери ВВП от невыхода на работу – ещё 100 млрд. В целом ежегодные суммарные затраты на оба этапа диспансеризации составят 0,54 трлн руб. прямых и косвенных расходов.

Второй проблемой диспансеризации является гипертрофия роли диагностической работы. Исходят из недоказанного мнения, что жители не заботятся о своём здоровье, а участковые врачи не обеспечивают полноценную диагностику. Поэтому диспансеризация представляется основным инструментом выявления хронических неинфекционных заболеваний, миллионы диагнозов которых записываются в её актив. По материалам 2013-2014 гг., заявлено о 3,5 млн впервые выявленных при скрининге болезней системы кровообращения. Такой объём нелеченых больных означает полную некомпетентность поликлинической службы, с чем трудно согласиться. В реальности же доля новых ХНЗ за 6 лет составила всего 2% от числа посещений. Остальные 98% были ранее диагностированы участковыми врачами и не требовали дублирующих обследований. Тем самым медицинский КПД составил 2%. Таким он будет и у цехового врача, если главной задачей ставить выявление новых случаев заболеваний.

Третья проблема связана с необходимостью смены цели диспансеризации. Вместо выявления болезней, с чем хорошо справляется по мере обращаемости участковая служба, и популяционной профилактики нужна индивидуальная профилактика инвалидности и смертности. Индивидуальная профилактика – это выявление «лиц с высоким риском развития ХНЗ», «граждан с высоким риском развития жизнеугрожающих состояний», как требует приказ Минздрава России № 683н от 30.09.2015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях». Для этого традиционные факторы риска (ФР) оказываются недостаточными, поскольку имеют популяционное значение. Так, среди 1000 мужчин 35-54 лет без ФР ежегодно умирают 3 человека, а с тремя ФР – 8. Абсолютная опасность – 5 человек на 1000, то есть 0,5%. При 5-летнем наблюдении – 2,5%. Остальные 97,5% мужчин с тремя факторами риска имеют достаточные жизненные резервы, чтобы жить долго и качественно.

В целом среди лиц трудоспособного возраста (70 млн в 2018 г.) ежегодно становились инвалидами и умирали около 700 тыс., то есть 1%. В пересчёте на 5 лет – 5%. Именно они, с позиций доказательной медицины, нуждаются в актуальной профилактике. Остальные 95% трудоспособных граждан благодаря имеющимся резервам могут жить без медицинских ограничений. В этом – суть персонифицированного профилактического подхода, обращённого к конкретному человеку, а не к популяции.

– И каким же образом можно помочь персонально?

– Для выявления 5% лиц с неблагоприятным прогнозом (высокий риск жизнеугрожающих состояний) требуется измерение индивидуальных резервов здоровья. Однако современная медицина не располагает технологиями измерения здоровья как самостоятельного биологического свойства. Выделяемые при диспансеризации группы здоровья на самом деле есть «группы нездоровья», определяемые по наличию ХНЗ и ФР. Для измерения непосредственно здоровья учёные бывшего Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины в рамках Указания № 145-У от 02.04.1996 Минздравмедпрома России разработали и апробировали многомодульный аппаратно-программный комплекс ЭСКИЗ, модернизированный в Сеченовском университете в рамках государственного задания Минздрава России «Система персонализированной профилактики социально значимых заболеваний» в 2015-2017 гг.

Считается, что формирование ЗОЖ – это несложная процедура коррекции 5-6 основных факторов риска: курение, высокое артериальное давление, высокий холестерин крови, ожирение, гиподинамия, злоупотребление алкоголем. Поэтому профилактические задачи диспансеризации завершаются в конце первого этапа короткими рекомендациями. Однако устранение ФР, как показали зарубежные и отечественные исследования, мало влияет на заболеваемость и смертность. Хуже того, известна «перекачка» смертности, когда, например, борьба с избыточной массой тела и высоким холестерином снижает кардиоваскулярный риск, но тут же увеличивает риск злокачественных новообразований. Или отказ от курения снижает риск ИБС, но одновременно ведёт к увеличению массы тела, что сопровождается ростом той же ИБС. Поэтому нормализация жизненного прогноза – сложный, длительный процесс, требующий скоординированной межсекторной работы на уровне конкретного пациента.

До сих пор не разработаны стандарты скрининговых обследований. К их проведению допускаются технологически не подготовленные рентгенологи, колопроктологи, клинические лаборанты, эндоскописты, даже акушерки и т.д. Не валидизированы многие вопросники. Подчас используется двойной подсчёт, когда признак считается одновременно фактором риска и заболеванием (артериальная гипертензия, гипергликемия и др.). Да и алгоритм кардиоваскулярного риска SCORE не предназначен к прогнозу индивидуального дожития.

– Что конкретно могут предложить учёные и практики?

– Для диспансеризации работающего населения разработана трёхэтапная система. Первый этап – скрининг на выявление лиц с подозрением на высокий летальный риск. Скрининг проводится без отрыва от производства на предприятиях под руководством цехового врача. Для этого, согласно Федеральному закону № 323 от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», работодатели вправе вводить в штат должности медработников и создавать подразделения (кабинет врача, здравпункт, медицинский кабинет, медицинскую часть и др.). Малые предприятия обслуживаются кустовыми кабинетами здоровья или мобильными бригадами. При этом используется модуль ЭСКИЗ-РИСК, валидность которого многократно превышает возможности упомянутого алгоритма SCORE. С помощью стандартизованных измерений и опроса собирается информация о 25 рискогенных параметрах: антропометрических, физиологических, клинических, биохимических, психологических. Осуществляется диагностика имеющихся ХНЗ, традиционных факторов риска, психического состояния и самооценки здоровья. Рассчитывается интегральный летальный риск с прогнозом на ближайшие 10 лет. Заключение выдаётся сразу или пересылается по электронной почте. Пропускная способность – 4 человека в час. Обследование проводится средним медперсоналом или социальными работниками. Стоимость процедуры – 300 руб.

На второй этап направляются 10-15% прошедших скрининг, имеющих впервые диагностированные ХНЗ или подозрение на высокий риск. Проводится его уточнение с помощью реографического модуля ЭСКИЗ-РЕЗЕРВ. Определяется прогноз дожития на ближайшие 10 лет. Пропускная способность – 2-3 человека в час. Используется малозатратная отечественная аппаратура. Обследование проводит средний медперсонал под контролем цехового врача. Стоимость процедуры – 400 руб.

У половины обследованных подтверждается высокий риск, выявляются его физиологические механизмы. Посредством модуля ЭСКИЗ-ОБРАЗ ЖИЗНИ определяются неблагоприятные условия жизни по широкому набору параметров и рассчитывается «роза качества жизни». Выдаётся меню факторов нездорового образа жизни. Работа координируется цеховым врачом.

Третий этап предназначен для коррекции индивидуального риска ХНЗ и достижения устойчивого позитивного результата. Управление таким объёмом деятельности не по силам врачу-клиницисту. Координатором и исполнителем должен быть специалист комплексного профиля, имеющий базовое медицинское образование и дополнительную подготовку по социальной работе, психологии, гигиене, организации и охране труда, восстановительной медицине. Перечисленные направления составляют компетенции цехового специалиста по медико-социальной работе, иначе говоря – социального врача. Социальный врач – это специалист, занимающийся профилактикой трудовых потерь от ХНЗ путём управления физическими и психическими резервами здоровья, образом жизни, условиями производственной деятельности человека. Многопрофильными должны быть и его помощники (специально подготовленные социальные работники). Их численность по стране превышает 1,3 млн человек. Объединение этого потенциала с системой здравоохранения позволит компенсировать дефицит медицинских кадров для профилактической работы среди работающих.

В традиционной профилактической работе пациент занимает пассивную позицию. Призывы к сотрудничеству остаются без должного ответа из-за отсутствия личного контроля над эффективностью предлагаемых рекомендаций. Для мотивации активности требуется знание величины своего риска и слежение за ним при выборе оптимальных действий.

Малая затратность предлагаемых технологий и простота их использования способны привлечь органы местного самоуправления к внедрению массовой персонифицированной профилактики.

Становится возможной оценка продуктивности и эффективности диспансеризации по снижению в популяции доли лиц с высоким риском ХНЗ, по нормализации персонального риска у выполняющих рекомендации, по динамике инвалидности и смертности в субъектах РФ. Координирующую функцию в регионах осуществляют центры медицинской профилактики (центры общественного здравоохранения) как головная структура.

Проведение качественной диспансерной работы требует специально обученных кадров. Для их подготовки в Академии труда и социальных отношений в сотрудничестве с Институтом лидерства и управления здравоохранением Сеченовского университета разработаны, приняты УМО и реализуются программы дополнительного профессионального образования.

– Что можно сказать об экономической составляющей и эффективности при реализации предлагаемой концепции?

– Предлагаемая трёхэтапная система диспансеризации с участием цеховой медицины позволит не распылять ресурсы здравоохранения, а фокусировать на наиболее нуждающихся. Тем самым экономическая эффективность значительно увеличивается. В пересчёте на год общая экономия составит не менее 0,4 трлн руб.

Беседу вёл Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

Ориентиры

От теории к практике

Будущие врачи стали участниками первого студенческого медицинского отряда Свердловской области

Уральский государственный медицинский университет и Министерство здравоохранения Свердловской области инициировали возрождение студенческих медицинских отрядов на Урале. В городской больнице Асбеста 16 студентов УГМУ провели смену и отработали на практике всё то, чему их учили на лекциях. Хорошим стимулом для ребят послужили истории старших коллег и родителей, которые ещё в советское время были увлечены этим движением.

Студенческие отряды появились в стране в 1959 г. Первыми, кто во время летних каникул отправился в Казахстан на целину, стали студенты-добровольцы Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. В совхозах Северо-Казахстанской области они построили 16 объектов. Молодёжь, увлечённая общей идеей и желанием сделать для Родины что-то нужное и важное, с удовольствием осваивала целинные земли. Среди них были и свердловчане. Первый строительный отряд Уральского политехнического института отправился в Западно-Казахстанскую область в 1964 г., с ним последовали и представители Свердловского государственного медицинского института. В качестве главного врача отряда на целину поехал Алик Махмин, а главного санитарного врача – Юрий Масленцев. К слову, через несколько лет именно он уже возглавлял отряд Уральского политехнического института, направлявшийся в Гурьевскую область.

История студенческого движения в СГМИ началась с двух отрядов с громкими названиями «Бицепс» и «Атлант». К 70-м годам прошлого столетия их в вузе насчитывалось уже 15. Вот что вспоминает Надежда Давыдова – командир Тавдинского зонального студенческого строительного отряда Свердловской области: «Строительные отряды – это отличная школа, которая воспитывала в нас настоящих лидеров! Очень многие участники стройотрядов 60-70-х годов сейчас возглавляют крупные учреждения в сфере здравоохранения, образования, строительства. Я до сих пор с теплотой вспоминаю то время, когда мы воодушевлялись идеей сделать что-то для нашей большой страны. Страна, в свою очередь, давала нам признание. Мы чувствовали значимость своего вклада в освоении целины».

Студенческие медицинские отряды СГМИ за 15 лет работы были отмечены десятью правительственными наградами, среди которых ордена «Знак Почёта» и медали «Трудовая доблесть», что являлось предметом особой гордости и отличия. С распадом СССР студотряды прекратили своё существование, однако в Свердловской области они продолжали жить.

В этом году в Уральском государственном медицинском университете решили возродить медицинские отряды, незаслуженно забытые в нынешней России.

– Студенческие отряды – это то, чего так не хватало нынешней молодёжи, – считает ректор вуза Ольга Ковтун. – А если говорить о медицинских отрядах, то они – отличная стартовая площадка для будущих врачей. Ребята могут увидеть реальные, ежедневные будни старших коллег, пообщаться с пациентами, познакомиться с техническим оборудованием. Словом, узнать тонкости своей работы уже сейчас, на этапе обучения.

Нынешним летом в городе Асбест Свердловской области на базе городской больницы организован первый студенческий медицинский отряд «Пульс». Студенты УГМУ были задействованы на каждом этапе функционирования единого слаженного механизма: дежурство в приёмном отделении, патологии новорождённых, роддоме; выезды в составе бригады скорой помощи; знакомство с работой гастроэнтерологического, кардиологического, терапевтического отделений, операционного блока, женской консультации. За время практики удалось и самим многое опробовать и освоить. Проведение скрининговых исследований, определение группы крови и резус-фактора, глюкометрия, холестеринометрия, измерение сатурации, артериального давления, регистрация ЭКГ, проведение спирометрии, – всем этим студенты успешно овладели.

– Опыт участия в студенческом отряде полезен сам по себе – это отличная практика. Но главное то, что здесь мы можем точно понять, в каком направлении дальше идти. Я, например, с детства хотел быть хирургом, но, познакомившись ближе с работой врачей, решил, что буду неонатологом. Остаться хочу именно в Асбесте – родном для меня городе, – поделился впечатлениями командир отряда «Пульс» Даниил Ключников.

Кстати, в период практики возникали ситуации, когда ребятам приходилось принимать решения и без участия старших коллег. Евгений Серкин, дежуря в отделении реанимации, выполнял процедуры по уходу. В это время у одного из пациентов произошла остановка сердца. Евгений мгновенно среагировал и провёл сердечно-лёгочную реанимацию, тем самым спас человеку жизнь.

– Мы – врачи, хотя пока без дипломов, но уже сейчас, на этапе обучения, должны знать, что кому-то может понадобиться наша помощь. И необходимо моментально среагировать, вспомнить всё то, чему учили преподаватели. К счастью, мне это удалось, и я рад, что с пациентом уже всё хорошо, – рассказал участник отряда «Пульс» Евгений Серкин.

В череде трудовых будней студотрядовцы успевали проводить с пользой и своё свободное время. По традиции ребята отмечали целинные праздники: день всех влюблённых, Новый год, день защитника Отечества. Организация общего досуга и работа в одном коллективе настолько сплотили студентов, что многие уже думают о возвращении в Асбест. И не только в составе отряда в следующем году, а в качестве врачей Асбестовской городской больницы после окончания университета.

– Сегодня Уральский государственный медицинский университет даёт своим студентам массу возможностей не только для получения знаний, но и для реализации их на практике. Возрождение такого направления, как студенческий медицинский отряд, лишний раз это подтверждает. Становится вдвойне приятно, когда слышишь слова благодарности в адрес наших ребят и вуза от коллектива больницы и пациентов. Это значит, что мы на правильном пути и студенческие отряды будут жить и развиваться, – говорит проректор по перспективному развитию и международной деятельности Михаил Флягин.

Кстати, уже сегодня ребята ждут в свою команду новых участников. Вступить в ряды «Пульса» может каждый студент УГМУ, главное – иметь желание быть причастным к этому нужному делу – возрождению студенческих медицинских отрядов в Уральском регионе и стране в целом.

Екатерина САМСОНОВА.

Инициатива

Первичное звено

Квартиры – врачам, забота – пациентам

Брянская область первой в стране приняла региональную программу по приобретению жилья для докторов полностью за счёт областного бюджета.

На исполнение задуманного областная казна «отстёгивает» на 3 года 1 млрд руб. И вот совсем недавно собравшиеся в киноконцертном зале «Дружба» аплодировали стоящим на сцене докторам, в руках у которых были связки ключей.

– Новая светлая квартира – мечта любого человека, – сказала потом журналистам офтальмолог Дятьковской ЦРБ Виктория Скачкова. – И такая забота о медицинских кадрах – это ещё и забота обо всех жителях региона, о том, чтобы лечебные учреждения были укомплектованы достойными кадрами и пациенты смогли получать своевременную и качественную медицинскую помощь...

А ведь речь идёт о том самом первичном звене здравоохранения, которое принимает на себя массу пациентов и по качеству работы которого, как правило, дают оценку работе всей системы охраны здоровья людей. Причём отметим сразу, что указанный здесь миллиард рублей – это не окончательная цифра, а всего лишь начальный показатель, от которого, как от печки, стали плясать. В минувшем году, когда программа была запущена и были детально проработаны все нормативно-правовые документы, счастливчики приобрели больше 40 квартир.

– Принятые меры полностью укладываются в рамки Национального проекта «Здравоохранение», – рассказали корреспонденту «МГ» в правительстве области. – И в текущем году планируем увеличить объём средств для развития здравоохранения региона на 10%. В общей сложности на эти цели выделено больше 20 млрд руб., которые пойдут на строительство и ремонт медицинских учреждений, обновление оборудования, автопарка «скорых» и приобретение жилья для докторов.

А.Богомаз вручает ключи от квартиры

Мне рассказали, что в этом году планируется ввести в строй Супоневскую поликлинику на 150 посещений в смену и детскую поликлинику на 250 посещений в Фокинском районе областного центра. В минувшем году областная казна выделила больше 500 млн руб. на приобретение высокотехнологичного медицинского оборудования, а в этом «отстёгивает» на такие цели около 300 млн. К тому же скорая помощь почти на 80% обеспечена новыми автомобилями.

Что же касается квартир, то безмерно счастливы хирург Брянской межрайонной больницы Дмитрий Мельников, заведующая Супоневской врачебной амбулаторией Светлана Хохлова и другие доктора.

Причём отметим, что ещё больше сотни жилых помещений были переданы в распоряжение медицинских учреждений региона. Так, главному врачу Стародубской ЦРБ Андрею Белоножко передали для медицинских работников 7 квартир. По его словам, это позволит привлечь в медицинское учреждение новых нужных специалистов, ведь больнице остро необходимы терапевты, пульмонолог, врачи общей практики, педиатры...

Практически в унисон с ним говорил и главный врач Почепской ЦРБ Николай Мартынцов:

– Нам очень нужны окулист, неонатолог, детский хирург, участковые педиатры и терапевты...

И в медицинские учреждения области уже потянулись свежие врачебные кадры. Так, из Белоруссии приехал в Климовскую ЦРБ психиатр-нарколог Анатолий Полторан, а его жена теперь работает здесь же участковым терапевтом. И сейчас в молодой семье врачей ждут пополнение.

Отметим, что Брянщина, став основоположницей нового метода решения острой кадровой проблемы, уже нашла себе продолжателей. И в ведущих медицинских вузах страны студентам рассказывают об этом. Например, ректор Первого Московского государственного медицинского университета академик РАН Пётр Глыбочко так напутствовал будущих врачей:

– Брянская область – первый и единственный пока регион в стране, где докторам предоставляют квартиры. И если в других регионах вы сможете получить только служебное койко-место, то здесь – достойное жильё и достойную заработную плату.

Добавим, что, поскольку региональная экономика демонстрирует явный рост и возрастает наполняемость областного бюджета, то практика предоставления врачам квартир будет на Брянщине продолжена.

А совсем недавно губернатор области Александр Богомаз доложил о ходе решения в регионе медицинской кадровой проблемы председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву. По его словам, квартиры получили уже больше 160 врачей, и работа в этом направлении продолжается.

Премьер-министр положительно оценил значение этого перспективного направления в кадровом решении проблемы. В ходе встречи А.Богомаз также рассказал о заключении соглашения с Сеченовским университетом об открытии в Брянске предуниверсария, который уже начал работать на базе лицея № 1. После окончания университета эти юноши и девушки придут на работу в медицинские учреждения Брянщины.

Однако не разбегутся ли молодые доктора, натренируясь и овладев мастерством, в более доходные места? Что ни говори, а новые поколения выросли в иных, отличных от советских времён условиях. Имеющийся уже опыт показывает, что молодые специалисты, которые пускают корни на своей территории, начинают дружно обживать вверенное им пространство, которое становится для них родным. Всё это, согласимся, лучше, чем сидеть на скамейке запасных где-нибудь в престижной клинике. И если уж сам Президент сделал акцент на развитии первичного звена здравоохранения, оно, думается, разовьётся скоро до нормального уровня.

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянск.

Острая тема

Кто работать-то будет?

Кадровый дефицит в системе здравоохранения нарастает

В Комитете Госдумы РФ по охране здоровья обсудили самую больную тему российской медицины – кадры: их дефицит и дисбаланс, качество подготовки и систему оплаты труда. За стол переговоров сели депутаты Госдумы РФ, члены Совета Федерации, представители Минздрава, Минфина, Минэкономразвития, Федерального фонда ОМС, надзорных органов, медицинских вузов, общественных врачебных организаций и лечебных учреждений. Каждая из сторон имела возможность высказать своё мнение о причинах сложившейся ситуации и путях выхода из неё.

Как подчеркнул, открывая встречу, член комитета, руководитель Рабочей группы по законодательному сопровождению и мониторингу реализации Национального проекта «Здравоохранение» Борис Менделевич, кадровое обеспечение – вообще главная задача на пути реализации нацпроекта, без её решения все остальные задачи решить невозможно в принципе. При этом в настоящее время дефицит медкадров огромен (участники встречи называли разные цифры, от 36 до 200 тыс. – авт.), из-за чего нагрузка у врачей и среднего медперсонала слишком велика, особенно в сельской местности.

Между тем, согласно нацпроекту, к концу 2024 г. кадровая обеспеченность в отрасли должна достичь 95%. И как это сделать? Какие законодательные инициативы необходимы, чтобы отечественная медицина имела надёжный кадровый ресурс?

Забегая вперёд, скажем, что не у всех участников диалога совпали не только предложения по преодолению кадрового кризиса, но даже оценки нынешней кадровой картины и её причин.

Отток больше притока

Первое слово – начальнику отдела обеспечения отрасли квалифицированными специалистами Минздрава России Роману Журавлёву. Он представил промежуточные итоги реализации федерального проекта «Обеспечение медицинских организаций кадрами», который стартовал в январе 2019 г. и тоже является компонентой нацпроекта «Здравоохранение». Как теперь оказывается, главной и определяющей.

По информации Минздрава, к концу 2024 г. планируется увеличить число врачей на 41 тыс., среднего медперсонала – на 120 тыс. Где их взять? Привлечь. Сначала через систему профориентации школьников – в медицинские вузы. Затем помочь выпускникам медуниверситетов найти работу, чем должны заняться вновь созданные при вузах центры содействия трудоустройству. В тех местах, которые вряд ли можно назвать привлекательными, региональные власти должны задействовать особые меры привлечения – предоставление молодому доктору жилья или компенсации его найма, оплата коммунальных услуг и т.д. Медработников профицитных специальностей необходимо привлекать на переобучение по дефицитным направлениям.

Такова идеология федерального проекта. А что удалось сделать за прошедшие 9 месяцев? В справке федерального министерства упоминаются издание многочисленных приказов, создание некоего проектного офиса по организации подготовки квалифицированных кадров, разработка методички по профориентации школьников и модернизация портала непрерывного медицинского образования (НМО). Вообще о якобы невероятном значении портала НМО в решении кадровой проблемы отрасли представитель ведомства упоминал так часто, что впору задаться вопросом: а как нашей стране раньше удавалось без этих магических трёх букв готовить прекрасных врачей и иметь лучшую в мире систему охраны здоровья населения?

Ну а есть ли какие-то конкретные, измеримые и реально полезные результаты проекта? Есть. Правда, они вряд ли положительные. Согласно информации Минздрава, на 1 августа 2019 г. принято на работу во все медицинские организации страны 6900 врачей и 9450 специалистов со средним медобразованием. А если учесть, какое число медработников к этому времени вышли на пенсию или оформили инвалидность, умерли или просто сменили род деятельности, то чистый прирост кадров составил всего полторы тысячи врачей и столько же медсестёр. Вдумайтесь: отрасль потеряла с начала года более 5 тыс. врачей и почти 8 тыс. медсестёр, на смену которым пришли всего по 1,5 тыс. тех и других. Кто закроет возникшие вакансии?

Кстати, о вакансиях. Р.Журавлёв подчеркнул, что в 23 регионах количество незанятых рабочих мест, указанное на сайтах местных минздравов и на специальных порталах по поиску работы, в 2 и более раз ниже реальной потребности территории в медицинских кадрах. Замечание абсолютно справедливое.

Далее он указал на отрицательную по сравнению с 2018 г. динамику заявок на целевое обучение в вузах и ординатуре. При том что в нынешнем году Минздрав России распределил высокую квоту целевого приёма – 60% бюджетных мест в вузах и ординатуре отведено именно для целевиков. Почему же хромает система целевой подготовки? Это чиновнику потом популярно объяснили другие участники совещания.

– Ну и, конечно, от субъектов РФ ожидается совершенствование системы оплаты труда медработников. Речь идёт о повышении доли оклада в структуре зарплаты. Это особенно заметно отражается на интересах молодых специалистов, поскольку в первые годы работы они не имеют квалификационных категорий и стимулирующие надбавки у них минимальны, – напомнил заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России.

И это замечание тоже справедливо. Чтобы избежать существенных не только межрегиональных, но и внутрирегиональных различий в размерах заработной платы специалистов одного профиля и квалификации в однотипных учреждениях (а такие различия в границах одной территории могут достигать трёх и более раз!), Минздрав рекомендовал зафиксировать долю оклада в структуре «получки» на уровне не ниже 55-60%. Между тем в настоящее время более чем в половине субъектов РФ доля оклада в зарплате врачей не превышает 40%. Манипуляции, к которым прибегают руководители лечебных учреждений, чтобы выполнить майские указы Президента и создать видимость роста оплаты труда медиков, продолжаются.

Миллион – уже не стимул

Дошла очередь и до программы «Земский доктор», говорить об эффективности которой уже не приходится. Кстати, данные о системном сбое «Земского доктора» на совещании в Думе привёл именно Р.Журавлёв.

Отрицательную динамику программы «Земский доктор» проследить несложно. В 2018 г. в ней приняли участие 3,8 тыс. врачей. В 2019 г. с помощью единовременной выплаты в 1 млн руб. запланировано привлечь на работу 4643 врача, но по состоянию на 1 сентября желание поехать на работу в сёла и малые города проявили лишь 652 специалиста с высшим медицинским образованием. У «Земского фельдшера» дела не лучше, в этой программе тоже провал: в нынешнем году надеялись солидной денежной выплатой привлечь на работу в сельские больницы 1,6 тыс. специалистов со средним медицинским образованием, но пока заявления подали всего 353 человека.

Депутаты Госдумы Б.Менделевич и Т.Соломатина задали тон дискуссии

Тему продолжила депутат Госдумы, член Комитета по охране здоровья Татьяна Соломатина. По её мнению, программа «Земский доктор» требует корректировки.

– В некоторые территории, в частности северные, специалисты не едут даже за миллион рублей. Пора вводить повышающие районные коэффициенты к этой выплате. Что конкретно нам нужно сделать на законодательном уровне, чтобы помочь Минздраву решить эту задачу? – обратилась Т.Соломатина к представителю ведомства. Ответ чиновника был неутешительный: быстрого решения ожидать не стоит.

Кстати, география программы «Земский доктор» сузилась в принципе: её участники соглашаются работать в 30-60-километровой зоне от областного или районного центра, но не дальше. Почему? Потому что жилья нет, льготной ипотеки для врачей нет, да и профессионального роста нет. В ходе совещания были приведены цифры: с начала текущего года из 143 врачей, которые согласились поехать на работу в сельские населённые пункты и получили за это обещанный миллион рублей, 82 уже расторгли контракт. В рабочих посёлках ещё хуже: 15 «земских докторов» прибыли, 12 убежали.

Обучение со скидкой

Ректор Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Дмитрий Сычёв указал на недоработки высшей медицинской школы как одну из причин кадрового голода в здравоохранении.

– Хотелось бы начать с профориентации. Сегодня большое число поступающих в ординатуру плохо ориентировано по поводу тех специальностей, которые востребованы в отрасли. Например, выпускники вузов слабо представляют, чем занимаются радиолог, радиотерапевт, клинический фармаколог. И конечно, «аховая» ситуация с набором в ординатуру по специальностям «гериатрия» и «патологическая анатомия». Необходима системная профориентационная работа на старших курсах вузов, иначе в ординатуру будут поступать случайные люди, которые затем не станут работать по этим специальностям, и существующий кадровый дефицит сохранится, – поясняет Д.Сычёв.

Он также обратил внимание Минздрава России на систему повышения квалификации врачей. А именно на сложившуюся порочную практику, когда такие программы повышения квалификации реализуются не только в государственных учебных заведениях, но и в частных немедицинских образовательных организациях – разного рода ООО.

– Можно ли говорить о качестве подготовки специалистов, когда предлагается со скидкой за 15 тыс. руб. дистанционно в течение 3 месяцев подготовить клинического фармаколога, который потом будет определять лекарственную политику лечебного учреждения? – задал риторический вопрос ректор РМАНПО.

Д.Сычёв высказал надежду, что Минздрав наконец примет меры, и специалисты, прошедшие такое «обучение», не будут допущены к работе.

От количества – к качеству

Начальник Управления контроля реализации госпрограмм в сфере здравоохранения Росздравнадзора Алла Самойлова привела конкретные данные по кадровому обеспечению в ряде регионов страны, чем наглядно подтвердила: повод для тревоги есть, по отдельным профилям пациенты не могут получить не то что качественную медицинскую помощь, а вообще никакую. Из сказанного следует, что план, согласно которому регионы должны «вынь да положь» обеспечить 80%-ную укомплектованность кадрами учреждений первичного звена, пока не выглядит реальным.

Так, в Республике Адыгея дефицит учреждений стоматологического профиля, укомплектованность онкологами составляет всего 64%, а детских онкологов нет вообще.

Та же проблема в Севастополе: занят только 71% штатных должностей онкологов. Из 5 открытых первичных онкокабинетов лишь в одном есть онколог.

В Костромской области открыли 16 первичных онкологических кабинетов. Штатным расписанием предусмотрено 56 врачей, а работают всего 5 сертифицированных онкологов и 7 совместителей. Ну и какая польза населению от этих кабинетов? Хорошая идея оказалась плохо проработана на старте. Это относится не только к Костромской области, а ко всем регионам, которые вынуждены были по команде «сверху» в авральном порядке открывать первичные онкологические кабинеты, не имея возможности обеспечить их специалистами.

В Приморском крае перегружены участковые терапевты: при нормативе 1700 прикреплённого населения на одном участке здесь есть поликлиники, где на врача приходится от 3300 до 4300 пациентов. И таких, работающих с гигантской перегрузкой, участковых терапевтов в Приморье 407.

В Калужской области та же картина: у 181 участкового врача число прикреплённых пациентов превышает норматив, а у «рекордсменов» даже зашкаливает, достигая 7500 человек. Таким же антирекордом отметилась Псковская область, здесь есть участки с численностью прикреплённого населения 7200 человек. А 63 тыс. псковитян вообще не имеют своего участкового врача – их физически нет в поликлиниках.

– Проверка в Оренбургской области показала, что здесь довольно хорошая обеспеченность врачами, неплохая техническая оснащённость учреждений, по некоторым позициям даже выше, чем в среднем по РФ. Однако за последние 3 года выявляемость онкологических заболеваний на I-II стадиях неуклонно снижается, а на III-IV стадиях растёт. В чём проблема? В квалификации врачей. Образовательным организациям нужно провести анализ качества подготовки медицинских кадров и последипломного обучения, – считает А.Самойлова.

Специалист Росздравнадзора обратила внимание аудитории ещё на одну тенденцию нашего времени: нарастающий диспаритет между государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, увы, не в пользу первых. Если в Краснодарском крае соотношение количества частных клиник и государственных – 2 : 1, в Калининградской и Свердловской областях – 3 : 1, в Пермском крае и Воронеже – 4 : 1, то в Москве уже 10 : 1.

– В настоящее время на территории РФ работают 31 087 медицинских организаций государственной формы собственности и 71 287 – негосударственных. При этом первые имеют высокую нагрузку преимущественно по низкодоходным работам и услугам, что приводит к ухудшению экономики учреждения, невозможности его модернизации и

развития. А в негосударственных клиниках концентрируется избирательный перечень «выгодных» работ и услуг, здесь отказываются от предоставления «невыгодных», – подчеркнула А.Самойлова.

Развитие частной медицины как неотъемлемого элемента рыночной экономики в нашей стране стало миной замедленного действия, заложенной под государственную систему здравоохранения. Почему так? Да потому что в России эти две системы, и, соответственно, работающие в них специалисты, находятся в заведомо неравных условиях. Надо ли удивляться тому, что врачи и медсёстры уходят из госучреждений в частные, а для населения снижается доступность бесплатной медицинской помощи, о чём прямо сказала представитель Росздравнадзора?

Очевидно, что не может быть и речи о принудительном сокращении доли частного сектора медицины. Но продумать возможность создания равных конкурентных условий для государственного и негосударственного секторов здравоохранения давно пора. И это как раз задача законодателя.

Услышьте нас

Ну а что думают по поводу кадровой проблемы те, кто ежедневно сталкивается с её проявлением и последствиями? Министр здравоохранения Саратовской области Наталья Мазина с горечью констатировала: медицинское образование, в том числе целевое, обесценилось.

– По итогам 2018 г. всего 25% целевиков пришли в отрасль. Надо повысить ценность целевого направления и ответственность за невыполнение условий договора, если у нас нет системы обязательного распределения выпускников. Аналогично в отношении ординатуры: целевое направление сюда выдавать только после 3 лет отработки по окончании вуза. Деньги, затраченные государством на обучение целевиков, должны окупаться, – предлагает министр.

Ещё одной причиной формирования дефицита врачебных кадров, особенно в первичном звене, по мнению Н.Мазиной, являются утверждённые Минздравом порядки оказания медицинской помощи, а системой ОМС – объёмы её оказания.

– У нас не будет в районах анестезиологов, акушеров, хирургов, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов и других специалистов. Почему? Потому что, согласно порядкам, в районах сегодня практически не принимают роды, хирурги не делают ничего сложнее аппендэктомии и грыжесечения. У нас не будет в сельских больницах кардиологов и неврологов, потому что расчёт штатных единиц этих специалистов ведётся на 20 тыс. населения, – говорит глава регионального министерства.

Замкнутый круг. Мы говорим о необходимости укрепления первичного звена – а сельская медицина к нему относится – и создаём условия, которые этому препятствуют. Об этом же сказал главный врач Переславской ЦРБ Ярославской области Кирилл Харчиков.

– Резкое снижение популярности программы «Земский доктор» связано с недостаточностью материального стимулирования. Кроме того, реформа местного самоуправления идёт вразрез с госпрограммой «Земский доктор»: сельские территории объединяются в городские округа, численность населения формально возрастает, и это не даёт прибывшему в район специалисту участвовать в программе «Земский доктор». Именно так произошло в Переславле-Залесском, где самая отдалённая деревня в 120 км от города теперь – городской округ, – привёл убедительный пример главный врач.

Как же привлечь специалиста для работы в сельской местности? По мнению К.Харчикова, если вопрос об отмене интернатуры решён окончательно, то имеет смысл рассмотреть возможность обучения на втором году ординатуры непосредственно на рабочих местах, причём не только в крупных городских больницах, но и в ЦРБ. Более того, главный врач считает, что было бы целесообразно проводить промежуточную аттестацию ординаторов после первого года обучения с возможностью их самостоятельной врачебной работы в первичном звене.

Что в итоге?

Выслушав всех, заместитель директора Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава России Артём Тарасенко заверил, что в срок до 1 ноября Минздрав России проведёт анализ ситуации по всем обсуждаемым аспектам кадровой проблемы, все поступившие предложения обобщит и представит решение. На это вице-президент Национальной медицинской палаты Сергей Дорофеев заметил, что прежде чем принимать очередное решение и в готовом виде доводить его до тех, кому предстоит это решение исполнять, Министерству здравоохранения неплохо было бы сначала обсудить его с профессиональным сообществом. Его поддержали генеральный секретарь Общества врачей России Эрик Праздников и другие участники встречи.

Директор Института экономики здравоохранения ВШЭ Лариса Попович обратила внимание Минздрава на существенную разницу между статистикой и реальностью.

– Согласно представленной нам сегодня информации, ежегодно министерство выпускает в профессию 35 тыс. аккредитованных специалистов. При этом в отрасль в этом году пришли только 2 тыс. Спрашивается, куда делись 33 тыс. подготовленных врачей? Нехорошо, что министерство не анализирует, куда и почему уходят специалисты из медицины. Это – первое. Второе – если сами врачи называют один размер своей зарплаты, а в официальных отчётах декларируется другая, то как мы можем проанализировать истинную ситуацию с оплатой труда медиков на местах? – заметила Л.Попович.

В комментарии для «МГ» по итогам совещания руководитель Рабочей группы по законодательному сопровождению и мониторингу реализации Национального проекта «Здравоохранение» Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Борис Менделевич высказал сожаление о том, что участники встречи не услышали от Минздрава России о конкретных шагах и мерах, которые предпринимаются или будут предприниматься для улучшения кадровой ситуации.

– Сейчас, исходя из доклада министерства, ответственность лежит лишь на регионах, и именно регионы должны сделать всё для решения проблемы. Нас – депутатский корпус, экспертов отрасли – не устраивает такая позиция. На совещании многие эксперты отметили, что Минздрав во время обсуждения хода реализации Нацпроекта не привлекает тех, кто непосредственно работает на земле, с людьми. В итоге они вынуждены высказывать своё мнение постфактум, хотя должно быть наоборот. Именно подобная выборка позволит создать картину, максимально приближенную к реальности. Потому что никто лучше врачей, руководителей медучреждений не сможет рассказать об основных проблемах в конкретных организациях или в отрасли в целом, – резюмировал депутат.

Подготовила Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новые подходы

Фонд рекомендует выездные бригады

В районы, где не хватает необходимых специалистов для проведения тех или иных исследований для беременных, которые входят в программу ОМС, должны быть организованы выезды необходимых специалистов. Об этом сообщила заместитель председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования Светлана Кравчук во время прямого эфира в рамках рубрики «Минздрав на связи», который прошёл на сайте ФОМС.

Мобильная помощь в глубинке – примета времени

Она отметила, что сегодня в субъектах Российской Федерации работает трёхуровневая система маршрутизации пациентов, в том числе беременных женщин. «Организация выезда необходимых специалистов – это одно из требований Программы государственных гарантий. Действующие тарифы на оплату медицинской помощи за счёт средств обязательного медицинского страхования позволяют организовать такие выезды, – отметила она. Одновременно с этим органы государственной власти субъектов РФ в рамках Национального проекта «Здравоохранение» реализуют мероприятия по укомплектованию медицинским персоналом региональных медицинских организаций.

«Понимая важность решения задачи по повышению рождаемости, мы в программе госгарантий отдельно выделили медпомощь по ЭКО. Помимо этого, начиная с 2018 г. в систему ОМС вошла криоконсервация эмбрионов с последующим переносом в полость матки. Это позволит удешевить возможность повторного ЭКО. Ведь первая попытка может быть неудачной», – отметила С.Кравчук.

Кроме того, расширился перечень медицинских организаций, которые оказывают процедуру ЭКО, существует возможность для частных медицинских организаций оказывать данную услугу за счёт средств ОМС.

Михаил Пушков, член рабочей группы по организации ОМС Всероссийского общества страховщиков, отметил, что «все диагностические мероприятия по программе ОМС, назначенные врачом, для беременных должны быть бесплатными – лечение в стационаре, в дневном стационаре, включая лекарства и расходные материалы. Также бесплатными являются партнёрские роды, о чём наше население пока ещё недостаточно информировано. За личные денежные средства женщины приобретают лекарственные средства для лечения на амбулаторном этапе». В то же время страховщики отмечают, что основная часть дефектов оказания медицинской помощи беременным приходится на невыполнение стандартов и порядков оказания медпомощи – на ненадлежащее, несвоевременное проведение лечебно-диагностических мероприятий, невыполнение контрольных анализов, бактериологических исследований и др.

С.Кравчук подчеркнула, что доступность медицинской помощи – одна из приоритетных задач ФОМС, в том числе доступность высоких технологий для всех граждан. Так, методы высокотехнологической медицинской помощи начали погружаться в систему ОМС с 2014 г. За это время в ОМС вошло 510 методов ВМП. Количество людей, получивших ВМП, за это время выросло с 228 тыс. человек до 1 млн 138 тыс. в 2018 г.

Продолжится рост финансирования на медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями. На дневной и круглосуточный стационар для онкологических больных на этот год запланировано направить более 200 млрд руб. Из них 150 млрд – на химиотерапию. Увеличиваются расходы на внедрение более эффективных методов лучевой терапии и выполнение высокотехнологичных операций онкологическим больным. В этом году на это направление предусмотрено 10,4 млрд руб. на выполнение свыше 78 тыс. госпитализаций. В 2020 г. планируется дополнительно выделить из федерального бюджета 120 млрд на медицинскую помощь больным с онкологическими заболеваниями, в 2021 г. – 140 млрд. То есть делается очень многое, чтобы доступность вышла на другой уровень.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Акции

Питайтесь правильно и будете здоровы

В Историческом сквере Екатеринбурга состоялась акция «Будь здоров – питайся правильно», организованная областным центром медицинской профилактики и Свердловским областным медицинским колледжем при поддержке Ассоциации средних медицинских работников области и регионального Центра охраны здоровья детей и подростков. Всего в акции приняло участие около 3 тыс. человек.

Каждый из них смог измерить вес и рассчитать индекс массы тела (ИМТ), причём для участников с избыточной массой тела были составлены карты питания и даны рекомендации по здоровому образу жизни, питанию и двигательной активности в зависимости от значений ИМТ.

«Всего такой возможностью воспользовались 690 человек, из них 520 получили индивидуальные консультации от наших специалистов. Около 30% имеют избыточную массу тела – им даны индивидуальные советы», – рассказала руководитель регионального Центра охраны здоровья детей и подростков Светлана Татарева.

Участники акции смогли принять участие и в лекциях-беседах «Современные тенденции в питании (вегетарианство, безмолочные, безглютеновые диеты: за и против) и «Профилактика пищевой зависимости». Корзина правильных продуктов».

Садоводы-любители, преимущественно люди «серебряного» возраста, активно участвовали в конкурсе «Уральский огород», а также мини-конкурсе на лучший рецепт блюд, приготовленных из овощей и фруктов Урала. Для них был организован мастер-класс по поделкам из овощей.

Студенты фармацевтического филиала колледжа угощали всех желающих фиточаями, рассказывали о правилах сбора лекарственных растений и правилах заваривания чаёв, знакомили с их видами.

Спасатели свердловского медколледжа провели мастер-класс «Правила спасения утопающего», практикум с демонстрацией работы спасательного катера и оказания первой помощи на берегу, мастер-классы по скандинавской ходьбе.

Кроме того, весь день была открыта зона чек-апов от Министерства здравоохранения области – можно было бесплатно проверить свой организм на все недуги. Консультацию терапевта в мобильном комплексе «Диагностика» получили 58 человек, более 50 проверили зрение. Услугами мобильного маммографа воспользовалось 72 женщины, около 300 человек проверилось на ВИЧ-инфекцию, столько же человек посетило кардиомобиль.

Отметим, что акция состоялась в рамках фестиваля здоровья, современной культуры, экологии и спорта Love Your Health с лекциями, тренировками, медитациями, маркетом здорового питания и консультациями психологов и учёных.

«Для нас любая возможность приблизить медицинскую, а тем более профилактическую помощь к свердловчанам – будь это жители городов или сёл, в рамках разных профилактических акций или таких фестивалей, как этот, – ценна и мы используем её. И, думаю, жители области видят нашу работу, и для них это так же важно, как и для нас», – заявил министр здравоохранения области Андрей Цветков.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Екатеринбург.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 36 (2202)

Гиперпролактинемия

Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения (Клинические рекомендации)

(Окончание. Начало в № 37 от 25.09.2019.)

При наличии асимптоматической лекарственно индуцированной гиперпролактинемии пациенты не нуждаются в проведении специфического лечения (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

У пациентов с гиперпролактинемическим гипогонадизмом, снижением минеральной плотности костной ткани возможно использование препаратов эстрогенов или тестостерона (уровень доказательности 3, класс рекомендаций С).

Лечение гиперпролактинемии опухолевого генеза

Цели лечения:

– нормализация уровня пролактина;

– уменьшение размеров опухоли;

– устранение симптомов гиперпролактинемического гипогонадизма и восстановление фертильности;

– предотвращение рецидива или возобновления роста опухоли.

Пациенты с симптоматической гиперпролактинемией, микро- или макропролактиномами требуют назначения лечения для предотвращения роста опухоли и минимизации последствий.

Методом выбора у пациентов с гиперпролактинемией опухолевого генеза является применение медикаментозного лечения – агонистов дофамина (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

Ряд пациентов с микроаденомами и бессимптомным течением заболевания могут не нуждаться в назначении медикаментозной терапии ввиду маленькой вероятности роста опухоли (уровень доказательности 3, класс рекомендаций С).

Такой подход актуален среди пациенток пременопаузального возраста при условии сохранения менструального цикла и полном отсутствии или 1-й степени галактореи, а также женщин в пери- и постменопаузе, когда повышенный уровень пролактина не способствует развитию гипогонадизма.

Медикаментозная терапия

Приоритет медикаментозного лечения пролактином перед хирургическими методами и лучевой терапией был неоднократно показан на большом количестве исследований. Терапия агонистами дофамина при синдроме гиперпролактинемии является наиболее целесообразной с точки зрения патогенеза заболевания. При использовании агонистов дофамина снижается синтез и секреция пролактина, уменьшаются размеры аденомы.

В настоящее время на территории Российской федерации зарегистрированы следующие агонисты дофамина:

1. Каберголин – эрголиновый селективный агонист D2-дофаминовых рецепторов. Длительный период полувыведения позволяет применять препарат 1-2 раза в неделю. Начальная дозировка составляет 0,25-0,5 мг в неделю с последующим наращиванием дозы до нормализации уровня пролактина. Как правило, средняя доза составляет 1 мг/нед., хотя в случаях резистентных пролактином может составлять 3-4,5 мг/нед.

2. Бромокриптин – эрголиновый агонист дофаминовых рецепторов. Препараты бромокриптина первыми стали применяться для лечения гиперпролактинемии более 30 лет назад. В отличие от каберголина бромокриптин является неселективным агонистом дофаминовых рецепторов в головном мозгу, что определяет большее количество побочных эффектов. Начальная дозировка составляет 0,62-1,25 мг/сут, терапевтический диапазон – в пределах 2,5-7,5 мг/сут.

3. Хинаголид – является неэрголиновым селективным агонистом дофаминовых рецепторов. Начальная доза составляет 25 мкг/сут с постепенным увеличением каждые 3-5 дней на 25 мкг. Среднесуточная доза около 75 мкг, максимальная – 300 мкг.

Побочные явления при терапии агонистами дофамина, как правило, возникают при инициации лечения, вследствие чего начальная доза должна быть низкой, особую значимость также приобретают рекомендации по приёму препарата.

Наиболее распространённые побочные явления при терапии агонистами дофамина:

- со стороны желудочно-кишечного тракта – снижение аппетита, тошнота, рвота, запоры, диспепсия
- со стороны нервной системы – головокружения, головная боль, сонливость, слабость, бессонница
- со стороны сердечно-сосудистой системы – постуральная гипотензия, ортостатический коллапс.

Каберголин является препаратом первой линии как наиболее эффективный в отношении нормализации уровня пролактина и уменьшения размеров опухоли (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

Подход к мониторированию эффективности лечения в большей мере индивидуален у каждого пациента ввиду различия размеров опухоли, скорости её роста и ответа на лечение.

Наблюдение пациентов включает:

1. Периодическое измерение уровня пролактина, первично через 1 месяц после начала лечения для коррекции терапии.

2. МРТ головного мозга через 1 год (или 3 месяца у пациентов с макропролактиномой при повышенном уровне пролактина на фоне приёма антидофаминергических препаратов или при присоединении новой симптоматики (галакторея, расстройство полей зрения, головные боли, гормональные расстройства).

3. Консультация офтальмолога у пациентов с макропролактиномами при риске повреждения зрительного перекрёста.

4. Диагностика сопутствующих заболеваний: вторичного остеопороза, галактореи на фоне нормализации уровня пролактина, нарушения секреции других гормонов гипофиза.

Вероятность радикальности медикаментозной терапии повышается у пациентов с идиопатической гиперпролактинемией или при наличии микроаденомы гипофиза, которые получали терапию агонистами дофамина непрерывно не менее 2 лет.

Снижение дозы применяемого препарата или его отмена рекомендуются не ранее чем через 2 года непрерывного лечения при условии длительной нормализации уровня пролактина и значительного уменьшения опухоли или отсутствия таковой по данным МРТ головного мозга (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

Несмотря на возможность отмены терапии при положительной динамике, к данному вопросу необходимо подходить индивидуально. Нежелательно отменять агонисты дофамина при пролактиномах, граничащих со зрительным перекрёстом или кавернозным синусом. Основные критерии для отмены медикаментозной терапии:

- Продолжительность лечения более 2 лет
- Нормализация уровня пролактина
- Отсутствие аденомы по данным МРТ
- Значительное уменьшение размеров опухоли:

– более 50% от исходного размера;

– уменьшение размера макроаденомы менее 10 мм

- Беременность
- Постменопауза
- Возможность дальнейшего медицинского наблюдения.

После отмены агонистов дофамина динамический контроль уровня пролактина проводится 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, далее ежегодно в течение как минимум 5 лет, МРТ головного мозга показана при наличии признаков роста опухоли. Риск рецидива наиболее вероятен в течение первого года после отмены терапии и варьирует в зависимости от исходного размера опухоли, уровня пролактина и длительности лечения. В случаях рецидива гиперпролактинемии, увеличении размеров опухоли дальнейшее ведение пациента осуществляется по стандартной схеме.

Пролактиномы, резистентные к агонистам дофамина

Резистентность опухоли к лечению наблюдается при сохранении повышенного уровня биоактивного пролактина на фоне максимально переносимых доз агонистов дофамина и отсутствии уменьшения опухоли менее чем на 50% от исходного размера. Полная резистентность проявляется отсутствием какого-либо значимого эффекта от назначения агонистов дофамина, частичная наблюдается при снижении секреции пролактина без нормализации его уровня. Как правило, резистентные опухоли чаще встречаются у мужчин.

У пациентов с резистентными или частично резистентными пролактиномами перед рассмотрением вопроса о хирургическом вмешательстве рекомендуется увеличение доз агонистов дофамина до максимально переносимых (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

При непереносимости бромокриптина рекомендуется его замена на каберголин или другой агонист дофамина (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

Хирургическое лечение рекомендуется при неэффективности консервативной терапии. В случаях возобновления гиперпролактинемии после операции необходимо рассмотреть вопрос о проведении лучевой терапии.

Вопрос о поражении клапанного аппарата сердца при применении агонистов дофамина всё ещё остаётся актуальным. Опубликовано значительное количество исследований, доказывающих безопасность применения стандартных доз каберголина.

Выполнение эхокардиографии целесообразно среди пациентов, получающих высокие начальные дозы агонистов дофамина (более 2 мг/нед.) или стандартные дозы при длительности терапии более 5 лет (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В).

Хирургическое лечение

Оперативное лечение требуется небольшому проценту пациентов и не является методом выбора лечения пролактином. Проведение транссфеноидальной операции рекомендуется пациентам с непереносимостью высоких доз каберголина и резистентностью к другим препаратам данной группы (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

Детализированные показания к хирургическому лечению:

- увеличение размеров опухоли несмотря на оптимальную схему лечения
- апоплексия гипофиза
- непереносимость медикаментозной терапии
- макропролактинома, резистентная к лечению агонистами дофамина
- микроаденома, резистентная к лечению агонистами дофамина, у пациенток, планирующих беременность
- компрессия зрительного перекрёста, сохраняющаяся на фоне медикаментозного лечения
- пролактинома с кистозным компонентом, резистентная к лечению
- ликворея на фоне приёма агонистов дофамина
- макроаденома у пациентов с психическими заболеваниями при наличии противопоказаний к назначению агонистов дофамина.

Выполнение транссфеноидальных аденомэктомий рекомендуется только в специализированных лечебных учреждениях с высококвалифицированным хирургическим персоналом. Рецидив после хирургического лечения реже встречается при микроаденомах, при макропролактиномах достигает 80%. Продолжительность безрецидивного периода индивидуальна, в большинстве случаев достигает 3 лет. После проведения аденомэктомии необходимо динамическое наблюдение за уровнем пролактина не менее 1 раза каждые 3 месяца в течение 1 года, далее ежегодно в течение как минимум 5 лет.

Лечение злокачественных пролактином

Злокачественная пролактинома характеризуется метастатическим распространением в центральной нервной системе и за её пределами, встречается довольно редко, всего в литературе описано около 50 случаев. На текущий момент нет достоверных патологических маркёров, дающих возможность оценить злокачественный потенциал опухоли, однако об агрессивности объёмного образования могут свидетельствовать такие факторы, как наличие множественных митозов, ядерной атипии, положительная реакция на иммуномаркёры p53, Ki-67. Смертность пациентов с пролактокарциномами после выявления метастазов составляет более 40% в течение первого года. В большинстве случаев такие пациенты проходят все методы лечения без соответствующего улучшения. Химиотерапия, включая такие препараты, как прокарбазин, винкристин, цисплатин и этопозид, малоэффективна. Описаны несколько случаев положительных эффектов применения темозоломида. Показано, что данный препарат снижает уровень пролактина и замедляет рост опухоли, не экспрессирующих метилгуанин-ДНК метилтрансферазу.

Темозоломид является препаратом выбора для лечения пролактокарцином (уровень доказательности 3, класс рекомендаций С).

Лучевая терапия

Лучевая терапия, как и хирургическое лечение, не является методом выбора лечения гиперпролактинемии опухолевого генеза.

К лучевой терапии следует прибегнуть в случаях необходимости воздействия на остаточную ткань опухоли при невозможности проведения радикальной операции, в случаях непереносимости или резистентности к лечению агонистами дофамина, при агрессивных пролактиномах или карциномах (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

Ряд авторов указывают на целесообразность временной отмены агонистов дофамина перед проведением лучевой терапии для улучшения результатов, однако эти данные не имеют научных доказательств.

Пролактинома и беременность

Планирование беременности

После назначения терапии агонистами дофамина пациенткам репродуктивного возраста целесообразно рекомендовать использовать барьерные средства контрацепции, так как в случае чувствительности опухоли к действию препаратов восстановление овуляции и фертильности происходит в скором времени после нормализации уровня пролактина. Среди пациенток пременопаузального периода с микропролактиномами и явлениями гипогонадизма, не планирующих беременность, возможно применение пероральных контрацептивов с целью предотвращения развития вторичного остеопороза. Однако в ряде исследований было показано, что данная терапия может приводить к увеличению размеров опухоли.

Наиболее благоприятным фоном для зачатия является полная нормализация уровня пролактина и уменьшение размеров опухоли менее 10 мм (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В).

Пациенткам с микро- или макроаденомами, резистентными к лечению агонистами дофамина, или в случаях непереносимости медикаментозной терапии целесообразно рассмотреть вопрос о проведении хирургического лечения (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

Безусловно, в таких случаях, учитывая вероятность развития послеоперационного гипопитуитаризма, необходимо тщательно оценить риск и потенциальную пользу оперативного вмешательства. Рост макропролактином во время беременности наблюдается в 31% случаев, при этом после прегестационного проведения операции или лучевого лечения данный показатель снижается до 2,8-4,3%, что сопоставимо с риском для микропролактином.

При подтверждении факта наступления беременности терапию агонистами следует отменить (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

У пациенток с макропролактиномами, забеременевших на фоне приёма агонистов дофамина, возможно дальнейшее применение медикаментозной терапии, особенно при близком расположении опухоли к хиазме или кавернозным синусам (уровень доказательности 3, класс рекомендаций С).

Большое число исследований, посвящённых безопасности применения агонистов дофамина во время беременности, посвящено бромокриптину. При наблюдении более 6 тыс. случаев не было отмечено увеличения частоты врождённых пороков развития или самопроизвольных выкидышей. В меньшей степени, но также в значимом количестве работ подтверждена безопасность каберголина. Хинаголид имеет низкий уровень безопасности, и его не следует назначать женщинам, планирующим беременность.

Ведение пациенток с пролактиномами во время беременности

У беременных женщин уровень пролактина начинает возрастать с первого триместра и сопровождается гиперплазией и гипертрофией лактотрофов. Таким образом, повышение уровня пролактина после отмены агонистов дофамина в начале беременности и далее объективно не отражает изменения размеров опухоли или её активности. Кроме того, у некоторых пациенток с пролактиномами возможно даже снижение уровня пролактина во время беременности.

Измерение уровня пролактина у беременных женщин с пролактиномами в период гестации проводить нецелесообразно (уровень доказательности 1, класс рекомендаций А).

С целью динамического контроля беременным женщинам с пролактиномами показано наблюдение акушера-гинеколога, эндокринолога и офтальмолога.

Пациенткам с микроаденомами показано клиническое обследование, включающее в себя сбор жалоб и осмотр 1 раз в триместр. Для женщин с макроаденомами консультации должны проводиться не реже 1 раза в месяц с обязательным осмотром офтальмолога и периметрией 1 раз в 2-3 месяца.

Рутинное проведение МРТ турецкого седла беременным пациенткам с микроаденомами или макроаденомами без клинических данных, свидетельствующих о росте опухоли, нецелесообразно (уровень доказательности 2, класс рекомендаций А).

При подозрении на рост объёмного образования рекомендовано проведение МРТ головного мозга без контрастирования (уровень доказательности 2, класс рекомендаций А).

При выявлении роста опухоли или прогрессировании симптоматики необходимо возобновить терапию агонистами дофамина (бромокриптин, каберголин) во время беременности (уровень доказательности 2, класс рекомендаций В).

В случае роста опухоли во время гестации оперативное лечение также может служить альтернативой медикаментозному.

Проведение транссфеноидальной аденомэктомии при отсутствии ответа на медикаментозное лечение и прогрессивном снижении зрения целесообразно во втором триместре беременности (уровень доказательности 2, класс рекомендаций А).

Ведение пациенток с пролактиномами после родоразрешения

В литературе отсутствуют данные, указывающие на прогрессирование аденом во время грудного вскармливания. Комплексное клинико-рентгенологическое обследование пациенток с гиперпролактинемией после родов и периода лактации не выявило отрицательной динамики заболевания.

У пациенток с гиперпролактинемией целесообразно ограничить период кормления до 6-12 месяцев, а в некоторых случаях отказаться от него (уровень доказательности 3, класс рекомендаций В).

В ряде случаев после беременности наблюдается спонтанная ремиссия заболевания, в возобновлении лечения такие пациентки не нуждаются, однако дальнейшее наблюдение следует проводить в течение как минимум 5 лет.

Ведение пациенток с пролактиномами в постменопаузе.

Ведение пациенток с макропролактиномами в постменопаузе не отличается от такового в остальных возрастных группах.

У пациенток с микропролактиномами возможна отмена терапии с дальнейшим динамическим контролем в течение 5 лет (уровень доказательности 3, класс рекомендаций С).

Под редакцией академиков РАН Галины МЕЛЬНИЧЕНКО и Ивана ДЕДОВА.

Оказание скорой медицинской помощи при общем охлаждении

Клинические рекомендации (протоколы)

ОПРЕДЕЛЕНИЕ: Общее охлаждение – состояние организма в результате длительного нахождения в условиях низких температур, сопровождающееся снижением температуры в прямой кишке ниже 35^{0}С.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
Т68	Гипотермия

КЛАССИФИКАЦИЯ

1) в зависимости от центральной температуры тела:

I степень (лёгкая) – 35–32,2^{0}С (адинамическая стадия);

II степень (средняя) – 32,2–29^{0}С (ступорозная стадия);

III степень (тяжёлая) – ниже 29^{0}С (судорожная или коматозная стадия).

2) в зависимости от фазы:

– фаза компенсации;

– фаза декомпенсации.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

ДИАГНОСТИКА

Постановка диагноза основана на клинической картине и измерении центральной температуры.

I степень (лёгкая) – 35-32,2^{0}С (адинамическая стадия): сознание чаще сохранено, больные сонливы, адинамичны, жалуются на слабость, усталость, озноб, головокружение, иногда на головную боль. Речь скандированная.

II степень (средняя) – 32,2-29^{0}С (ступорозная стадия): на первый план выступает резкая сонливость, угнетение сознания, пульс 30-50 уд./мин, слабого наполнения, АД 80-90/40-50 мм рт.ст. Дыхание 10-12 в минуту, поверхностное.

III степень (тяжёлая) – ниже 29^{0}С (судорожная или коматозная стадия): сознание отсутствует, кожные покровы бледны, синюшны, холодны на ощупь. Мышцы напряжены, резко выражен тризм. Иногда прикушен язык, верхние конечности согнуты, нижние – полусогнуты, попытки их выпрямить встречают сопротивление. В тяжёлых случаях напряжены мышцы брюшного пресса. Яички подтянуты, мошонка сокращена. Дыхание поверхностное, неритмичное, пульс прощупывается с трудом, редкий, аритмичный. Зрачки сужены, реакция на свет вялая. Непроизвольное мочеиспускание. Описанная клиническая картина всё же не предрешает смертельного исхода в силу высокой потенциальной обратимости замерзания.

Показания к доставке в стационар:

Доставке в стационар подлежат все пациенты с признаками общего охлаждения.

ЛЕЧЕНИЕ

На догоспитальном этапе лечение пострадавших с общим охлаждением заключается в поддержании жизненно важных функций. При необходимости – сердечно-лёгочная реанимация. Показана катетеризация центральной, при невозможности – периферической вены с коррекцией уровня гипогликемии 40%-ным раствором глюкозы, внутривенным введением тёплых растворов (5%-ный раствор глюкозы) (С,2+). Сердечные и дыхательные аналептики не вводить! При транспортировке – обязательное согревание больного для предотвращения дальнейшего его охлаждения. С целью сокращения времени транспортировки пациенты доставляются в ближайший к месту происшествия стационар, имеющий отделение реанимации и возможность оказания медицинской помощи при коме неясной этиологии.

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

Первичная оценка тяжести пострадавших с холодовой травмой осуществляется ответственным врачом СтОСМП. По результатам **незамедлительной госпитализации в блок критических состояний подлежат:**

– пациенты с общим охлаждением (II и III стадии);

– пациенты в случае развития состояний, требующих проведения интенсивной терапии.

Дальнейший лечебно-диагностический процесс осуществляется в соответствующем подразделении.

Лечебно-диагностический процесс в отношении пострадавших с лёгкой степенью общего охлаждения осуществляется в условиях СтОСМП. Куратор – профильный врач-специалист.

ДИАГНОСТИКА

1. Сбор анамнеза:
– этиологический фактор;
– экспозиция;
– содержание первой помощи;
– оценка значимости сопутствующей патологии.
2. Физикальное обследование:
– измерение центральной температуры;
– общетерапевтическое физикальное обследование.
3. Лабораторная диагностика:
– клинический анализ крови;
– биохимический анализ крови;
– общий анализ мочи;
– кровь на этанол;
– кровь на HBsAg, HIV, HCV, RW;
– коагулограмма, МНО по показаниям;
– определение группы крови, резус-принадлежности по показаниям.
4. Инструментальная диагностика:
– ЭКГ;
– фиброгастродуоденоскопия по показаниям;
– рентгенографическое исследование по показаниям;
– ультразвуковое исследование по показаниям.
5. Консультации специалистов по показаниям.

Лечение на госпитальном этапе скорой медицинской помощи пострадавших с лёгкой степенью общего охлаждения заключается в продолжении согревания пациента, коррекции уровня гипогликемии 40%-ным раствором глюкозы, внутривенном введении тёплых растворов (5%-ного раствора глюкозы) (С,2+) с обязательным мониторингом состояния пострадавшего вплоть до нормализации температуры тела.

Госпитализация пациентов с общим охлаждением лёгкой степени производится в отделение краткосрочного пребывания, при его отсутствии в структуре стационара – в ожоговое либо хирургическое отделение.

Приложение

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

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

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

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

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

Константин КРЫЛОВ, Павел КРЫЛОВ, Ольга ОРЛОВА, сотрудники отдела термических поражений Санкт-Петербургского НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Ирина ШЛЫК, заместитель главного врача по анестезиологии и реанимации Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

Более полутысячи российских и зарубежных специалистов в области офтальмологии, среди которых признанные лидеры отрасли, собрались в одном конференц-зале – в нашей стране такое увидишь не часто и не везде. В этом году традиционный, уже седьмой по счёту Всероссийский конгресс с международным участием «Байкальские офтальмологические чтения» собрал рекордное число участников – 520 человек из 12 стран мира, включая Германию, Францию, Италию и США.

Форум, задуманный и организованный Иркутским филиалом Национального медицинского исследовательского центра «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова», давно стал местом притяжения учёных, клиницистов и менеджеров здравоохранения. Здесь создана эффективная и комфортная площадка для обмена опытом, демонстрации достижений и анализа неудач, для дискуссий по научным вопросам и новым медицинским технологиям. Феномен «байкальского притяжения» сложно объяснить словами, но нетрудно почувствовать сердцем.

Деловые встречи

Притяжение Байкала

Зачем офтальмологи разных стран собрались в Восточной Сибири?

У каждого свой Эверест

Открывая конгресс и обращаясь к коллективу-юбиляру, **министр здравоохранения Иркутской области Олег Ярошенко** очень точно сказал, что Святослав Фёдоров был человеком, который обладал уникальной интуицией и смог опередить эпоху: в сложные для страны 1990-е годы он создал уникальное медицинское учреждение, не имевшее аналогов тогда и не имеющее их сегодня.

– Десятки миллионов человек пролечены в учреждениях комплекса «Микрохирургия глаза» за три десятилетия. Сплав специалистов высочайшего уровня, уникальных технологий и новейшего оборудования – вот что такое МНТК сегодня, и я с гордостью могу сказать, что наш, Иркутский филиал, входит в тройку лучших региональных подразделений МНТК, – подчеркнул министр.

Кстати, создатель «планеты МНТК» академик С.Фёдоров говорил, что вся его жизнь – это восхождение на Эверест, сопровождающееся неизбежными падениями и травмами. Но когда твоя цель – Эверест, стоит жить. Все 30 лет система МНТК существует сообразно данному принципу своего «отца-основателя», она постоянно на пути к самой высокой цели. При этом у каждого филиала есть свой Эверест и своё лицо – специализация.

– Иркутский филиал ассоциируется с понятием «эстетика» во всём: в науке, в лечебной работе, в атмосфере, которая создана в коллективе, в оформлении самого учреждения. Это единственный филиал МНТК, который был открыт в день рождения Святослава Фёдорова, что, безусловно, налагает особые обязательства и требует абсолютной безупречности в работе. С данной задачей коллектив иркутской клиники МНТК прекрасно справляется, – подчеркнул **генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра профессор Александр Чухраёв.**

Эти слова были сказаны по важному поводу: в нынешнем году проведение традиционных «Байкальских офтальмологических чтений» совпало с 30-летним юбилеем Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова.

Иркутская офтальмология – выражение ни в коей мере не оценочное, а сугубо географическое, поскольку в реальности уровень научных исследований и клинической деятельности коллектива этого учреждения давно преодолел не только региональную, но и национальную планку. Технологии, которые разработаны в Иркутске, пользуются большим уважением профессионального сообщества как в России, так и за рубежом, подтверждение этому – высокие оценки и награды на крупнейших международных конгрессах, в Европейском обществе катаральных и рефракционных хирургов, Американской академии офтальмологов.

Острота зрения как фактор демографии

Торжественность открытия достаточно быстро сменилась деловым тоном рабочей части конгресса. Поскольку основная задача «Байкальских офтальмологических чтений» научно-образовательная, в этом, юбилейном для системы МНТК году, отступать от правил не стали.

«География» участников конгресса – весь мир

Офтальмология редко рассматривается организаторами здравоохранения как приоритетное направление развития медицинской отрасли, потому что она, как считается, не влияет на показатели смертности и рождаемости. На это обратил внимание коллег **заместитель генерального директора МНТК доктор медицинских наук Борис Малюгин.** На самом деле, по его мнению, недооценивать вклад патологии органа зрения в демографическую ситуацию было бы неверным.

– Не так давно опубликованы данные статистики, которые указывают на очевидную причинно-следственную связь автомобильных аварий с участием пожилых людей, а также тяжёлых переломов шейки бедра у данной категории пациентов с нарушением их зрительных функций. Поэтому необходимо учитывать влияние зрения на качество и продолжительность жизни отдельного человека, а также значение патологии органа зрения в демографических показателях популяции в целом, – убеждён профессор.

Масштабность задач, стоящих перед мировой офтальмологией, ярко иллюстрируют цифры, приведённые в докладе **заместителя директора по научной работе НИИ глазных болезней доктора медицинских наук Марии Будзинской (Москва):**

– В связи с ростом продолжительности жизни и увеличением в популяции доли людей старшего возраста потребность в помощи офтальмологов будет только расти. Уже сегодня в мире число людей с пресбиопией превышает миллиард. Ещё 285 млн человек имеют разные нарушения зрения, у 344 млн – синдром сухого глаза, 60 млн страдают глаукомой, более 30 млн человек – возрастной макулярной дегенерацией. И если с катарактой мы уже научились бороться, а синдром сухого глаза не приводит к стойкой слепоте, то глаукома и возрастная макулярная дегенарция в терминальных стадиях приводят к стойкой утрате зрения и инвалидизации пациента. Эти вопросы пока остаются не до конца решёнными и требуют научных и технологических инноваций.

Таким образом, конгресс в Иркутске призван был дать офтальмологам свежие знания о технологиях диагностики и лечения, а также стимул к очередным научным исследованиям, а организаторам здравоохранения – новый взгляд на роль данного раздела медицины в реализации национальных медицинских программ, которые, на первый взгляд, никак не связаны с глазными болезнями. Но только на первый.

Из прошлого – в будущее офтальмологии

Научная программа конгресса была составлена таким образом, чтобы показать клинические наработки и новые научные идеи и российских, и зарубежных специалистов по самым проблемным и, напротив, самым прорывным разделам офтальмологии.

Так, в своём сообщении **директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Андрей Щуко** проследил историю развития лазерной хирургии в Приангарье за 30 лет и показал её неоспоримые преимущества. В Иркутске отдел лазерной хирургии был создан в 1990 г., а уже через 6 лет он стал межтерриториальным, и сюда начали приезжать пациенты из разных территорий Западной и Восточной Сибири. К сегодняшнему дню почти 30% всех операций в Иркутском филиале МНТК выполняются с использованием лазерных технологий. Кроме того, филиал является методологическим и обучающим центром лазерной хирургии, здесь проходят подготовку специалисты из регионов от Владивостока до Санкт-Петербурга.

– Кроме стандартных глазных операций в Иркутском филиале применяются разработанные здесь оригинальные методики. В их числе – удаление инородного тела роговицы с помощью ИАГ-лазера, а также активная тактика лазерной коагуляции инфильтратов и язв при лечении тяжёлых воспалительных заболеваний роговицы. Эти заболевания всегда тяжело и долго протекают, трудно поддаются коррекции. Мы показали, что сочетание метода инфракрасной термотерапии роговицы с консервативным лечением даёт очень хорошие результаты, – говорит А.Щуко.

С 1993 г. здесь начали применять методику лечения амблиопии путём лазерной стимуляции сетчатки и сенсорных механизмов передачи зрительного импульса в центральные отделы зрительной системы. Эффективность подхода высока как у детей, так и у взрослых. Кроме этого иркутский филиал остаётся единственным в России офтальмологическим центром, который интенсивно работает с так называемыми редкими формами глаукомы. Одна из них – пигментная глаукома.

– Известно, что предвестником данной формы глаукомы является синдром пигментной дисперсии. Мы применяем при этом синдроме метод лазерной иридэктомии как способ профилактики пигментной глаукомы. Речь идёт о социально значимой проблеме, так как заболевание поражает людей молодого возраста, которые никаких жалоб могут не предъявлять. Но, если вовремя не выявить синдром пигментной дисперсии и не выполнить небольшую по объёму, но такую важную операцию лазерной иридэктомии, то через 10-15 лет у человека неизбежно возникает пигментная глаукома, а это угрожает полной потерей зрения, – подчеркнул А.Щуко.

Как показывает иркутский опыт, лазерная иридэктомия прекрасно зарекомендовала себя также в лечении пациентов с мелкой передней камерой глаза как метод профилактики развития закрытоугольной глаукомы.

Также в Иркутском филиале была разработана методика транспупиллярной термотерапии диска зрительного нерва при острых и хронических сосудистых нарушениях глазного дна. Этот метод был запатентован и утвержден в качестве клинической технологии лечения и применяется в разных офтальмологических клиниках страны.

Разумеется, за полвека сменилось не одно поколение лазерных технологий и приборов. В 2018 г. на вооружении иркутских специалистов появилась хирургическая установка, основанная на использовании навигационной лазерной технологии. Преимущества данного метода – высокая точность позиционирования луча и длительности воздействия, безопасность и, что немаловажно, хорошая переносимость лечения пациентом, практически полное отсутствие болевых ощущений.

– Не знаю, как за рубежом, но у нас в стране периодически начинаются споры о том, нужно ли разрабатывать и приобретать всё более сложное оборудование для лазерной хирургии, если и предыдущие модификации хирургических лазеров справлялись с задачами? Мы с этим не согласны. В нашей клинике провели исследование и выяснили, как меняется шкала ощущений пациента в зависимости от того, каким оборудованием и инструментом пользуется офтальмохирург. Оказалось, что хотя функциональный эффект навигационной лазерной системы сравним с предыдущими лазерными системами, фактор боли минимизирован. Уверен, именно комфортность лечения для пациента должна ставиться во главу угла при разработке и применении медицинских технологий, – считает А.Щуко.

Итогом 30-летнего опыта работы Иркутского филиала МНТК в данном разделе офтальмологии стало издание атласа «Лазерная хирургия сетчатки», презентация которого состоялась здесь же, в рамках конгресса.

Восстановить роговицу по клеткам

В рамках секции «Проблемы оптико-реконструктивной и рефракционной хирургии» **Борис Малюгин** представил современные стратегии хирургической реабилитации пациентов с эндотелиальными дистрофиями роговицы и поделился своими размышлениями по поводу перспективных направлений развития кератопластики.

Со времён, когда в 1905 г. австрийский профессор Эдуард Зирм показал, что приживление пересаженной человеческой роговицы с сохранением её прозрачности возможно, эта операция продолжает привлекать много внимания и завораживает своими клиническими успехами. Однако, как теперь оказалось, не всё так безоблачно.

– Мы всегда считали роговицу иммунопривилегированной тканью, и именно это её свойство в сравнении с другими пересаженными органами и тканями должно обеспечивать неплохой результат в долгосрочной перспективе. Но, по данным свежих зарубежных исследований, этот долгосрочный результат на самом деле не превышает отдалённые результаты трансплантации почки, а порой даже ниже, чем при пересадке печени. Согласно сведениям американского регистра, в рейтинге выживаемости пациентов после трансплантации солидных органов сквозная кератопластика сопоставима с пересадкой лёгких – лишь 30% успеха. Именно поэтому приветствуется селективный подход к кератопластике, который позволяет уменьшить объём пересаживаемой ткани и убрать только тот участок собственной ткани пациента, который вовлечён в патологический процесс, – акцентировал профессор Малюгин.

Так, в МНТК, как и в других ведущих мировых клиниках, в настоящее время при патологии эндотелия роговицы применяется технология эндотелиальной кератопластики. Однако если в США количество трансплантаций эндотелия постоянно увеличивается и уже превысило 50% от общего количества операций пересадки роговицы (48,7 тыс. в год), то в нашей стране цифры более грустные: мы пересаживаем чуть больше 4 тыс. роговиц в год, что ставит перед российской офтальмологией задачу увеличить количество таких операций по меньшей мере в 4-5 раз. Соответственно, в их структуре вырастет и доля эндотелиальных кератопластик.

Говоря о дальнейших перспективах рефракционной хирургии, Борис Малюгин подчеркнул возрастающую роль клеточных технологий. Уже появились публикации о том, что инъекция культивированных эндотелиальных клеток роговицы в переднюю камеру глаза у пациентов с недостаточностью эндотелия позволяет избежать ке-

А.Чухраёв с молодыми докторами

ратопластики вовсе и при этом восстановить прозрачность роговицы.

В продолжение темы «Оптико-реконструктивная и рефракционная хирургия»: именно Иркутский филиал МНТК является пионером в России по применению методики SMILE, когда рефракционная операция по коррекции близорукости и астигматизма выполняется при помощи фемтосекундного лазера.

Заведующая рефракционным отделением Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» кандидат медицинских наук Олеся Писаревская презентовала новые модификации операции SMILE, авторами которых являются она и её коллеги. Фемтосекундная хирургия роговицы – тренд последнего десятилетия, она стала новым этапом развития рефракционной хирургии. И хотя в мире выполнено уже более 2 млн операций «Улыбка», в том числе в России свыше 80 тыс., мнения врачей до сих пор остаются неоднозначными. В Иркутском филиале МНТК сформировалась чёткая позиция, согласно которой фемтосекундная хирургия является операцией выбора в коррекции миопии.

– В нашей клинике большинство фемтосекундных операций выполняется именно по технологии SMILE, причём разработанные модификации индивидуального расчёта предстоящей коррекции сложного миопического астигматизма, миопии слабой и высокой степени, а также способов коррекции остаточной аметропии позволили нам получить планируемую рефракцию в 86% случаев. Выполнено более 2300 операций по данной технологии, дополнительная коррекция остаточной миопии не потребовалась ни в одном случае, – сообщила О.Писаревская.

Как распутать «сосудистый клубок»?

Диагностика и лечение заболеваний сетчатки – ещё один раздел, в котором происходят значительные технологические подвижки. Сегодня золотым стандартом диагностики патологии сетчатки считается оптическая когерентная томография (ОКТ). Кстати, первый в России и третий в мире оптический когерентный томограф появился в 1998 г. именно в Иркутском филиале МНТК «Микрохирургия глаза». На сегодняшний день этот метод настолько усовершенствован, что можно не только увидеть сетчатку и глазное дно, но и рассмотреть все сосуды, вплоть до самых мелких капилляров, от изменения которых начинается большинство заболеваний органа зрения. Попытки справиться с патологическими изменениями сосудистого рисунка сетчатки могут быть успешными, а могут не давать никаких результатов. Ответу именно на этот вопрос – когда прекратить лечение неоваскуляризации в реальной жизни – посвятил свой доклад на конгрессе выдающий офтальмолог **профессор Бруно Лумброзо (Италия).**

В этом же разделе выступила ещё одна именитая гостья форума – **профессор Института офтальмологии и биомедицинской инженерии Орегонского университета здравоохранения и науки Яли Цзя (США),** одна из разработчиков системы ОКТ-ангиографии. Она рассказала о последних научных разработках по совершенствованию метода ОКТ, которые в ближайшее время будут внедрены в клиническую практику. В рамках конгресса «Байкальские чтения» был заключён договор о сотрудничестве между лабораторией Яли Цзя и Иркутским филиалом МНТК.

По оценке **заместителя директора Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» по научной работе, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Юрьевой,** это одно из важнейших событий конгресса. Сибирские офтальмологи, по сути, становятся заказчиками для американских технологов и программистов, они формулируют задачи, решение которых позволит добиваться ещё более высоких результатов при применении технологии ОКТ в диагностике заболеваний глаз. Апробация модифицированной технологии будет проводиться на базе Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза», и затем, если будут получены ожидаемые результаты, она станет достоянием всей мировой офтальмологии.

Следует отметить, что иркутские специалисты весьма преуспели в области диагностики и лечения заболеваний сетчатки, их работы широко известны в России и за рубежом. На конгрессе «Байкальские офтальмологические чтения» **заведующая диагностическим отделением Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» кандидат медицинских наук Светлана Жукова** представила атлас «ОКТ и ОКТА: случаи клинической практики». Ещё одним важным событием конгресса стала презентация атласа по ОКТ и ОКТ-ангиографии, составленного специалистами Иркутского филиала МНТК. Уникальность этого издания в том, что оно имеет интерактивное сопровождение, это учебник с дополненной реальностью: наводишь смартфон или монитор планшета на QR-код и можешь посмотреть видеоизображение, то есть виртуально оказаться за пультом управления томографом. В декабре этот атлас будет представлен в Риме на очередном международном конгрессе по ОКТ-А.

Омолодить глаза: такое возможно?

Коль скоро явление пресбиопии не минует никого из людей, включая самих офтальмологов, доклады и дискуссия в рамках данной секции были наиболее эмоциональными. Задача эффективно избавить людей старшего возраста, страдающих дальнозоркостью, от необходимости ношения очков стоит перед учёными на первом месте.

Можно ли, приступая к хирургическому лечению катаракты, одновременно скорригировать и возрастную пресбиопию? Можно, хотя и не без труда. **Профессор офтальмологии Магда Рау (Германия)** рассказала о своём опыте применения технологии «смешивай и совмещай» и необходимости строгого индивидуального подхода при интраокулярной хирургической коррекции возрастных нарушений аккомодации.

– Накопленный к сегодняшнему времени опыт говорит о том, что оптимальной коррекцией афакии мультифокальными интраокулярными линзами (ИОЛ) является двусторонняя имплантация. Возможны симметричная и асимметричная имплантация. При симметричной постановке линз на оба глаза имплантируются мультифокальные ИОЛ одной расчётной оптической силы, при системе моновижн – использование ИОЛ разной силы. При выборе линз мы уделяем большое внимание исходной и ожидаемой остроте зрения пациентов. Одним людям нужно читать sms-сообщения с телефонов, сидеть у экранов компьютеров, другим, напротив, хочется лучше видеть вдаль. Прежде всего мы узнаём профессию и род занятий пациента, работает он в офисе или на улице, водит ли машину и с какой интенсивностью, занимается ли спортом, много ли проводит времени за чтением книг и газет – здесь изначально важно избежать непонимания потребностей пациента. Современный арсенал расходных материалов в офтальмохирургии позволяет использовать мультифокальные линзы с размером шага одна сотая диоптрии и даже линзы, изготовленные индивидуально для каждого пациента, – подчеркнула профессор Рау.

К настоящему времени разработано и апробировано большое количество искусственных хрусталиков глаза, предназначенных для решения проблемы возрастных нарушений зрения. Они повторяют функции так называемых прогрессивных очков, у которых половина линзы предназначена для коррекции зрения вдаль, вторая – для коррекции зрения вблизи. Только в данном случае мультифокальная ИОЛ имплантируется внутрь глаза и, казалось бы, наступает свобода от очков. Но не тут-то было.

Это очень сложная оптика, она не физиологична, и часть людей не могут к ней привыкнуть. Возникает проблема: что делать с тем несчастливым пациентом, у которого после имплантации такой линзы объективно регистрируется 100-процентная острота зрения, но субъективно он недоволен качеством зрения?

Специалист из Германии призналась, что в ряде случаев встаёт вопрос об эксплантации интраокулярных линз. Пациент готов вновь надеть очки, но только не испытывать послеоперационный зрительный дискомфорт. Специалисты из Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» предлагают иной подход – научить пациента пользоваться своими «новыми глазами». В этой клинике уже на протяжении 15 лет используется разработка российских физиологов – прибор бинариметр, который позволяет тренировать головной мозг и тем самым обучать глаза «работать правильно», то есть получать бинокулярное зрение при нарушениях аккомодации. Теоретическое обоснование эффективности данного метода сделали иркутские офтальмологи, материалы научного исследования «Нейропластичность при пресбиопии» были представлены **доктором медицинских наук Ольгой Розановой.**

Вне зависимости от того, какой именно из методов лечения применяют офтальмологи, большую роль в ответе пациента на лечение играет феномен нейропластичности – способность головного мозга изменяться в ответ на изменения внешних воздействий, в данном случае – на попытки модифицирования оптической системы.

– Изучение нейропластичности в катарактальной, рефракционной хирургии и других областях офтальмологии способно открыть новые перспективы в развитии триггерных стратегий для улучшения результатов лечения. Так, нами сформулирована концепция формирования пресбиопии как изменение деятельности зрительной системы головного мозга, разработан комплекс зрительных упражнений для пациентов после имплантации ИОЛ для активизации бинокулярного зрения. И ещё важное замечание: и врач, и пациент должны знать, что нейроадаптация после хирургической коррекции пресбиопии может длиться до 2 лет. Когда адаптация не наступает и пациент активно предъявляет жалобы на зрительный дискомфорт, в отдельных случаях – от 3 до 10% – эксплантация линзы становится силовым приёмом рефракционной хирургии. Чтобы этого не происходило, нужно индивидуально подходить к отбору пациентов на хирургическое лечение, – настаивает О.Розанова.

Ещё один зарубежный участник конгресса и эксперт в области коррекции пресбиопии – **профессор Клаус Дитцен (Германия)** – считает весьма многообещающей операцию ПресбиЛАСИК, при которой происходит лазерная шлифовка роговицы с целью вернуть глазу способность видеть на любом расстоянии.

А **профессор АннМари Хипсли (США)** представила совершенно

А.Щуко

новую методику хирургии на склере при пресбиопии – лазерной склеральной микропорации. Методика пока находится в стадии клинической апробации, но в отношении её эффективности у американских специалистов большие ожидания. При этом в ходе конгресса была достигнута договорённость о совместных научных исследованиях американских и иркутских офтальмологов в плане повышения результатов лазерной склеральной микропорации: АннМари Хипсли будет оперировать, а О.Розанова – работать с прооперированными пациентами на бинариметре.

Вообще, визит на конгресс «Байкальские офтальмологические чтения» сразу троих ведущих зарубежных экспертов в области пресбиопии – АннМари Хипсли, Магды Рау и Клауса Дитцена – не был случаен. Есть предварительное решение о том, что в 2021 г. заседание Международного общества пресбиопии будет проходить именно в Иркутске, так как специалисты этого филиала МНТК считаются лидерами в нашей стране в разделе «пресбиопия».

И многое другое, не менее важное

На секции, посвященной возможностям и перспективам лечения глаукомы, солировали хозяева. Как уже сказано, глаукома – одна из приоритетных тематик Иркутского филиала МНТК в плане как медикаментозной терапии, так и хирургии. На конгрессе иркутские специалисты представили со своих позиций оценку изменения кровоснабжения «глаукомного» глаза при разном уровне внутриглазного давления и новые методики лазерного лечения. В частности, микропульс-циклокоагуляция позволяет справляться с патологией в тех случаях, когда терапия неэффективна. Первые результаты, продемонстрированные сибирскими офтальмологами, достаточно высокие, и сообщение об этом вызвало большой интерес аудитории.

В рамках профессорского лектория слушатели получили от ведущих экспертов свежую и максимально полную информацию по целому ряду важных нюансов диагностики и лечения пациентов с патологией органа зрения. Именно от внимания к этим нюансам зачастую зависит не просто успех лечения, но и прогноз жизни пациента.

– Профессорский лекториум – важная образовательная часть конгресса. Поскольку из-за больших расстояний не все иркутские врачи могут выезжать на учёбу в столичные регионы, мы решили пригласить экспертов по тем направлениям, которые становятся всё более актуальны в мире, но пока слабо представлены в Приангарье, – поясняет Т.Юрьева. – При этом слушателями лекториума стали не только офтальмологи общей лечебной сети Иркутской области, но также педиатры, неонатологи, кардиологи, онкологи.

Президент Российского глаукомного общества, заведующий кафедрой офтальмологии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, профессор Евгений Егоров прочёл лекцию об особенностях ведения пациентов с глаукомой и сердечно-сосудистой патологией. Его рекомендации практикующему врачу были адресованы как офтальмологам, так и кардиологам.

Профессор кафедры офтальмологии Академии постдипломного образования ФМБА России Эрика Эскина объективно оценила существующие мифы и реальные факты, имеющие отношение к теме «Повреждение и протекция макулярной области».

Профессор Северо-западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова доктор медицинских наук Валентина Ларионова рассказала о возможностях и значении геномных технологий в клинической офтальмологии.

– Насколько важна генетическая диагностика на уровне первичного звена здравоохранения? Чрезвычайно важна. Более того – вполне возможна. Технологии созданы, средства бюджета выделены. Нужно не только уметь распознавать врождённые и наследственные болезни, но также пользоваться успехами геномной медицины, так как от этого зависит будущий прогноз жизни пациента, – утверждает В.Ларионова.

Кроме наследственной патологии, геномная диагностика необходима в офтальмоонкологии. Без молекулярных тестов невозможно ни поставить точный диагноз, ни персонализировать лечение при онкологических заболеваниях органа зрения. Например, в отношении увеальной меланомы на сновании только молекулярных тестов можно дифференцировать её клинические формы, которые различаются по прогнозу и тактике лечения.

* * *

Научная программа конгресса «Байкальские офтальмологические чтения» – количество и тематика лекций, пленарных заседаний и симпозиумов – по насыщенности не уступала ведущим международным форумам. Это, в частности, отметил Бруно Лумброзо: «Российский конгресс, на котором я присутствую, вполне мог бы проходить в Германии или Америке, настолько высок уровень мероприятия».

Американский эксперт АннМари Хипсли также высказала восхищение высоким уровнем клинических достижений и научных исследований её иркутских коллег, выразила готовность к дальнейшему сотрудничеству.

– Очень интересная и содержательная конференция. Я поражён высочайшими стандартами, которыми владеют иркутские доктора. Прослушав доклады, я буду стараться некоторые разработки сибирских учёных применять в своей клинике, – поделился мнением Клаус Дитцен.

Сомнений нет: планка, когда-то установленная для МНТК академиком С.Фёдоровым, по-прежнему высока.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Экспертный уровень

От гриппа до остеоартрита

Вариации на амбулаторную тему

«Столетие назад, когда уже близилась к концу Первая мировая война, человечество потрясла пандемия «испанки». Болезнь охватила буквально полмира. В её смертоносном огне погибали взрослые и дети, нищие и вельможи. Унеся приблизительно 100 млн человеческих жизней, «испанка» стала одной из самых чудовищных катастроф за всю мировую историю. Но и в наш век знаний и высоких технологий эпидемии гриппа и других вирусных заболеваний продолжают пожинать плоды», – открыл очередную научно-практическую образовательную сессию «Амбулаторный приём» её неизменный лидер – руководитель терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЁРТКИН.

В сопровождении морфолога

На клинико-анатомический разбор была представлена история пациента 61 года, поступившего в столичный многопрофильный стационар по каналу «03» с направительным диагнозом «внебольничная пневмония». Больной жаловался на малопродуктивный кашель, одышку, лихорадку до 39^{0}С. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро, в течение 3 дней принимал жаропонижающие средства, однако за медицинской помощью обратился только после появления одышки.

После сбора эпиданамнеза выяснилось, что за 2 дня до появления первых симптомов мужчина прилетел из Испании. Контакт с лихорадящими больными отрицает. Против гриппа привит не был. Состояние больного при осмотре тяжёлое, при аускультации лёгких отмечается ослабление дыхания в нижних отделах справа. На ЭКГ – синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка. На рентгенографии органов грудной клетки инфильтративных изменений выявлено не было. В общем анализе крови: лейкопения, тромбоцитопения. На КТ органов грудной клетки – картина двусторонней полисегментарной бронхопневмонии, лимфаденопатия ВГЛУ. По результатам экспресс-теста «РЭД» подтверждён грипп А.

Учитывая тяжесть состояния, пациент был переведён в инфекционный стационар с диагнозом «грипп А, тяжёлое течение; двусторонняя полисегментарная пневмония, ДН 2; гипертоническая болезнь 2 ст., АГ 2 ст.»

– Зачастую прогноз при гриппе определяется фоновыми заболеваниями, – прокомментировал историю болезни заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ, главный патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы, профессор Олег Зайратьянц. – Неблагоприятному течению способствуют беременность, ожирение и связанные с ним нарушения вентиляции, также оно характерно для мужчин молодого возраста. Классическая патоморфологическая картина гриппа включает геморрагический и некротический трахеобронхит, большое пёстрое гриппозное лёгкое, гриппозную очаговую пневмонию и геморрагический отёк лёгких, – сказал он.

Как известно, коварство вирусной пневмонии заключается в её внезапном развитии как на 1-3-и сутки, так и во «втором пике», на 14-16-е сутки, в нетипичной для пневмонии рентгенологической картине, тяжёлом повреждении лёгких вследствие тромбозов, кровоизлияний и инфарктов, быстром нарастании дыхательной недостаточности.

Профессор О.Зайратьянц добавил, что диагноз гриппа устанавливается только при наличии вирусологического подтверждения. К основным морфологическим проявлениям высокопатогенного гриппа относят вирусную пневмонию, генерализованную вирусную инфекцию и инфекционно-токсический шок. Бактериальная инфекция присоединяется менее чем в трети наблюдений.

Антибактериальная памятка

В своём выступлении, посвящённом эффективности и безопасности антибактериальной терапии при респираторных инфекциях в амбулаторной практике, профессор кафедры госпитальной терапии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова Сергей Яковлев подчеркнул, что в настоящее время отмечается неуклонный рост антибиотикорезистентности и глобальное распространение устойчивых штаммов микробов во всём мире.

– Всё начинается с амбулаторной практики, и первая неэффективность антибиотика тоже. Если рост резистентности к этим препаратам не удастся замедлить, то от неизлечимых инфекций каждый год будут умирать до 10 млн человек, – акцентировал внимание аудитории спикер.

Между тем эксперты ВОЗ предлагают рационально использовать антибиотики с учётом их деления на три группы: 1-я группа – это массово доступные антибиотики для лечения наиболее распространённых инфекций; 2-я группа – антибиотики, значительно повышающие риск развития устойчивости к АБП, применяются для лечения узкого спектра заболеваний; 3-я группа – антибиотики резерва, применяются только в крайних случаях.

– В амбулаторной практике стратегические вопросы использования антибиотиков сводятся к ограничению их назначения при вирусных инфекциях верхних дыхательных путей, а тактические – к выбору антибиотика с учётом состояния резистентности и безопасности, адекватному дозированию и длительности лечения, – поведал коллегам С.Яковлев. – При внебольничной инфекции дыхательных путей, с которыми, как правило, сталкивается врач первичного звена, существует тактика отсроченной на 2-3 дня антибиотикотерапии. Если доктор всё-таки принимает решение о назначении антибиотика, он должен использовать препарат первой линии, куда относятся аминопенициллины, макролиды и респираторные фторхинолоны, также к 1-2-й линии можно отнести пероральные цефалоспорины. Однако, согласно Евразийским рекомендациям и с учётом высокой резистентности в России к макролидам, применение антибиотиков этой группы следует максимально ограничить, – указал эксперт.

Резонно предположить, что препараты, которые широко применяются в амбулаторной практике, должны быть максимально безопасны. К сожалению, назначая тот или иной антибиотик, врачи зачастую не задумываются о возможном риске серьёзных нежелательных лекарственных реакций. К ним относятся как фармакологические (гепатотоксичность, нейротоксичность, аллергия, кардиотоксичность), так и экологические (нарушение микробиома, селекция резистентных штаммов) нежелательные лекарственные реакции. Таким образом, наиболее эффективными и безопасными препаратами первой линии, по мнению эксперта, являются аминопенициллины.

Взгляд «изнутри»

Выступление заведующего отделением эндоскопии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена – филиала Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава России кандидата медицинских наук Сергея Пирогова было посвящено ранней диагностике и лечению предраковых заболеваний пищевода и желудка в амбулаторной практике.

– Терапевты и врачи общей практики – своего рода форпост в борьбе со злокачественными новообразованиями, – заявил С.Пирогов. – Снижение заболеваемости и смертности от злокачественных процессов пищевода и желудка, своевременное выявление и лечение этих патологий на ранних стадиях связано с тем, что мы научились диагностировать предраковые заболевания, и это, главным образом, заслуга амбулаторных терапевтов. Взять, к примеру, пищевод Барретта (ПБ) – ведущее предраковое заболевание пищевода. В основе его патогенеза, как правило, лежит гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), смешанный кислый и желчный рефлюкс. ПБ – это осложнение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, характеризующееся эндоскопически и морфологически подтверждённой кишечной метаплазией эпителия слизистой оболочки пищевода длиной более 1 см. ПБ – это предраковое заболевание для аденокарциномы пищевода, частота которой уже превысила плоскоклеточный рак, – заявил он.

В случаях выявления при эндоскопическом исследовании эрозивного эзофагита С.Пирогов порекомендовал назначать терапию эффективными ингибиторами протонной помпы (ИПП) на 8-12 недель – после эпителизации эрозий проводится повторное исследование для исключения ПБ и раннего рака на его фоне, которые ранее могли скрываться под фибринозным налётом.

– Дисплазия и ранний рак очень часто пропускаются при первичном эндоскопическом исследовании у больных с длинным сегментом ПБ, не получавших терапию эффективными ИПП, – посетовал С.Пирогов. – Клинически ПБ может проявляться проблемами с глотанием, болевыми ощущениями, но главный признак метаплазии – это прекращение изжоги после упорной многолетней борьбы с этим симптомом. Мнимое благополучие связано с тем, что пищевод становится менее восприимчив к кислоте и изжога прекращается, но канцерогенез – нет. Тактика ведения больных с ПБ – это постоянная консервативная терапия ИПП и эндоскопический мониторинг. Активное выявление ПБ проводят у больных с длительно существующей ГЭРБ (более 5 лет) и наличием факторов риска (мужской пол, возраст старше 50 лет, ожирение и наличие ПБ или аденокарциномы у родственников).

Эксперт-эндоскопист также напомнил аудитории, что заболеваемость раком желудка до 80% связана с инфицированием Helicobacter pylori и развившимся на его фоне хроническим атрофическим гастритом.

– Для своевременного выявления предраковых состояний необходимо развитие профилактической онкологии (предупреждение возникновения злокачественных опухолей). Первичная профилактика рака – это улучшение экологии, отказ от вредных привычек, уменьшение воздействия канцерогенов, правильное питание и ЗОЖ. Вторичная профилактика рака – это анкетирование лиц, подвергающихся воздействию профессиональных вредностей, лиц с хроническими воспалительными заболеваниями, формирование групп риска по онкопатологии, выявление предраковых заболеваний, ранняя диагностика скрытых и бессимптомных форм рака. И наконец третичная профилактика – это предотвращение развития онкологического заболевания, метастазов и появления новых очагов у излеченных больных, заключил С.Пирогов.

Удар по женственности

В продолжении темы раннего выявления онкопатологии прошло выступление заведующей кафедрой онкологии и лучевой терапии МГМСУ профессора Гелены Генс, посвящённое раку яичников (РЯ).

– Рак яичников находится на третьем месте среди злокачественных новообразований женских репродуктивных органов после рака шейки и тела матки. Заболеваемость возрастает после 40 лет, но пик приходится на 50-69 лет. Для РЯ характерна низкая выживаемость больных, связанная, главным образом, с поздней диагностикой (в России чаще всего на III стадии). Только на первом году после установления диагноза каждая третья женщина погибает (20,9%), – отметила Г.Генс. – Клинически РЯ может долгое время никак себя не проявлять либо давать неспецифическую картину: слабость, ночные поты, отсутствие жизненной энергии, тошнота, снижение аппетита, извращение вкуса (стойкое отвращение к красному мясу), вздутие, ощущение тяжести, боли внизу живота, спине, проблемы со стулом, частое мочеиспускание, увеличение живота в объёме (за счёт жидкости), которое ошибочно принимается за абдоминальное ожирение, отёки ног, нарушения менструального цикла, – подчеркнула она.

У РЯ, заметила Г.Генс, существуют общие и специфические факторы риска (наследственный анамнез, избыточный вес, раннее менархе, поздняя менопауза, бесплодие, эндометриоз, поликистоз яичников, длительная гормонозаместительная терапия, мутации в некоторых генах, возраст). В морфологическом аспекте РЯ чаще всего представлен серозной аденокарциномой.

– Для диагностики проводятся исследования на онкомаркёры CA-125 (вырабатывается клетками эпителиальной ткани, обладает низкой специфичностью, чувствителен на поздних стадиях, в 80% повышается на III – IV стадии) и HE4 (чувствителен на ранних стадиях). Большое значение имеет и индекс ROMA – соотношение этих двух онкомаркёров. Важно помнить, что повышение онкомаркёров отмечается не только при злокачественных опухолях, но и при воспалительных реакциях, доброкачественных образованиях в матке и придатках, при СКВ и других аутоиммунных болезнях. Также проводят УЗИ, КТ, МРТ и/или ПЭТ/КТ органов малого таза, – пояснила Г.Генс. – При операбельных опухолях на первом этапе комплексной терапии проводится хирургическое лечение. Характер операции определяется степенью распространённости ракового процесса и общего состояния пациентки. Обычно выполняют экстирпацию матки, яичников и резекцию большого сальника. Опухоли, ограниченные яичником, иногда возможно удалить лапароскопически.

Химиотерапия после операции при РЯ показана всегда, резюмировала профессор, перечислив факторы, снижающие риск возникновения РЯ: рождение ребёнка в возрасте до 25 лет, кормление грудью, лекарственная контрацепция в течение 3 и более лет, профилактические операции (овариоэктомия).

И снова инфекция

На сессии обсуждался также новый междисциплинарный консенсус «Ведение пациентов с гриппом и ОРВИ». Некоторые аспекты этого документа с позиции инфекциониста прокомментировала доцент кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ Кристина Дудина.

– Начинать всегда нужно со сбора эпиданамнеза и проведения оценки факторов риска. Клиническая картина и температурная реакция при гриппе и ОРВИ могут быть различны. Грипп – это не всегда повышение температуры до фебрильной и наличие катаральных явлений. Но для гриппа более характерен нейротоксический синдром. Этиотропная терапия должна применяться только при подтверждённом лабораторно диагнозе «грипп». При неадекватном назначении этой группы препаратов к ним (как и к антибиотикам. – **Ю.Ш.**) может развиться резистентность.

В разборе консенсуса принял участие заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ профессор Валерий Свистушкин. По словам учёного, дискуссию вызывают вопросы, связанные с наличием при гриппе катарально-респираторного синдрома и необходимостью включения назального смыва для определения РНК вируса методом ПЦР в спектр обязательных лабораторных исследований, также включения в этот список ЭКГ.

– Любое острое респираторное заболевание в 97% случаев, – уточнил профессор, – сочетается с воспалением околоносовых пазух (синуситом). Поэтому ОРЗ почти всегда сопровождают катаральные симптомы. А для назначения этиотропной терапии просто необходимо проводить ПЦР-диагностику, особенно у лиц группы риска (беременных, детей, пожилых и пр.).

Немного ревматологии

Заведующий лабораторией патофизиологии боли и клинического полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой доктор медицинских наук Андрей Каратеев в своём докладе раскрыл тему фенотипов мышечной боли как одной из самых частых причин обращений в первичное звено.

– Существуют различные фенотипы скелетно-мышечной боли, требующие дифференцированного лечебного подхода. Это «воспалительный» фенотип боли – артрит, в том числе подагрический артрит и остеоартоз (ОА), для которого характерна боль ночью и в покое; уменьшение после начала движения «стартовая боль», скованность, рецидивирующий синовит; «механический» фенотип боли – боль возникает только при движении или нагрузке и значительно уменьшается ночью и в покое; энтезит при ОА и энтезопатическая боль; а также боль, связанная с центральной сенситизацией. Однако одним из главных направлений лечения ОА следует считать противовоспалительную (пероральные и инъекционные медленно действующие противовоспалительные средства) терапию, – заявил А.Каратеев.

О проблеме коморбидности в ревматологии рассказала заведующая лабораторией системных ревматических заболеваний НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой профессор Татьяна Попкова.

– На протяжении последних 15-20 лет у пациентов первичного звена отмечается рост коморбидных заболеваний. У больных ревматическими заболеваниями это депрессия, поражение почек, остеопороз, злокачественные новообразования, желудочно-кишечные заболевания. У пациентов с хроническими воспалительными артритами, остеоартритами, системными заболеваниями соединительной ткани очень высокий риск сердечно-сосудистых катастроф и раннего развития атеросклероза. Наиболее частые коморбидные состояния при РА: артериальная гипертензия, дислипидемия, ИБС, язвы ЖКТ, сахарный диабет, инфаркт и инсульт. Коморбидная патология влияет на течение и прогноз, выбор тактики лечения и качество жизни таких пациентов, – завершила она многочасовое мероприятие.

Юлия ШЕВЧУК,
внешт. корр. «МГ».

Однако

Гормоны и Альцгеймер

Молекулярные психиатры приближаются к пониманию генетической природы ментальных расстройств

Болезнь Альцгеймера поражает людей разного возраста, но в основном пожилых, ещё сохраняющих работоспособность. Поэтому сообщения о возможных способах лечения этого нейродегенеративного расстройства привлекают внимание нейробиологов и врачей.

Одна из биогенных компаний предложила бороться с отложениями амилоида в виде бляшек с помощью своих моноклональных антител, заокеанский же фармгигант продвигает своё лекарство, которое подавляет активность фермента и не даёт образовываться бляшкам. Но это довольно давнее сообщение пока не нашло своего клинического подтверждения. Другое не менее тяжёлое расстройство – болезнь Паркинсона. Из Японии пришло сообщение, что одному из пациентов помогла имплантация репрограммированных стволовых клеток, осуществлённая врачами Киотского университета. Они предложили репрограммировать фибробласты кожи взрослого организма с помощью четырёх генов, протеины которых как бы «возвращают» клетки в эмбриональное состояние. И вот нейрохирурги университетской клиники пересадили два с половиной миллиона обновлённых клеток пациенту, после чего у того наступило улучшение.

А специалисты Техасского университета в городе Темпл облегчили состояние человека с хронической эпилепсией, подсадив ему нейроны, полученные из плюрипотентных стволовых клеток (iPS). Свой подход они назвали «синаптическая интеграция», то есть восстановление связей между нейронами.

Подобного рода успехами не могут похвастать молекулярные психиатры, которые только-только приближаются к пониманию генетической природы ментальных расстройств. Для этого они в дополнение к исходной программе ENCODE, направленной на расшифровку функции генов, внесли в 2015 г. своё добавление в виде PsychENCODE. В конце прошлого года участники консорциума опубликовали свои первые результаты, показав «вовлечение» мутаций двух генов длинного плеча 22-й хромосомы (22q11) в развитии шизофрении (STM). Первый ген носит сокращённое название POU, поскольку был открыт в клетках эмбрионального гипофиза. Второй ген DGCR назван по синдрому Ди-Джорджа – мальчика с мутацией, приведшей к врождённому пороку сердца. Ген кодирует не белок, а длинную не кодирующую синтез протеина РНК, ДНК которой представляет собой «критический регион», откуда в названии гена появились буквы CR. Указанная РНК контролирует активность генов, нарушения которых отмечены при шизофрении. Статьи учёных из Центрального Южного университета в городе Чаньша китайской провинции Хунань названы «DGCR РНК, возможно, регулирует активность нескольких генов, связанных с шизофренией» и «Транскрипционный фактор POU регулирует ген-сеть в мозговой ткани пациентов с психиатрическими расстройствами».

Сотрудники же Массачусетского технологического института замерили уровень активности фермента, изменённой у людей с шизофренией (JCI). Фермент HDAC представляет собой гистондеацетилазу, «отщепляющую» остатки уксусной кислоты (ацетата) от белков-гистонов. Последние образуют протеиновые «шпульки», на которые навита ДНК. Присоединение уксусной кислоты к гистонам «распускает» цепи вещества генов, что способствует образованию петель, на которые садятся транскрипционные факторы, стимулирующие синтез информационных РНК.

Для визуализации изменения активности фермента HDAC в институте использовали позитронно-эмиссионный томограф. Сравнение двух изображений, полученных с помощью ПЭТ, показало чёткую разницу активности фермента в мозгу здорового и больного человека (в исследованиях приняли участие 17 здоровых людей и 14 пациентов с диагнозом «шизофрения»). Основная зона поражения коры мозга у шизофреников – верхне-боковой отдел предлобной, или префронтальной, коры (dlPFC). Область эта давно привлекает внимание нейробиологов, занимающихся ментальными отклонениями.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Nature, New Scientist, PNAS.

Выводы

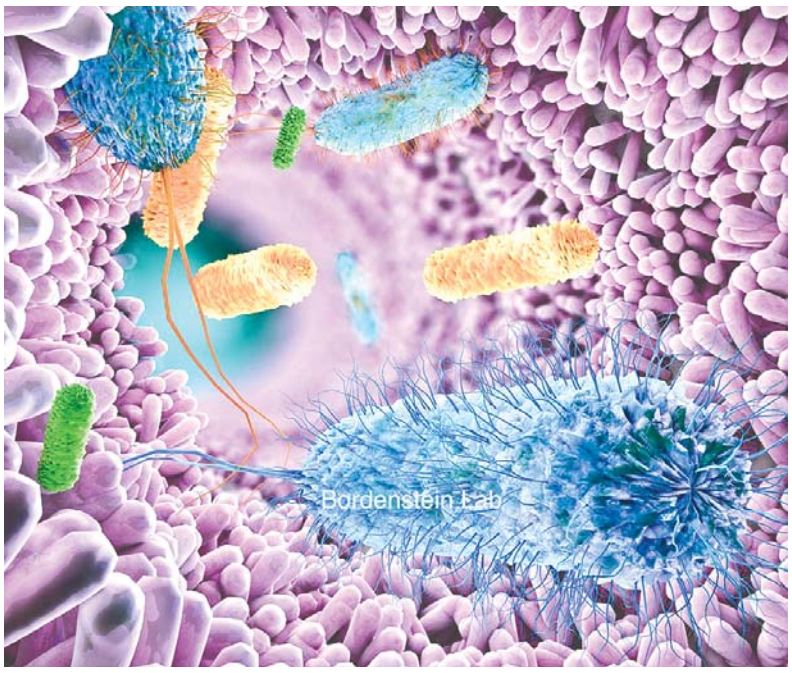
Разновидности противодействия

В популяциях древних европейцев циркулировал уникальный вид патогенного вируса

История полна ужасных описаний кар небесных, проявляющихся в виде той же «моровой язвы». Так, в русских летописях описывались, как предполагается, вспышки и эпидемии чумы, вызываемой бациллой вида pestis. Чума поражала прежде всего портовые и приречные города, куда её завозили с судами, перевозившими зерно. Подобное описано и в анналах афинской истории, затем в VI веке «Юстинианова чума» была в Константинополе, а через 8 веков разразилась в виде «Чёрной смерти» в Европе. Одна из популярных версий чумных «заносов» говорит о том, что чумную бациллу распространяли устойчивые к ней степняки-кочевники.

Этому, однако, противоречит недавнее открытие захоронения 20-летней женщины, сделанное шведскими и датскими учёными из университетов Гётеборга и Копенгагена. Шведы обнаружили её скелет при раскопках археологического сайта вблизи Фралсегардена. Датчане же провели геномный анализ обнаруженной бациллы. Учёных, которым помогали коллеги из Марсельского университета, поразил возраст захоронения, составивший 4900-5000 лет, в известняковых могилах обнаружили кости 78 человек, погребённые в течение около 200 лет. Выяснилось также, что вариант pestis, поразивший женщину, возник 5700 лет назад, то есть задолго до прихода степных кочевников, принёсших с собой совсем другие штаммы.

Около века назад, когда об антибиотиках ещё не догадывались, врачи возлагали большие надежды на новомодные тогда бактериофаги, поедающие патогенные микроорганизмы. Сегодня стала понятной причина несбывшихся надежд, связанная с тем, что первые клетки выработали действенные методы защиты от вирусов. Это прежде всего изменения микробной оболочки, затрудняющие проникновение в клетку. После попадания вирусной ДНК бактерия «включает» генетическое редактирование, и вирусный геном разрезается на куски. Другой механизм молекулярной защиты открыли при проверке действия 4960 различных веществ, 11 из которых оказались в той или иной мере эффективны. Два из них - дауно- и доксорубицин - давно используются в качестве... противораковых. Их молекулы вклиниваются между цепями ДНК, делая её не способной к самовоспроизведению.



E.coli (голубая) в центре Bordenstein

Иммунология начиналась с оспенных прививок. Первую Нобелевскую премию по медицине присудили за создание противодифтерийной сыворотки, после чего были «изобретены» другие прививки и сыворотки. К сожалению, до сих пор не удаются попытки создания вакцин против некоторых видов гриппа и ВИЧ-инфекции, хотя у некоторых людей последний циркулирует в крови, но СПИД не развивается в силу того, что вирус не проникает в иммунные клетки. Неудачи связывают с тем, что оба вируса чрезвычайно изменчивы, что позволяет им «уходить» от антител, вырабатывающихся в ответ на инфекцию. Вполне возможно, что новый вариант антител против вирусов гриппа подскажет вирусологам и биотехнологам, как можно подойти к решению проблемы СПИДа.

В настоящее время учёные насчитывают 60 форм гриппозных вирусов двух основных групп А и В, поражающих людей. Высокой степенью изменчивости характеризуются головки двух белковых молекул на поверхности вируса – гемагглютинина (НА) и фермента нейраминидазы (NA). Вместе с тем аминокислотные последовательности их «ножек» намного более стабильны (консервативны), поэтому именно против них и были получены защитные (нейтрализующие) антитела.

Был также избран принцип мультидоменности, благодаря чему антитела получили более широкий спектр действия. При этом за основу были взяты антитела южноамериканской ламы гуанако, в результате чего получены мультидоменные антитела MD, эффективно блокирующие вирусы типов А и В. Такие антитела против разных консервативных участков протеинов повышают их кросс-реактивность. Такая стратегия может обеспечить успех в борьбе не только с сезонными вспышками гриппа, но и другими высоко вариабельными патогенами (ВИЧ, гепатит, герпес и т.д.), а также для подавления изменённых трансформированных клеток, считают учёные.

Иван ЛЕВИН.

По материалам
Cell, Nature, Science.

Ракурс

Фаготерапия

Изабель Карнелл-Холдувэй через 11 месяцев после рождения поставили диагноз «кистозный фиброз», развивающийся как результат мутации в белке, выводящем из клеток излишний хлор.

Согласно названию генетического заболевания, в слизистой появляются кисты, а в слизи воздухоносных путей начинаются отложения белковых фибрилл. На этой «благодатной» основе развивается патогенная микрофлора, что только усугубляет процесс, осложняющийся, если микробы резистентны к антибиотикам, что сегодня встречается сплошь и рядом. Микробный процесс развился, когда девочке было 8 лет, и к 14 её лёгкие функционировали на 25-30% от нормы. Дело дошло до того, что через год, в сентябре 2017 г., лондонские врачи вынуждены были сделать ей пересадку лёгких.

Трансплантация сама по себе, с хирургической точки зрения, прошла без осложнений, но внутривенные вливания антибиотиков пришлось отменить из-за их побочного действия. Сейчас предложено «переносить» органы для тансплантации с помощью дронов, что резко снижает риск их повреждения, так как сегодня это случается в 20% перевозок, осуществляемых зачастую в пределах континента или даже через моря и океаны (очень трудно найти подходящего по всем иммунным параметрам донора на месте).

Следствием отказа в данном случае стало воспаление швов, которые набухли и покраснели, а по их пульсированию можно было считать учащённый ритм сердечных сокращений. К январю 2018 г. стали проявляться признаки печёночной недостаточности вследствие развития гнойного воспаления в печени, где «вольготно» себя чувствовала микобактерия (Mycobacterium abscessus). Один из врачей, с которым говорила мама девушки, сказал несчастной женщине, что оценивает шанс спасения дочери примерно в 1%!

Из-за гнойного гепатита Изабель не могла есть, поэтому потеряла в весе и погибала от истощения. На счастье матери и дочери в госпитале оказался американский коллега консультанта-микробиолога, искавшего хоть какой-то выход из создавшейся ситуации. В самом конце XX века он защитил диссертацию по фагам, поэтому предложил послать образцы микобактерии, от которой страдала Изабель, в его лабораторию в калифорнийском Сан-Диего. Это было необходимо для определения биологии возможных фагов, с помощью которых можно было бороться с резистентной микобактерией. После предварительных оценок калифорнийцы обратились к специалистам Питтсбургского университета, занимающегося фагами как альтернативой использованию антибиотиков, которые к тому же пользуются всеми преимуществами произошедшей на наших глазах революции в области секвенирования, или чтения геномов.

Благодаря скринингу в лаборатории были отобраны три фага, гены которых модифицировали для усиления их «биологии», то есть способности поражать клетки именно микобактерии, буквально съедавшей тело Изабель. Учёные выбрали фаги с шестиугольными головками и длинными хвостиками без концевых пластинок, которым дали имена: Мадди (muddy – грязный, покрытый грязью), Зоя-жизнь (ZoeJ) и BP (от англ. bacteriophage). Первый поражал клетки, дающие шероховатые на вид колонии, второй инфицировал микобактерии с меньшей эффективностью, а третий работал совсем плохо, но уже в инфицированных им бактериях давал два эффективных мутанта.

Внутривенное введение фагового «коктейля» быстро исправило положение, девушка буквально на глазах ожила, стала охотно есть и восстановила нормальный вес. Правда, после 11 месяцев с начала лечения на коже у неё всё ещё остаются плохо заживающие поражения, но это не сравнить с тем, что было год назад.

Авторы статьи в Nature Medicine не призывают сразу же переходить на лечение с помощью бактериофагов, потому что история болезни Изабель есть следствие удачного опробования нового принципа лечения бактериологических инфекций, устойчивых к действию чуть ли не тысячи созданных за три четверти века молекул с разными механизмами действия. Предстоит большая работа по «овладению» фаговой инфекцией палочек и кокков, углублённому пониманию вирусной биологии и разработке эффективных методов получения ген-модифицированных бактериофагов практически у постели пациента. Если всё это будет воплощено в клиническую практику, то это станет ещё одним из персонализированных подходов.

Подготовил Иван ЛАРИН.

По материалам Nature Medicine.

Опыт

Подарить жизнь другим

Для смены отношения к донорству потребовалось поколение

В Японии число детей-доноров, у которых констатирована смерть мозга, на конец августа текущего года составило 13 человек, до этого оно держалось на уровне 4-7 человек в год. Данный рост расценивается как значительный прогресс в трансплантологии.

В сравнении с другими странами Япония считается лидером во многих сферах медицины. Чего не скажешь о трансплантологии. В США показатель донорства органов составляет 26 трансплантаций на миллион граждан, в Южной Корее – 8,4. В Японии всего лишь 0,7.

Отставание японские специалисты объясняют рядом причин. Главная – веками сложившаяся традиция бережного отношения к телам умерших, более точно, к их душам. Возможно, поэтому до 1997 г. в стране действовал весьма строгий закон о донорстве. Донорами могли быть только члены семьи и люди, у которых констатирована остановка сердца, что в значительной степени ограничивало возможности пересадки органов.

Всего чуть более 20 лет назад, значительно позднее, чем в других странах, в Японии был принят закон, смягчающий регламентацию трансплантации. Но и он содержал массу ограничений на использование донорских органов, особенно детских, в том числе и то, что донорами могли быть лица старше 15 лет. В 2010 г. ряд ограничений сняли, включая и ограничения по возрасту детей.

В Японии на всех уровнях принято проверять эффективность большинства социально значимых законов и мер в круглые даты, а то и в годовщины их учреждения, проведением анализа показателей, статистических данных, опросов и т.п. В 2007 и в 2017 гг. заметно выделялись публикации, связанные с десятилетиями принятия в 1997 г. закона о трансплантации органов.

В те годы практически во всех статьях отмечалось, что при наличии отличной технической базы и высококлассных специалистов многие японцы годами ждут доноров и вынуждены выезжать за границу из-за их нехватки.

Даже по новым законам после смерти человека его органы могут быть использованы как донорские, только если он сам при жизни дал согласие на это, или, если такого заявления не было, – с согласия близких родственников.

Во время многочисленных опросов граждан при целенаправленных и случайных выборках большинство японцев соглашались стать донорами. Однако в конкретных обстоятельствах, например при получении водительских прав, количество согласных оформить это письменно уменьшалось в разы. Из чего делался вывод, что нужна организация, которая бы помогала преодолевать взгляды на донорство.

К использованию донорских органов лиц, у которых констатирована смерть мозга, особенно у детей, японцы относятся с большими предубеждениями. По данным Японского общества трансплантологии, общее количество таких операций – от 60 до 70 в год. Число детей-доноров до 2016 г. не превышало 4 в год. Но затем начал отмечаться стабильный, пусть и незначительный рост: в 2017 г. увеличение до 6, в 2018 г. до 7. На конец августа нынешнего года проведено уже 13 таких операций, что расценивается как значительный прогресс. Комментируя обозначившуюся тенденцию, Хиромити Танэити – преподаватель медицинского факультета Университета Тояма считает, что это связано с изменением отношения молодых родителей к донорству. Они в сравнении со старшими поколениями «чаще дают согласие на использование органов своих детей в качестве донорских при констатации смерти мозга».

В 2017 г. по заказу правительства Японии был проведён опрос, участники которого должны были ответить на вопрос: «Согласны ли вы с тем, что органы близкого вам человека, у которого констатирована смерть мозга, будут использованы как донорские для пересадки?» Около 47% в возрастной группе 18-29 лет ответили «да». А в группе старше 60 лет «да» сказали только 32% респондентов.

Растёт число японских врачей общей практики, понимающих важность развития донорства в сохранении жизни детей. Это отмечает директор отделения трансплантации Национального церебрального и сердечно-сосудистого центра Норихидэ Фукусима. Он считает, что «донорство органов не получит нужного развития, если врачи не подключатся к работе в семьях. Совсем недавно педиатры не решались даже начинать разговор о том, что смерть мозга – это фактическая гибель ребёнка». Но с другой стороны «всё большее число врачей признаёт, что донорская операция часто является единственным выходом для спасения жизни других».

Организация процесса трансплантации органов сложна потому, что связана не только с привлечением доноров и реципиентов, но и, как правило, с несколькими медицинскими учреждениями, независимыми организациями, действующими в качестве посредников и координаторов. По закону в Японии допустимы два случая донорства органов – при остановке сердца и при констатации смерти мозга. При состоянии смерти мозга искусственно можно обеспечить бесперебойное снабжение кислородом многих других органов. Тем самым обеспечить пересадку сразу нескольким реципиентам. Поэтому рекомендуется полнее использовать данный резерв донорства. Обращается внимание на объяснение гражданам того, что нет возможности выздоровления, если диагностирована смерть мозга. Но в первую очередь, считают специалисты, необходимо сформировать под государственным патронажем эффективную организацию донорства органов в стране. Приводятся расчёты и факты, что её практически нет. Из 8600 больниц общей практики в стране всего чуть больше 10% лицензированы на осуществление операций, связанных с донорством.

Тадао Какидзоэ, председатель Японского общества онкологии, в прошлом президент Национального онкологического центра Японии, полагает, что следует добиваться принятия национальной программы содействия развитию трансплантации по примеру той, которая была принята в отношении борьбы с онкологическими заболеваниями и показала высокую эффективность. Т.Какидзоэ предлагает в очередной раз пересмотреть закон о трансплантации органов и в первую очередь создать совет по содействию трансплантации органов с широким представительством членов семей доноров и спасённых людей, а также медицинских и других специалистов. Кроме того, должна быть специально сформирована группа экспертов для составления базового плана устойчивого развития системы.

Трансплантация органов является благородным процессом передачи органов умерших людей для спасения жизни других, давая им второй шанс, считает Т.Какидзоэ. «Я очень рассчитываю, – пишет он, – что система трансплантации органов в стране будет кардинально реконструирована с целью способствовать развитию общества, сделать его более благожелательным, чтобы уменьшить количество людей, находящихся в беде».

Николай ТЕБИН,
журналист-международник.

По материалам
The Asahi Shimbun,
The Yomiuri Shimbun.

Кстати

Угроза глобального потепления

Мировое сообщество вновь озаботилось климатом

В Нью-Йорке прошёл саммит ООН, посвящённый вопросам изменения климата. Это самое масштабное обсуждение глобальных климатических проблем с участием мировых лидеров с момента подписания в 2016 г. Парижского соглашения по климату.

Накануне Всемирная метеорологическая организация опубликовала доклад о состоянии климата в 2015-2019 гг., который со всей очевидностью демонстрирует: страны не выполняют свои обязательства по сокращению выбросов парниковых газов, и климатические изменения происходят намного быстрее, чем рассчитывали учёные. Авторы доклада призывают участников саммита как можно скорее разработать конкретные меры, которые могли бы остановить глобальное потепление и худшие проявления изменений климата. Последние 5 лет стали самыми жаркими за всю историю наблюдений. В результате участились лесные пожары, продолжительные периоды жары и другие разрушительные погодные явления, в том числе ураганы, засухи и наводнения.

Площадь ледового покрова в Северном Ледовитом океане в зимний период сокращается на протяжении последних 40 лет – в среднем на 12% каждое десятилетие. Четыре самых минимальных значения с 1979 г. также пришлись на последнюю пятилетку.

Ежегодные потери объёма ледового щита Антарктики увеличились с 1979 до 2017 г. по меньшей мере в 6 раз. По уровню таяния ледников последние 5 лет также стали рекордными за всю историю наблюдений. Несмотря на Парижское соглашение по климату, с 2015 по 2019 г. выбросы CO_2 и концентрация в атмосфере парниковых газов в целом ежегодно росли примерно на 20% быстрее, чем в предыдущую пятилетку.

Глобальные температуры выросли в среднем на 1,1^{0}С по сравнению с доиндустриальной эпохой (то есть за последние 120 лет), хотя ещё 5 лет назад это превышение составляло 0,9^{0}С.

Последний раз концентрация углекислого газа в атмосфере Земли достигала сравнимых показателей (то есть превышала 400 миллионных долей) около 3-5 млн лет назад. Средние температуры тогда были выше нынешних на 2-3^{0}С, лёд в Гренландии и на западе Антарктиды растаял полностью, а уровень моря превышал сегодняшний примерно на 10-20 м.

Сравнимыми темпами ускоряются все процессы, связанные с глобальным потеплением: повышение уровня Мирового океана, потеря зимнего ледового покрова в Северном Ледовитом океане и Антарктике, уменьшение ледового щита в Антарктиде и таяние ледников в Гренландии, очевидный тренд на сокращение снежного покрова в Северном полушарии.

Излишки тепла «оседают» в Мировом океане: 2018 г. стал рекордным по количеству тепла, содержащегося в верхнем слое морской воды, на глубине до 700 м. В некоторых регионах количество осадков существенно выросло, в других – существенно упало, что привело к одновременному учащению в мире засух и наводнений.

Продолжительные периоды жаркой погоды стали за последние 5 лет самым опасным метеорологическим явлением на всех континентах и уже унесли по всему миру десятки тысяч жизней.

В докладе отдельно подчёркивается, что основной причиной климатических изменений планетарного масштаба является деятельность человека. Научные публикации, посвящённые причинам того или иного природного явления, обычно запаздывают на несколько лет.

«Мы сможем выполнить Парижское соглашение только в одном случае – приняв немедленные и всеобъемлющие меры по прекращению выбросов в атмосферу углекислого газа», – говорится в завершении доклада.

Но как насчёт воздействия этого явления на здоровье людей? На первый взгляд кажется, что связи тут нет и быть не может. Но это совсем не так. Недавно группа исследователей из США выяснила, как глобальное потепление влияет на здоровье человека. И, по их словам, их открытие – «это лишь начало», ведь глобальное потепление может оказывать негативное воздействие куда большее, чем мы думали.

Юлия ИНИНА.

По материалам BBC.

Ну и ну!

Роковой комар

В американском штате Мичиган 64-летний Грегг Макчесни заразился редчайшим заболеванием после укуса комара. Спустя 9 дней он скончался.

«Ещё в конце июля Грегг был на ферме и помогал мне чинить причал на пруду, — рассказывает его брат Марк. — Он был совершенно здоров и жизнерадостен. Болезнь расправилась с ним за девять дней».

Как утверждает Марк, у Макчесни начался приступ и его доставили в больницу. Врачи диагностировали у него смертоносный вирус восточного энцефалита лошадей (ВВЭЛ), который переносят комары. Докторам не удалось спасти жизнь пациента.

Представитель Департамента здравоохранения и социального обеспечения Мичигана Джони Халдун отметил, что в штате произошла серьёзная вспышка ВВЭЛ. Зафиксированы 7 случаев заражения данным заболеванием. При этом страдают не только люди, но и животные: от укуса комара погибли уже 9 лошадей. Но двоих заражённых людей удалось вылечить. Из больницы благополучно выписали ребёнка из города Ковентри и мужчину около 50 лет из соседнего штата Массачусетс. По данным властей, наибольшему риску заражения подвержены жители Род-Айленда. На прошлой неделе территорию штата обработали пестицидами.

Как известно, у заражённых ВВЭЛ появляется внезапный жар, озноб и боли в суставах. Болезнь вызывает острые головные боли, тремор, воспаление мозга и паралич. В тяжёлых случаях повреждение мозга становится необратимым, в результате чего больной впадает в кому или умирает.

Вирус встречается крайне редко — около 7 диагностируемых случаев в год. Известно, что люди в возрасте до 15 и старше 50 лет более подвержены этой болезни.

В начале сентября сообщалось, что в Мичигане 14-летняя Саванна Дехарт заразилась ВВЭЛ. По словам матери, девочку подключили к аппарату искусственной вентиляции лёгких. Её мозг пытался самостоятельно излечить себя от вируса.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Fox News.

Имена и судьбы

Тёмная мистика души

140 лет назад родилась знаменитая русская балерина Софья Фёдорова

Софья Фёдорова не любила исполнять партии в классических балетах. В 1906 г. она даже говорила режиссёру балетной труппы Большого театра П.Кандаурову, что «...признаёт себя совершенно не в состоянии нести классический репертуар и отказывается считать себя классической танцовщицей». Скорее всего, дело было в том, что балерина не чувствовала себя в должной мере технически подготовленной для классики. Её стихией всегда был характерный танец, с его яркими страстями и бурными эмоциями.

«Всё, что не могла достичь техникой, доделывала игрой», – вспоминала о ней танцовщица М.Горшкова, считавшая эту балерину скорее драматической актрисой. Но помимо ярких красок и сильных эмоций в её танце можно было увидеть и глубокий психологизм непроизнесённых слов, и красноречивые умолчания, и потаённые чувства, обнаруживающие себя между строк, в паузах между жестами-репликами; когда едва заметные движения балерины (даже не всегда предписанные балетмейстером) передавали не текст, но подтекст. Фёдорова вживалась в роль настолько, что проживала её не только пластически, но и психологически; и это придавало её партиям личный характер, превращая каждый спектакль в исповедь.

Тем не менее очень часто героини балерины демонстрировали на сцене эмоции, открытые настежь. В эти кульминационные моменты жизни персонажей Фёдоровой подтекст и фигуры умолчания были не слишком важны и не очень уместны. В таких партиях её искусство было наполнено интонациями жестокого романса, традиционно пронизанного тревогой, страстью, отчаянием, экстазом, экзальтацией – без полутонов и нюансов.

Именно это свойство Фёдоровой ценил балетмейстер А.Горский, отмечавший темперамент и мастерство её перевоплощения. Специально для неё он ставил дивертисменты и танцевальные номера, в которых драматический талант балерины и её экспрессивность могли проявляться наиболее ярко. Испанские и египетские танцы в её исполнении «приводили зал в экстаз».

Но было в Фёдоровой и что-то ещё, к чему непросто было подобрать слова, хотя внимательный поэт-философ В.Иванов сумел увидеть «два лика» балерины: «Один внешний, часто повторяющийся в её выступлениях, почти тот, за кого её многие привыкли считать. Это Фёдорова скачущая, необычайно экспрессивная – в танцах египетских, индийских, цыганских, испанских. Но нужно сказать прямо – это не настоящая Фёдорова... Это её официальная дань современному балету. Дневная Фёдорова, скрывающая свою тайну. Есть другая Фёдорова. Почти неподвижная, как бы дремлющая. Но там, в глубине, вспыхивают какие-то зарницы, молнии пробегают во мраке. Чуть заметные движения. Всем своим обликом она будит смутное, тайное воспоминание. И вдруг, догадываясь, испуганный, я восклицаю: О, страшных песен сих не пой/Про древний хаос, про родимый!

И не в состоянии сопротивляться, отдаюсь её обаянию. Связанные стихии, скрытые за обычной жизнью, умеет развязывать эта заклинательница. Её область – тёмная мистика души».

Около пяти лет Фёдорова не решалась приступить к репетициям балета «Жизель», то соглашаясь, то отказываясь, то снова возвращаясь к размышлениям об этой роли. Эту партию она трактовала весьма нетривиально. В истории героини балерину более всего интересовала та часть спектакля, в которой Жизель сходила с ума. Когда Фёдорова, наконец, согласилась под уговорами Горского, то в этом романтически-условном классическом балете на пуантах она захотела показать не грёзу или прозрачный призрак, а настоящую покойницу, даже ведьму. Традиционную тунику Жизели балерина заменила на смертный саван, а гримироваться собиралась «под вампира». Танцовщицу влекла возможность сделать сцену сумасшествия мистической и страшной, что меняло привычно-тривиальную трактовку балета. Тёмная мистика души Фёдоровой в этой роли возобладала над внешней экспрессией экзотических дивертисментов.

Слова Иванова оказались пророческими. В творчестве балерины всё более заметно проступал тёмный фольклор цыганского этноса, в котором так много легенд и сказок о ведьмах, оборотнях, оживающих мертвецах мулло и прочих упырях.

Отец танцовщицы был цыганом, медником по профессии (кузнецы и медных дел мастера – традиционная профессия оседлых цыган в те времена). Когда он умер, вдова осталась с тремя детьми. Родственник Фёдоровых, служивший в Большом театре, сумел пристроить их на полный пансион в Императорское московское театральное училище. Дети попали на балетное отделение.

Балерина воспитывалась вне цыганских обычаев и толком не знала цыганской культуры – романипэ. Обычно это слово переводят именно как «цыганская культура», но его значение гораздо шире и подразумевает саму цыганскую сущность, дух, закон, готовность и стремление следовать ему, осознание и стремление принадлежности к цыганскому этносу. Несмотря на отсутствие романипэ, Фёдорова оставалась романо рат – человеком с «цыганской кровью». К этой категории относятся гадже (этнические цыгане, не имеющие романипэ, так как в силу различных обстоятельств были воспитаны вне цыганской культуры). А национальный архетип всегда берёт своё, но никогда неведомо, когда и каким образом он проявится...

Окончив училище, Фёдорова была принята в балетную труппу императорского Большого театра и сразу зачислена в «корифейки», миновав, вопреки обычаю, кордебалет. Она выступала под псевдонимом Фёдорова 2-я (одна Фёдорова уже была артисткой кордебалета). В 1900 г. балерина заменила Е.Гельцер в партии Мерседес в «Дон Кихоте» Л.Минкуса. Выступление имело успех, и в том же году Фёдорова была переведена в разряд вторых танцовщиц, быстро став балериной 1-го класса, а затем и примой с окладом 4 тыс. руб. в год. Известная парфюмерная фабрика выбрала её своим рекламным лицом. В 1909-1913 гг. Фёдорова участвовала в Русских сезонах С.Дягилева в Париже, станцевав несколько балетов М.Фокина. «В жизни Фёдорова производила впечатление худенького и немощного существа, скромно одетого и довольно неряшливого. На сцене в неё словно вселялся бес, она своим неистовством заражала всю труппу». Современники часто сравнивали её с менадой. Танец вводил её в транс, после которого она долго приходила в себя, понемногу стряхивая остатки чужой судьбы, которую проживала, словно собственную.

Тёмный хаос, о котором провидчески написал В.Иванов, балерина внесла в рафинированный и немного жантильный репертуарный балет Большого театра. Хтонические силы древней цыганской культуры пробудились и вырвались на свободу. И взять их под контроль уже было невозможно. Мрачный цыганский фольклор и инфернальность жестоких романсов внезапно дополнили классический бело-голубой балет магической силой архетипов кочевого народа. И для этого Фёдоровой не было необходимости надевать юбки с оборками и монисто. Балерина танцевала свою Жизель с неистовостью, заставляющей вспомнить: этот балет – трагедия настоящего безумия, а не мелодрама истерического обморока. Мастерство Фёдоровой, уже мерцавшее в прежних её ролях «отблеском загробного света», в новой редакции старого балета явило полную ужаса пластику и мимику, дополненную зловещим гримом. Её зомби-Жизель производила сильное впечатление даже в статике. И тут драматический талант балерины пришёлся весьма кстати. Но, «чтобы найти преступника, нужно думать, как преступник»: чтобы точно сыграть сумасшедшего, следует сделаться им, по крайней мере на время спектакля. В этот лабиринт бывает легко войти, но выход из него всегда непрост. Партия стала для балерины фатальной. Сцену сумасшествия Жизели актриса, наделённая большим даром перевоплощения, проводила столь искренне, что критика писала об уходе от театральной пластики балета к натуралистичности драматического театра, порой даже не зная, как оценить этот ещё непривычный для танцевального искусства феномен. А вскоре врачи констатировали у балерины нервное расстройство: «8 октября 1913 г. театральный врач отметил у Фёдоровой бессонницу, головокружение, упадок сил, повышенную возбудимость: «Раздражительность, впечатлительность, скорая утомляемость, быстрая, резкая смена в настроении — от полной вялости и апатии с обильными слезами до повышенного бодрого, живого состояния духа». Исполнение партии Жизели, к которой балерина готовилась несколько лет, пришлось прекратить.

В 1917 г. срок контракта Фёдоровой с Большим театром истёк, но она ещё изредка появлялась на сцене. С конца 1918 г. тяжёлые психопатологические приступы балерины, трактованные тогда как «неврастенические припадки», стали хроническими. Из-за болезни она всё чаще пропускала спектакли, в силу чего в декабре 1918 г. ей было приостановлено денежное содержание. В январе 1919 г. Фёдорова обратилась в художественно-репертуарный комитет балетной труппы с просьбой о пособии, так как «из-за тяжёлой болезни» не могла участвовать в спектаклях. Во врачебном свидетельстве говорилось, что она страдает «остро-неврастеническими явлениями в тяжёлой форме». Говоря современным языком, речь шла об инвалидности по причине психического расстройства.

В начале 1919 г. балерина уехала из Москвы в Петроград, где работал её муж — П.Оленин, оперный певец, режиссёр и управляющий оперной труппой Мариинского театра. В 1922 г. он умер. Похоронив мужа, балерина весной того же года уехала за границу. Официально считалось, что она отправилась лечиться, но фактически это была эмиграция.

За рубежом Фёдорова в течение некоторого времени выступала в Берлине в пантомиме «Покрывало Пьеретты» по произведению А.Шницлера. Н.Берберова вспоминала: «Когда Чабров и Фёдорова-вторая танцевали польку во втором действии, а мёртвый Пьеро появился на балкончике... я впервые поняла (и навсегда), что такое настоящий театр, и у меня ещё и сейчас проходит по спине холод, когда я вспоминаю шницлеровскую пантомиму в исполнении этих трёх актёров. Такой театр входит в кровь зрителя не метафорически, а буквально, что-то делает с ним, меняет его, влияет на всю его дальнейшую жизнь».

Из Берлина Фёдорова уехала в Париж: там было немало русских эмигрантов, ещё помнивших её по сцене Большого театра. Она давала уроки балета и даже периодически выступала с концертами на эстраде. Но болезнь прогрессировала, и балерина всё больше времени проводила в казённых домах психиатрических больниц.

В 1925-1926 гг. она ещё была в состоянии выступить в труппе А.Павловой, а в 1928 г. Дягилев пригласил её на гастроли «Русского балета». В том же году Фёдорова последний раз вышла на сцену в «Половецких плясках». Её болезнь снова обострилась, балерина была госпитализирована в психиатрическую больницу, откуда её забрал близкий друг Г.Столповский, помогавший ей в течение многих лет.

В 1963 г. Софья Васильевна умерла на 84-м году жизни, в маленькой квартирке под Парижем, где тихо существовала, то приходя в себя, то впадая в прострацию болезни. Некролог вышел лишь через полгода.

Иногда возникает вопрос: что если бы было возможно обойти то место, где «Аннушка уже разлила масло», и тогда последняя капля в роковой момент не переполнила бы чашу? Что если бы Фёдорова станцевала Жизель чуть позже или раньше, а Ницше прошёл другой улицей, не увидев той извозчичьей лошади? Что если бы эти триггерные события не случились или же произошли в другой момент, ведь к тому времени, возможно, и вода в чаше немного испарилась бы?

Само собой разумеется, конфигурация патогенных пазлов в душе танцовщицы уже была готова взорваться безумием, но ведь потенциальная энергия готовности не идентична кинетической энергии осуществления. До тех пор, пока Фёдорова исполняла цыганские, индийские, египетские, испанские танцы, она, по сути, прикасалась к космосу национальных архетипов: Индия – страна происхождения цыган, Египет – по некоторым легендам – тоже, у испанского фламенко – цыганские корни... Эти танцы позволяли гадже Фёдоровой иметь опосредованный контакт с романипэ, служили защитой её хрупкой психики, соединяя персональную крону с историческими и национальными корнями. Балет «Жизель» был лишён этой иммунизирующей прививки этнических архетипов. Танцовщица интуитивно, скорее всего, даже не заметив этого обстоятельства, попыталась внедрить их в совершенно чуждую им культурную структуру, но сделала это неверно. Насильственно втиснутые в чужую среду архетипы взбунтовались. Связь между корнями и листьями прервалась, и крона засохла. Корабль, лишённый лоций и компаса, сел на мель.

Вскоре после С.Фёдоровой партию Жизели исполнила О.Спесивцева. Она тоже была психически больна, но излюбленные жёлтой прессой инфернальные мистические совпадения в данном случае безосновательны: между дебютом в роли Жизели и манифестом психического расстройства Спесивцевой прошло более 10 лет.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного медицинского университета.
Архангельск.

Марии Борец

Июль, парит. Кусково –
волшебный шар, лети
на роликах.
Дождь подождёт,
волшебных крыльев не замочит.
Все мотыльки
успеют по домам.
И пусть упрямый гром клокочет –
не страшен нам!
Листва шумит вверху,
у птиц переполох,
и солнце обнимает ветки –
их силуэты кто придумать мог
поверх асфальта и разметки?
Безукоризненно.
Неповторимо.
Жизнь –
такая же, точнее:
она одна, и мир неразделим.
И мир летит, и ткут узоры ветки,
и мы на роликах – летим...

* * *

Море, штиль, камни пляжа чисты.
В даль, в крики чаек, в шум волн,
за буйки
Кролем, брассом затем, на спине,
до сильной усталости.
Море не только снаружи – во мне
искристость волн и порывы ветров...
Я далеко ото всех берегов.
Тишина.
Дельфины
рядом со мной
на расстояньи руки!
Слышу, как бьётся сердце.
Мир замедлился,
он не вертится,
пока они проплывают мимо
и пока я плыву рядом с ними.
Восторг!
Импринтинг, след в нейронной сети –
не то объяснение! – это грусть
и желание их навестить...
Это тоска.
Облака.
Всплеск воды у виска...
Как мне вспомнилось это?
Я морем полна,
но не морская здесь глубина,
чаек не слышно,
но видится мне
лёгкий плавник на вашей спине.

Сокровенное

Светлана СЕРГЕЕВА

Сквозь поволоку облаков

* * *

Я, словно Вертер, открываю дверь,
но дома нет моей прекрасной Лотты.
Как будто вместо облаков теперь
на небе непривычные пустоты.
И голова, и сердце, и душа
на этой ниве до седьмого пота
трудились – и она ушла.
Но только прав был гениальный Гёте
В своей развязке! – всё теперь не то,
скребут лучи души пустые соты.
Трусливый Вертер, малодушный враг,
Иду в аллее. Мир как был таков.
Но только в небе вместо облаков
следы моей любимой Лотты.

НСС

Сегодня он пришёл другой.
И клён перебирает ветки
Своих молитв и не хранит
ни мой покой,
ни сердце,
что стучит быстрей
в своей надёжной клетке.
Всё сошлось:
прохлада лета, ветер, дождь
по моему окну струится.
В его распахнутых ресницах
сквозь поволоку облаков
такой чарующий ответ
на всё, чего не ждёшь,
готов.
И как тут сердцу не забиться?

Всё нарисовано давно.
Холст, масло. Смелым
мастихином я не добавлю ничего.
Свидетель бытия
в пыли и тени
спального квартала мелом
на асфальте
поэмы пишет дактилем –
не я.
Солнышко ясное, мне просияй!
Да, эти строки обо мне,
о том, как я толкую взгляды,
как мыслю я,
и в этом сне
реальности совсем не надо.
Так не встречайся, не сияй –
такой удар мне непосилен!
Сегодня он пришёл другой –
разгадке жизни равносилен.

ОБ АВТОРЕ. *С.Сергеева – невролог, патофизиолог, доцент кафедры патофизиологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, член Союза журналистов Москвы. Журналистика стала серьёзным увлечением благодаря «Медицинской газете» и университетской многотиражке. Её поэзия – оборотная сторона повседневной рассудительности – эмоции, выточенные из слов и ритма.*

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

Шоколадное дерево; "Золотой язь"; "Гамлет", перс.; Гордец; Овраг; Сетевой мусор; Нимфа-охотница (латин.); Вепрь; Баллада Гете; Беклометазон; Кривая линия; Роман Золя; Муз. темп; Итал. скульптор; Склероз, препарат; Сыпучая сухая масса; Ремни у луки седла; Колесо, ремень; Фармаколог ... Игнарро; Единица силы; Круг развития; Город, Дания; Ягель; "Вам и не снилось"; Уклонение в фехтовании; Номер в цирке; Лесть; Газеты; Ветер, побережье; Зубы; Петька, актер; "Земира и ...", Гретри; Село, Ср. Азия; Футляр, пистолет; Ито-прид; Бурый капуцин; Нем. ботаник; "Слово" лягушки; Антенна (зоол.); Заводская тележка; Армян. молочн. продукт; Грызун, Юж. Америка; Жалобы (разг.); Город, Новгор. обл.; Греч. буква; Зебу; Пирожное; Шлюпка; Крамской, картина; Флам. композитор; Изобретатель; Вентиль

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

Ответы на сканворд, опубликованный в № 37 от 25.09.2019.

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: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА, И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ.
Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 2470
Тираж 17 110 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

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

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