

Медицинская

11 сентября 2019 г.
среда
№ 35 (7902)

Газета®

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

Высокие технологии в практической медицине

Впервые в Бурятии выполнена операция по установке углеродного наноструктурного имплантата



В отделении травматологии и ортопедии Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В.Анганова (Улан-Удэ) выполнены первую в регионе операцию установки углеродного наноструктурного имплантата при сложном переломе.

Для Республики Бурятия данный подход – новинка. Внедрять технологию коллегам помогал доцент кафедры травматологии и ортопедии Казанской государственной медицинской академии, специалист в области онкоортопедии, кандидат медицинских наук Ильдар Сафин.

Во время хирургического вмешательства

Как утверждают в БСМП, проведённая операция входит в первую пятёрку самых сложных, которые выполнены в мире с применением данной технологии. Пациент имел сложный перелом бедра со смещением, и к тому же он находится на аппаратном гемодиализе. До операции мужчина был полностью нетранспортабелен. Хирурги использовали комбинацию углеродного имплантата с фиксирующим стержнем, что позволило заместить дефект бедренной кости. Через некоторое время пациент сможет вставать на ноги.

По словам И.Сафина, такие операции должны перейти из разряда инновационных в категорию рутинных и максимально активно выполняться во всех регионах страны. Потребность в них высока в самых разных ситуациях: при минно-взрывных, автокатастрофах, опухолевых поражениях скелета, в костной фтизиатрии, при поражении мелких костей, в нейрохирургии при поражении позвоночника и т.д.

Елена БУШ,
соп. корр. «МГ».

Улан-Удэ.

Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель
Федерального фонда ОМС:

Нам надо точно находить и оголять проблемы, совместно проговаривать план действий, а потом медленно и верно их решать.

Стр. 6



Сергей ЕМЕЛЬЯНОВ:
президент Общества
эндоскопических хирургов России,
профессор:

Мы не можем остановить процесс, эндоскопическая хирургия будет продолжать развиваться уже помимо нашей воли.

Стр. 7



Борис АКСЕЛЬРОД,
заведующий отделением
анестезиологии и реанимации № 2
РНЦХ им. Б.В.Петровского,
доктор медицинских наук:

Как только происходит разделение на профили, сразу начинается отставание в знаниях и навыках.

Стр. 10



Решения

Не прерывая лечебного процесса

Ремонт почти трети всей амбулаторной сети поликлиник начнётся со следующего года в столице, проводится он будет в 135 медузрешдениях, большими блоками по 30-50 ежегодно. Об этом сообщил, посетив Диагностический клинический центр № 1, мэр Москвы Сергей Собянин.

Это многопрофильное амбулаторное учреждение обслуживает более 274 тыс. человек. В составе центра – 5 филиалов, 23 отделения амбулаторного приёма и 6 диагностических отделений. В дневном стационаре на 82 койки проходят лечение больные с кардиологическими, пульмонологическими, гастроэнтерологическими и другими заболеваниями. В 2019 г. в центре организована также работа стационара онкологического профиля.

«Не прерывать технологический процесс, приём пациентов, в то же время модернизацию своих поликлиник», – такую задачу поставил руководителям этих медузрешдений градоначальник, потребовав от них максимального внимания и к ремонту, и к пациентам.

Одновременно разворачивается информатизация как поликлинического звена, так и стационаров, чтобы они работали как единое целое. «Электронные карты пациентов, которые сегодня уже загружаются, рентгеновские снимки, лабораторные исследования – тоже большая

работа, которая требует от поликлиник выкладки всего массива данных электронных карт, чтобы они стали живыми и уже со следующего года полноценно были помощниками как врачей, так и пациентов», – говорит мэр.

«Модернизация и реконструкция поликлиник проводится в соответствии с самыми современными требованиями, с учётом пожеланий пациентов и медицинских работников», – отметила председатель комиссии Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья Людмила Стебенкова.

Напомним, что Правительством РФ утверждён паспорт приоритетного проекта «Создание новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь». К апрелю 2023 г. на новую схему работы перейдёт большинство медузрешдений по всей стране. Ожидается, что реализация проекта позволит постепенно сократить, а затем и положить конец очередям в регистратуру и на приём к врачам, а также свести к минимуму сроки прохождения диспансеризации и профосмотров. Кроме того, с врачами снимут ненужную бумажную работу, а также перераспределят обязанности между высшим и средним звеньями медперсонала, тем самым повысив качество медицинских услуг и удовлетворённость пациентов работой поликлиник.

Константин ШАРЬИН.
МИА Сити!

Конкурсы

«Добровольцы России – 2019»

Полуфинал конкурса с таким названием завершился в Новосибирске. В него вошёл и проект ямальских профилактологов. Надо отметить, что в нынешнем году отмечено рекордное количество инициатив.

О своём желании участвовать в конкурсе заявили почти 30 тыс. претендентов. После первого этапа к дальнейшим испытаниям были допущены 5 тыс., а в полуфинал вышли 800 конкурсантов. В течение нескольких дней за победу боролись участники из Сибирского, Уральского и Дальневосточного федеральных округов.

Специалисты Ямальского окруж-

ного центра медпрофилактики презентовали проект «Выбор – жизнь!», который имел огромный общественный резонанс по всему Ямалу. Он направлен на профилактику онкологических заболеваний среди людей, проживающих в экстремальных условиях Крайнего Севера, и поддержку тех, кто столкнулся с онкологией. Защищала проект одна из его организаторов, заведующая отделом развития первичной медико-санитарной помощи центра Наталья Ивлева:

– Несмотря на то что обстановка была доброжелательной, во время выступления я очень волновалась. Эмоции просто переполняли – очень трудно за пару минут показать всю глубину и важность работы. Эксперты

познакомились с материалами заранее, поэтому вопросы задавали по существу. Спасибо землякам, которые поддержали меня аплодисментами.

В октябре по всем проектам пройдёт общественное голосование. А итоги подведут в ноябре: тогда в 12 номинациях определят 36 победителей. Лауреатов конкурса «Добровольцы России – 2019» объявят на Международном форуме волонтеров, который по традиции пройдёт в конце года в Москве.

Александр ИВАНОВ,
соп. корр. «МГ».

Ямало-Ненецкий автономный округ.

Новости

Будущие медики приступили к учёбе

Шесть медицинских образовательных организаций Алтайского края успешно завершили приёмную кампанию и начали новый учебный год. Более 4 тыс. студентов – будущих средних медицинских работников – приступили к занятиям.

В этом году в медицинских образовательных организациях увеличено количество бюджетных мест. Медицинские колледжи Бийска, Рубцовска, Камня-на-Оби набрали на одну бюджетную группу больше по специальности «Сестринское дело».

Традиционно наибольшей популярностью у абитуриентов-выпускников школ края пользовались специальности «Сестринское дело», «Лечебное дело» и «Лабораторная диагностика». Конкурс по некоторым специальностям превышал 10 человек на место. В среднем по краю проходной балл на бюджетную основу обучения составил 4,3 балла, на коммерческую – 3,6.

В этом году впервые набраны группы обучения по очно-заочной форме на коммерческой основе для приобретения специальности «Медицинская сестра», в которые зачислены не юные выпускники школ, а те, кто уже работал или работает в медицинских организациях края на должностях младших медицинских работников.

Многие из них имеют среднее специальное, незаконченное высшее и высшее образование по немедицинским специальностям, но приняли решение работать в медицинской отрасли.

Алёна ЖУКОВА.

Алтайский край.

Мама, рули правильно!

В родильных домах Томской области будущих и свежееиспечённых мамочек начали обучать правилам дорожного движения. А именно – безопасной перевозки детей в автомобилях и безопасного перехода проезжей части с коляской.

Разумеется, преподавателями в данном случае выступают не медики, а сотрудники ГИБДД. Старт проекта был дан в Томском областном перинатальном центре, но уже до конца текущего года к нему должны подключиться все учреждения региональной службы родовспоможения. Обучение включает лекционный материал и обязательные тренинги по управлению коляской и закреплению малыша в удерживающем кресле. Первые слушательницы даже получили в подарок от Госавтоинспекции автолюльку.

Елена ЮРИНА.

Томск.

Первая помощь придёт вовремя

Благодаря мероприятиям, входящим в региональный сегмент Национального проекта «Здравоохранение», в Свердловской области больше половины случаев одного из самых распространённых видов злокачественного новообразования – колоректального рака – выявляют на ранней стадии. Уровень достиг целевых показателей и составил 55,6%.

«Положительной статистике способствует внедрение в программу по диспансеризации онкоскрининга, направленного в том числе на раннее обнаружение онкопатологии: анализ содержимого кишечника на скрытую кровь помогает заподозрить опухоль, даже когда человек о ней не подозревает», – рассказал заведующий отделением абдоминальной хирургии онкодиспансера В.Голоднов.

По его словам, ранняя диагностика – залог успешного лечения. При обнаружении этой опухоли на I и II стадии в 90% случаев можно достичь полного выздоровления.

«Простое и безопасное исследование информативно: реагент реагирует на мельчайшие частицы гемоглобина. Обнаружение крови в стуле не означает на 100%, что это рак, для уточнения диагноза рекомендуется пройти ректороманоскопию или колоноскопию, которые назначают на втором этапе диспансеризации», – добавил В.Голоднов.

Повышению выявляемости способствует и методическая работа с пациентами, которую онкодиспансер проводит совместно с общественными организациями. Так, на днях несколько десятков человек посетили «Школу пациентов», темой занятия которой стал колоректальный рак.

Елена ОСТАПОВА.

Екатеринбург.

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

Учёба

Традиция и инновации

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова прошла III Российско-Британская летняя школа по инновационной хирургии.

Она включала три модуля: урология и колопроктология, нейрохирургия и кардиохирургия. Из примерно 90 заявок было отобрано 18 британских студентов-медиков из Оксфорда, Кембриджа, Ноттингема и Лондона.

По словам организаторов, в основе школы лежит идея наставничества, причём речь идёт не только об освоении британскими студентами элементарных хирургических навыков (таких как наложение швов и завязывание узлов) под руководством российских хирургов, но и о взаимном обучении студентов. Поэтому были отобраны студенты разного уровня.

Не менее важна межкультурная коммуникация. Как отметила на открытии школы директор Института лингвистики и межкультурной коммуникации Сеченовского университета кандидат филологических наук Ирина Марковина, английский язык, подобно латыни в Средние века, стал lingua franca науки и медицины. «Образование – самое мощное оружие для изменения мира», – процитировала она известного политика Нельсона Манделу.

Программа школы включала 23 часа отработки хирургических



Участники и организаторы образовательной школы

навыков и 6 дней ассистенций в операционных. Были проведены самостоятельные лапароскопические операции на животных и интерактивный семинар по навыкам общения с больными.

К сожалению, студенты Сеченовского университета участвовали в работе нынешней школы лишь в качестве организаторов.

Подобное мероприятие проходит в третий раз, причём масштабы растут. Если первая школа в 2017 г. насчитывала всего 4 британских студента, причём только из Кембриджа, и была по-

священа лишь урологии, то во второй (2018) их было 12, удвоилось число модулей, а грант посольства Великобритании составил 40 тыс. фунтов стерлингов. По словам представителя посольства Мэтью Лаундза, речь идёт об устойчивой инициативе, иначе говоря – о традиции. Хотелось бы надеяться, что подобные международные летние школы будут проходить не только по хирургии, но и по другим дисциплинам.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ.

Москва.

Проекты

Внешняя оценка гарантирует объективность

«Уровень развития кардиологии и неврологии почти приближается к идеальному» – так высказались представители координационного центра по реализации Федерального проекта «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» после детального знакомства с работой региональных сосудистых центров Санкт-Петербурга.

Члены комиссии побывали в Покровской, Мариинской, Александровской больницах, городских больницах № 2, № 26, № 40, Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе и других клиниках. На протяжении трёх дней эксперты изучали положение дел с укомплектованностью региональных центров квалифицированными кадрами, их оснащённостью медицинским оборудованием и

аппаратурой. Проверяющих интересовало также достижение индикаторов выполнения целевой программы Санкт-Петербурга «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями». Сделанные выводы со знаком плюс в результате увиденного суммировал на совещании в городском Комитете по здравоохранению Михаил Малишевский, главный специалист координационного центра.

– Внешняя оценка гарантирует её объективность, – сказал в ответном слове председатель комитета Дмитрий Лисовец. Вместе с тем он заметил, что наиболее остро в Северной столице стоят сегодня вопросы контроля за терапевтическими мероприятиями после выписки пациентов из стационаров и проведения вторичной профилактики инсультов и инфарктов.

Первый шаг в этом направлении был сделан в этом году, когда удалось обеспечить данную группу пациентов бесплатными лекарственными препаратами. Теперь внимание медицинских управленцев занимает, как пациенты, пройдя курс лечения в региональных сосудистых центрах, наблюдаются в городских поликлиниках, и какое их количество вовлечено во вторичную профилактику. Ныне формируется система эффективного мониторинга.

По мнению «первого» медика Санкт-Петербурга, включив этот ресурс, можно рассчитывать на снижение высоких показателей заболеваемости и смертности.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Ситуация

Травматологи Челябинской областной клинической больницы поставили на ноги 39-летнюю Оксану Козину, которая с детства ходила с большим трудом из-за врождённого вывиха бедра. После второй беременности заболевание прогрессирующее настолько, что молодой маме дали инвалидность, а каждый шаг превратился в испытание.

«В детстве мне дважды делали операции, пытались «вправить» врождённый вывих левого бедра, поставить сустав под правильным углом, но не получилось, – поделилась Оксана. – Я всё детство хромала, одна нога была короче другой, а с возрастом это стало прогрессировать – сустав стёрся,

Какое же это счастье – снова ходить!

развился коксартроз. Были очень сильные боли, приступы, я не спала, мучилась. Бывало, защемило, даже повернуться невозможно. А после второй беременности резко стало хуже, и мне дали инвалидность».

Через год после рождения второго ребёнка Оксана решила на операцию. Главным травматологом области заведующий отделением травматологии-ортопедии № 1 Челябинской областной клинической больницы Леонид Полляк рассказал, что в случае с Оксаной врачам пришлось нелегко: из-за аномального расположения

элементов сустава у подобных пациентов часто страдает позвоночник.

«Пока такие больные молоды, они приспособиваются за счёт избыточной мобильности поясничного отдела позвоночника, – пояснил Л.Полляк. – Когда встаёт вопрос о лечении, необходимо предотвратить развитие последующих патологий позвоночника и улучшить функцию ходьбы».

По словам травматолога, у молодой мамы была очень серьёзная деформация: головка сустава находилась не в вертлужной впадине, а сверху, над ней.

Травматологам пришлось решить сложную задачу: вернуть на место сустав, головка которого не соответствует размерам впадины, да и сама впадина сильно деформирована. Осуществить замену можно только с помощью эндопротезирования тазобедренного сустава, но при такой деформации существует риск осложнения в виде нейропатии седалищного нерва. Поэтому специалисты применили особую методику, которая уже помогла поставить на ноги 15 пациентов с такой же, как у Оксаны, патологией, самой возрастной из которых 70 лет.

В результате сложной операции сустав вернули на место, убрали и укорочение левой ноги. Теперь молодая мама заново учится ходить без костылей и отвыкает от «утиной» походки. Через полтора месяца после операции женщина уже передвигается без посторонней помощи, может нагибаться и поднимать на руки малышей. А к зиме надеется уже бегать наравне со своими детьми.

Наталья МАЛУХИНА, вешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Тенденции

За здоровьем в Россию

Правительство РФ утвердило Стратегию развития экспорта услуг до 2025 г., призванную устранить барьеры, в том числе и мешающие реализации федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг». Включённый в Национальный проект «Здравоохранение», он ставит целью увеличить их объём за этот период по сравнению с 2017 г. не менее чем в четыре раза – до 1 млрд долл.

В разделе «Медицинские услуги» стратегии детально прописано, что необходимо сделать для увеличения их экспорта. Это – преодоление языковых барьеров, в частности связанных с по-

лучением услуг на иностранном языке и обучением медицинского персонала; оказание финансовой помощи экспортёрам медицинских услуг, включая возмещение затрат на международную аккредитацию и сертификацию; проведение цифровизации медицинского сектора, связанной с оцифровкой медицинских карт, использованием больших данных, а также с развитием телемедицины. Предстоит также принять дополнительные меры по продвижению российских поставщиков медицинских услуг и их продуктов за рубежом, обновить устаревший санаторно-курортный фонд страны, решить вопрос трансграничного медицинского страхования, а также

преодолеть административные барьеры, связанные с получением виз для медицинских целей.

По данным Международной ассоциации медицинского туризма, ежегодно за медицинской помощью вне границ своей страны в мире обращаются около 11 млн туристов, к 2025 г. этот сектор медицинских услуг достигнет оборота в 3 трлн долл. Крупнейшими экспортёрами их являются США, Великобритания, Турция, Таиланд, Сингапур, Корея, Индия, Иордания, Коста-Рика, Венгрия, Израиль.

Россия в соответствии с индексом медицинского туризма заняла в 2017 г. 34-е место в рейтинге из 41 страны. В рамках Федерального проекта «Развитие экспорта медицинских услуг» планируется увеличить число пролеченных и поправивших здоровье в нашей стране иностранных граждан в разы.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Ориентиры

Первый детский хоспис в Подмосковье

Координационным центром по поддержке семей, столкнувшихся с тяжёлым заболеванием ребёнка, станет первый в Московской области детский хоспис, который открылся в восстановленной усадьбе Пржевальского в селе Константиново Домодедовского района.

В круглосуточном стационаре – 10 палат для детей с тяжёлыми неизлечимыми заболеваниями вместе с родителями, работает выездная служба паллиативной помощи на дому, уже сформирована команда высококвалифицированных медиков, реабилитологов, психологов, социальных работников.

Хоспис в Подмосковье создан по инициативе Санкт-Петербургского детского хосписа – первого учреждения такого профиля в нашей стране, основателем и руководителем которого является председатель Комиссии Общественной палаты РФ по вопросам благотворительности, гражданского просвещения и социальной ответственности протоиерей Александр Ткаченко. Проект реализован при поддержке правительства Московской обла-

сти, Русской православной церкви на средства благотворительного фонда «Детский хоспис».

«Здесь объединились ресурсы государства, гражданского общества и коммерческих организаций для того, чтобы в регионе, который сравним по масштабам с небольшой европейской страной, появилось учреждение с таким системным подходом, где дети будут обеспечены полноценным медицинским уходом, социально-психологическим сопровождением и получают всю необходимую медикаментозную терапию», – отметил А.Ткаченко на церемонии открытия хосписа. Священнослужитель выразил надежду, что это новое для Подмосковья учреждение станет лидером по развитию паллиативной помощи, и по его примеру подобные хосписы будут открываться в других регионах России. «Надеюсь, что сюда будут приезжать и учиться здесь, таким образом, будет формироваться развитие этого направления в медицине в других регионах страны», – сказал А.Ткаченко.

В церемонии открытия приняли участие губернатор Московской области Андрей Воробьёв и уполномоченный по правам

ребёнка в РФ Анна Кузнецова, которые вместе с представителями регионального Министерства здравоохранения и педагогами осмотрели учреждение. «Мы не говорим о паллиативной помощи только как о медицинском сопровождении – это целый комплекс мер, сегодня принят закон и выделяются средства на паллиативную помощь», – напомнила А.Кузнецова.

Потребности Московской области в оказании паллиативной помощи детям оцениваются экспертами по-разному, но, по общему мнению, в ней нуждаются сотни человек.

Паллиативная помощь является сейчас одним из приоритетных направлений социальной политики, и ключевая задача развития данной сферы – это формирование инфраструктуры помощи детям с тяжёлыми заболеваниями во всех регионах страны, для чего надо объединить все ресурсы, убеждён глава комиссии Общественной палаты РФ отец Александр.

Константин КОСТРОМИН.

МИА Сито!

Московская область.

Инициатива

Названы лучшие

Выставив свыше 900 тыс. оценок, пользователи проекта «Активный гражданин» выбрали лучших столичных медиков. Впервые в 2015 г. этим летом можно было назвать по итогам работы и узких специалистов.

В результате голосования по 10-балльной шкале, которое проходило в два этапа, по количеству набранных баллов в номинациях лучших первенствовали: офтальмолог Светлана Рузаева (поликлиника № 46); кардиолог Наталья Босякова (№ 19); невролог Владимир Оронов (№ 62); эндокринолог Лилия Ажигитова (№ 209); уролог Юрий Вендиктов (диагностический центр № 3); хирург Иван Абуладзе (поликлиника № 22); оториноларинголог Татьяна Гутенева (консультативно-диагностический центр № 4).

Уже традиционно четвёртый раз выбрали пользователи «Активного гражданина» по итогам работы в прошлом году и лучших участковых терапевтов и педиатров. В первой из этих номинаций первое место по набранному баллам поделили два врача из одного медучреждения – поликлиники № 214 – Киаметдин

Садтаров и Татьяна Суханова, а во второй лидирует участковый педиатр детской поликлиники № 15 Валентина Комиссарова. Среди участковых детских медицинских сестёр лучшей названа Каролина Гридина из детской поликлиники № 130.

«Уже несколько лет подряд совместно с проектом «Активный гражданин» мы проводим голосование за лучшего медицинского работника. Голосование, в ходе которого москвичи выбирают своего самого любимого врача, стало действительно народным, – отметил, говоря об итогах голосования активных жителей столицы, руководитель Департамента здравоохранения города Алексей Хрипун. – Более 920 тыс. оценок во всех номинациях голосования поставили на этот раз москвичи врачам столичных поликлиник».

Победителям конкурса вручены почётные грамоты и сувениры от Департамента здравоохранения Москвы и проекта «Активный гражданин».

Валерий СТАЦОВ.

МИА Сито!

Санитарная зона

Жив ещё курилка...



Только в одном из 66 проверенных Роспотребнадзором предприятий уличной сети общественного питания Москвы, изготавливающих и реализующих шаурму, не выявлены нарушения санитарно-эпидемиологических требований к производству и изготовлению пищевой продукции и технических регламентов. Во всех остальных этот «перекус на ходу» несёт угрозу здоровью и жизни людей.

Основанием для проверок столичного Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека стали жалобы покупателей по фактам отравлений при употреблении шаурмы и установленные ранее многочисленные нарушения в деятельности хозяйствующих субъектов.

Как выяснилось в ходе проверки с лабораторными исследованиями сырья и готовой продукции, в 98% таких предприятий шаурма, её многокомпонентные наполнители и салаты изготавливаются из мяса и овощей неизвестных производителей. Документы, подтверждающие качество и безопасность используемого сырья, отсутствуют. Нет и условий для изготовления компонентов и начинок для выпечки изделий.

На готовой продукции не указано время изготовления, нарушаются сроки годности и условия хранения, в том числе температурный режим.

Санитарно-техническое состояние помещений и оборудования – крайне неудовлетворительное, а дезинфекционный режим не организован. Отсутствует даже подводка воды, соответственно нет и условий для обработки инвентаря и соблюдения личной гигиены. Обходится персонал предприятий и без медицинских осмотров и обязательной вакцинации.

Как показала проверка, около 50% исследованных проб готовой продукции и сырья не отвечают обязательным требованиям по микробиологическим показателям. В смывах с рук персонала, инвентаря и оборудования обнаружены бактерии группы кишечной палочки.

Приняты меры для устранения нарушений. В 34 случаях предприятия были незамедлительно опечатаны и деятельность их временно приостановлена, в судебные инстанции направлено 53 административных материала, в отношении 28 предпринимателей вынесены постановления о наложении штрафа.

Но гарантировать, что подобная антисанитария завтра не повторится, Роспотребнадзор, увы, не может, хотя контрольно-надзорные мероприятия и продолжают. Деньги ведь, как известно, не пахнут, тем более кишечной палочкой...

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сито!

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.

Писатели-фантасты уже приучили нас к тому, что почти все их пророчества сбываются в той или иной форме. «Человек-амфибия», «Голова профессора Доуэля», «Собачье сердце» – эти сказки, пусть и с научным уклоном, на которых мы выросли, сегодня становятся былью. Подумалось об этом во время посещения отделения трансплантации, пока единственного на Северном Кавказе, которое вот уже второй год работает на базе Ставропольской краевой клинической больницы.

«Трансплантология, как медицинская наука, относительно молода, – рассказывает главный врач краевой больницы Ростислав Можейко. – В молодой Советской России была целая плеяда выдающихся хирургов, которые занимались пересадкой не то что органов, а целых фрагментов организма (голова щенка). Всем было понятно, что существует система, работающая на отторжение пересаженных органов, и из рамок эксперимента трансплантология должна вырасти в абсолютно рутинную медицинскую практику. Так оно и случилось со временем, но для этого нужна была точка прорыва, когда количество, в том числе, накопленных знаний и опыта, переходит в качество.

Для уверенного в себе хирурга сама по себе трансплантация – это не вызов. Самый сложный момент в трансплантологии – это строгий индивидуальный подбор органов. Это несколько систем, которые позволяют рассматривать именно этот конкретный орган конкретно этому реципиенту. Это иммунология, лабораторное исследование, УЗИ-диагностика и многое другое – то есть большая, мультидисциплинарная проблема.

– **Насколько известно, все российские клиники, занимающиеся трансплантацией, имеют общую базу данных потенциальных доноров и реципиентов.**

– Да, но для этого необходимо войти в программу, которая объединяет эти клиники, что само по себе очень сложно. На этом этапе нам помогли губернатор Ставропольского края Владимир Владимиров и министр здравоохранения края Виктор Мажаров. Если бы не их воля и стремление развивать трансплантацию на Ставрополье – ничего бы не было.

С позиций медицинского интеллекта, манипуляторных действий, обучения, кривой обучаемости и т.д., трансплантация – очень энергоёмка. А если сюда прибавить обеспечение специальной техникой, определённым хирургическим инструментарием, специализированным оперативным блоком... Оперблок встроены в уже существующие размеры хирургического отделения и представляет собой некую герметическую капсулу. Многоступенчатая система очистки воздуха, направления потоков этого воздуха, поддержания повышенного атмосферного давления т.д. Автономная система электропитания в случае любого скачка энергии или отключения позволяет автоматически переводить всё оборудование на питание от аккумуляторов. То есть врачи даже не заметят этого скачка напряжения в сети: все приборы и оборудование будут продолжать работу в штатном режиме.

– **Такой уровень оснащённости предполагает и соответствующий персонал...**

– Конечно, начинали с обучения медиков – в российских центрах, которые специализируются в различных направлениях, а сейчас уже учим за рубежом (в насто-



P. Можейко

если хотите, косность закона, в данном случае сработала в плюс и не позволила нашей трансплантации выйти за рамки этого протокола.

– **Такое «прокрустово ложе» со знаком «+».**

– Да. Определено, что человек как носитель самого главного модулирующего объекта части мозга погиб, но сердце ещё живёт, то есть биологическая смерть ещё не наступила, но при этом наступила смерть мозга. Этот пограничный момент чётко зафиксирован в требованиях по определению донора. Во многом жёсткость нашего закона продиктована тем, что в 90-х годах в

о чём идёт речь, как мы будем мыслить и что будем делать. Мы – единственный субъект в Северо-Кавказском федеральном округе, на территории которого проходят пересадки, и нам никакого криминала здесь не надо. Всё будет предельно прозрачно, в рамках «Закона о донорстве».

– **Сколько пациентов в Ставропольском крае сегодня нуждаются в донорских органах?**

– На гемодиализе у нас около 1000 пациентов, то есть теоретически 25% из этого числа могут стать реципиентами – мы можем им пересадить почку. Количество ограничено исключительно индивидуальными особенностями как донора, так и реципиента. Родственная пересадка иммунологически проще, однако речь идёт лишь о родственниках первой линии. С трупным донорством несколько сложнее. По сути,

Ростову-на-Дону (там активно занимаются пересадкой сердца), но они отказались.

У нас создана база, и мы её активно расширяем, это весьма кропотливая работа по каждому потенциальному донору и реципиенту. Параллельно занимаемся популяризацией самой идеи донорства, чтобы люди не шарахались от этого.

– **Мне кажется, негативную роль могут сыграть религиозные или псевдорелигиозные мотивы: как известно, некоторые верования запрещают даже кровь переливать, а не то что органы пересаживать.**

– Первым нашим донором почки была молодая женщина мусульманка 39 лет. Одна её почка осталась у нас, а другая «уехала» в Москву. У нас в стране принята так называемая презумпция согласия. Исходя из буквы закона,

Наши интервью

От научных вымыслов к сказочной науке

Единственное на Северном Кавказе отделение трансплантации органов пишет свою историю с чистого листа

ящее время готовится обучающая поездка в Бельгию).

Ну и естественно, та самая рутинная практика, о которой я говорил: начали с самого простого в трансплантации – пересадки почки. В 2018 г. у нас было проведено 5 пересадок – 4 почки и 1 печень, в этом году уже 2 почки.

Естественно, все эти пациенты постоянно находятся под нашим контролем. У нас действует правило – «Проперировал = женился»: как будто становишься членом семьи. Мы даже прослеживаем дальнейшую историю донорских органов, которые «уехали» от нас. Когда какую-то клинику принимают в эту программу, у граждан этого субъекта, которым требуется тот или иной орган, появляется возможность войти в базу данных. Например, мы знаем, что одна наша почка «живёт» в Калининградской области, другая – в Московской; в свою очередь, наш пациент в прошлом году получил почку из Красноярска.

– **Наверное, с юридической и этической точки зрения вопрос донорских органов – самый сложный и «скользкий» в трансплантации?**

– Мне кажется, в 90-х годах эту проблему неоправданно раздули. Я в то время работал в Санкт-Петербурге, и уже тогда мы занимались эксплантацией органов. Объявить человека донором – это не просто желание какого-то доктора или группы докторов, это очень жёсткий протокол. В России он один из самых жёстких в мире, и тот факт, что у нас уже 12-13 лет не меняется «Закон о донорстве», о многом говорит. Хотя было много инициатив внести ту или иную поправку со стороны юристов, медицинского сообщества... Вот эта жёсткость,



В операционном блоке отделения трансплантологии

некоторых странах дискредитировали саму идею донорства как такового, это понятие обрело криминальное звучание и стало чуть ли не нарицательным: «чёрная трансплантология», донорский туризм и т.п. Кстати, совершенно точно, что донорский туризм по-прежнему существует: есть спрос, будет и предложение. Некоторые европейские страны ведут с этим серьёзную борьбу. Допустим, вы прибыли в эту страну, и выясняется, что вам пересадили орган, или же у вас изъяли орган, на вас сразу будет заведено уголовное дело. С каждым годом это упорядочивается.

Свою работу мы начали с того, что собрали на «круглый стол» представителей силового блока нашего региона, пригласили профессоров из Москвы, которые прочитали силовикам лекцию об особенностях трансплантологии. Во вступительном слове я сказал буквально следующее: «Я очень хотел бы, чтобы вы понимали,

мы сохраняем органы в теле, у которого ещё работает сердце, а мозг уже погиб».

Почти двухлетний опыт работы подсказывает места, где вся эта система немного буксует. Мы спотыкаемся на эксплантации – изъятии органов. Например, две недели назад у нас было три потенциальных донора, но ни один таковым не стал: у одного нашли инфекцию печени, у другого – венерическое заболевание, у третьего – ещё что-то. Понятно, что ни о каком донорстве и речи быть не может – вот это и есть «прокрустово ложе» в действии.

– **Планируется ли переход на более высокий уровень трансплантации?**

– Мы обсуждали в принципе возможность пересадки сердца в нашем отделении, но пока отказались, перенесли на 2021 г. Сердце – это внутривидеокардиональная история, сердце долго не живёт, и его технически сложно куда-то отвезти. У нас было два донора, и мы предложили это

у потенциального донора нет необходимости спрашивать, и, если при нём нет документа, что он не хочет быть донором, он автоматически подпадает под статус презумпции о пересадке. Но мы всё равно не рассматриваем его как донора, не поговорив предварительно с семьёй, близкими родственниками.

– **Понятно, что трансплантация совершается не каждый день, но ведь такое оборудование не может простаивать?**

– Нет, конечно. Ежедневно отделение трансплантологии работает по нескольким направлениям: абдоминальная хирургия, урология, в том числе некоторые коллеги занимаются и реконструктивной хирургией. Помимо двух операционных, о которых я уже говорил, отделение трансплантологии – это стационар на 25 коек, где три палаты – для иммунокомпрометированных (перенёвших трансплантацию). И стерильность там поддерживается на уровне операционного блока.

Коллектив – 30 человек: 9 врачей и средний медперсонал. Руководит отделением Сергей Толчанов, высококлассный хирург, все – опытные специалисты, понимают друг друга с полуслова. Буквально сейчас, когда мы говорим, один из врачей в свой день рождения делает операцию. Кстати, я тоже в свой день рождения всегда стараюсь оперировать.

* * *

Согласитесь: приятно в свой день рождения получать подарки. Но ещё приятнее – делать их. Ведь это так здорово – в этот день подарить человеку самое дорогое, что только можно представить, – жизнь. Поистине сказочный подарок!

Беседу вёл Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.

Перемены

Региональный медицинский кластер будет создан в рамках реализации Национального проекта «Здравоохранение» на севере Республики Карелия. Он объединит Кемскую, Беломорскую, Лоухскую центральные районные больницы и узловую больницу сети «РЖД-Медицина» на станции Кемь.

«Это позволит создать единый ресурс медицинского оборудования и единый потенциал врачебных кадров, а также специализированные медицинские центры по ряду направлений, чтобы люди могли получать высококвалифицированную помощь, не выезжая в Петрозаводск», – подчеркнул на совещании, посвящённом созданию кластера, глава республики Артур Парфенчиков.

Медучреждения севера оснастят современным диагностическим оборудованием, для первичного сосудистого центра уже приобретён компьютерный томограф. Предусматривается строительство вертолётных площадок для санитарной авиации и пункта постоянного круглогодичного базирования вертолётов. Появятся и новые отделения: для больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения, медицинской реабилитации. Будут созданы травматологический центр, центры амбулаторной онкологической помощи и общественного здоровья жителей арктической зоны. Входящие в кластер медорганизации могут получить также особые условия финансирования, комплектования кадрами и т.д.

География арктической медицины прирастает



Только вертолётом можно долететь...

Дефицит врачей в Карелии составляет, по данным республиканского Минздрава, 537 человек, из них в амбулаторно-поликлинических подразделениях – 456, в стационарах – 58, в службе скорой медицинской помощи – 23. Для привлечения кадров в республике предусма-

триваются разовые выплаты в 500 тыс. – 1 млн руб. и выделение служебного жилья.

Система здравоохранения в Арктической зоне России имеет стратегическое значение для развития русского Севера, и поставленная Президентом РФ в его Послании Федеральному

Собранию задача обеспечить к 2020 г. тотальную доступность медицинской помощи имеет для многих субъектов Федерации ключевое значение. Основные направления её решения – развитие первичного звена и санитарной авиации, телемедицины, выездных форм медицинского обслуживания, привлечение и закрепление кадров.

«К сожалению, глубина проблемы в нашем здравоохранении такая, что систему надо менять полностью – и очень важно при этом сделать жизнь и работу наших медиков легче, а не сложнее (как это порой бывает при реформах)», – написал после встречи с руководством Минздрава России врио губернатора Мурманской области Андрей Чибис.

«Регионы Арктической зоны России, начиная с Дальнего Востока и заканчивая Мурманской областью, отличаются друг от друга. Где-то транспортная доступность выше, а где-то вообще нет возможности добраться до людей. Но в соответствующих методиках эти особенности почему-то не учитываются», – посетовал на недавнем заседании Совета по Арктике и Антарктике при Совете Федерации на тему «Актуальные проблемы здра-

воохранения в субъектах РФ, входящих в состав Арктической зоны РФ», сенатор, представитель от исполнительного органа государственной власти Республики Саха (Якутия) Егор Борисов. По его мнению, нельзя применять единый подход к здравоохранению Архангельской области и, к примеру, Чукотки. В арктических населённых пунктах по нормативам работает один врач – терапевт или педиатр, а требования к выездным бригадам до сих пор не сформированы. Их работа финансируется местным бюджетом, хотя такие затраты логично возмещать за счёт средств ОМС. Роль скорой помощи в арктических регионах зачастую выполняет санитарная авиация, но и её работа не финансируется фондом ОМС. А использование телемедицины на многих территориях невозможно.

Решением этих и других вопросов и занята созданная в Минздраве России рабочая группа по развитию медицины в арктическом регионе.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.

МИА Сито!

Республика Карелия.

Проекты

Стандарт меняется

Пластическая хирургия выходит из тени

Расширенные блоки обучения по таким смежным специальностям, как микрососудистая хирургия кисти, искусство и скульптура предусматривает новый федеральный образовательный стандарт по специальности «Пластическая хирургия», проект которого разработан Министерством здравоохранения РФ. Вместо двухлетнего обучения по этой специальности вводится пятилетняя ординатура.

О том, что ждёт студентов и профессионалов пластической хирургии, смогут ли новые правила повлиять на практику врачей с сомнительной репутацией, рассказала на мультимедийном «круглом столе» «Россия сегодня» заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова. По её словам, новый более пролонгированный срок подготовки специалистов «разбит на два уровня: первый – подготовка в течение 2 лет, и второй – подготовка в течение 3 лет». Такая единая образовательная программа с междисциплинарными предметами будет практиковаться на всех кафедрах пластической хирургии государственных вузов. Они обязаны обеспечить подходящую клиническую базу, а студенты должны получать соответствующий объём знаний, добавила Т.Семёнова.

«Завершить разработку профильного профессионального стандарта планируется в 2019 г., а образовательного стандарта – к 2020 г., уточнила заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный специалист пластического хирурга Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы Наталья Мантурова. – Если нам удастся утвердить стандарт до конца года, то с 2020 г. мы можем надеяться на то, что наши будущие специалисты будут проходить положенный срок обучения, который соответствует международным стандартам».

Что касается знаний ординаторов в области искусства и скульптуры, то пластический хирург, по мнению Т.Мантуровой, это «ещё и творческая личность, имеющая дело с внешностью населения». Проблема, кстати, уже начала решаться ещё в 2016 г., когда вместе с Пушкинским музеем столицы была запущена специальная программа.

В прошлом году Минздрав России ужесточил профильные регламенты к организации работы клиники и отделения пластической хирургии (обязательное наличие стационара, КТ, МРТ, реанимации и т.д.). Последующие внеплановые проверки Росздравнадзора, проведённые по поручению заместителя председателя Правительства РФ Татьяны Голиковой в связи с сообщениями о случаях гибели пациенток после операций (в 2018 г. их было зафиксировано 6) нашли свыше 3200 нарушений в 68,1% из 1257 таких медучреждений.

Негативно влияющие на состояние здоровья пациентов и приводящие к угрозе их жизни нарушения выявлены в медицинских организациях Башкирии, Бурятии, Татарстана, Краснодарского и Пермского краёв, Волгоградской, Калининградской, Кировской, Московской, Новосибирской областей, Москвы и Санкт-Петербурга, Ханты-Мансийского автономного округа и других регионов. В основном они были связаны с отсутствием в круглосуточного стационара, в том числе в случае необходимости проведения реанимационных мероприятий. В ряде клиник выявили использование незарегистрированных, фальсифицированных, недоброкачественных лекарств, лекарственных препаратов с истекшим сроком годности. В ряде регионов в таких учреждениях работали специалисты, не имеющие необходимой квалификационной подготовки. Около 20% из проверенных медорганизаций остановили свою деятельность.

Теперь, похоже, пластическая хирургия начинает выходить из тени...

Константин БЕЗНЕГ.

МИА Сито!

Сотрудничество

Российско-Гвинейский научно-исследовательский центр эпидемиологии и профилактики инфекционных болезней, созданный во время ликвидации охватившей в 2013-2016 годах Гвинею, Либерию и Сьерра-Леоне эпидемии лихорадки Эбола, до сих пор проводит до полутысячи исследований в сутки.

представителей местных медицинских, ветеринарных и научно-исследовательских учреждений.

Российская Федерация одной из первых активно включилась в международную повестку по разработке стратегии противодействия эпидемии лихорадки Эбола.

Эпидемия лихорадки Эбола вызвала тогда чрезвычайную ситуацию в области

Вместе против Эболы

«Несмотря на то, что сейчас она успешно ликвидирована, лабораторные модули Роспотребнадзора продолжают работать и готовы к проведению лабораторной диагностики особо опасных инфекционных заболеваний», – говорит руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анна Попова. – Наши специалисты разработали 18 новых диагностических препаратов, которые позволяют выявлять маркеры возбудителей опасных инфекционных болезней, семь из них уже зарегистрированы в России и успешно применяются на территории нашей страны. Созданы также варианты вакцин против болезней, вызванных вирусами Эбола и лихорадки Ласа и других инфекций».

Особое место среди этих разработок занимает зарегистрированная в прошлом году пептидная вакцина против лихорадки Эбола, эффективность которой доказана в рамках доклинических и клинических исследований. Учёные нашли также способ получения эффективной гетерологичной сыворотки для экстренной профилактики этой инфекции, которая защищает животных, заражённых летальными дозами вируса.

По словам А.Поповой, в центре сформирована современная лабораторная база, позволяющая проводить лабораторную диагностику всех особо опасных инфекционных болезней. За пять лет прошли уже 23 обучающих курса, на которых повысили свою квалификацию более 800

общественного здравоохранения этой и ряда других западноафриканских стран, она стала реальной угрозой национальной безопасности во всём мире. Инфекция была завезена в семь стран, в том числе в четыре с развитой экономикой – Великобританию, Испанию, Италию и США. Общее число больных превысило, по данным Всемирной организации здравоохранения, 28,5 тыс. человек, более 11 тыс. случаев закончились летальным исходом.

«Наша задача – защищать людей от инфекций и эпидемий. Российская Федерация сделала значительный вклад в развитие санитарно-эпидемиологической службы западно-африканского региона, – подчеркнула А.Попова. – Мы видим, что уже есть хорошие результаты, а также перспективы по укреплению национальных систем реагирования и обеспечения биологической безопасности».

В настоящее время лабораторные модули Роспотребнадзора продолжают работать в Гвинее. Для укрепления национальных возможностей республики по осуществлению диагностики инфекций наша страна подарила ей мобильные лаборатории, помогла также справиться с вспышками холеры, кори, жёлтой лихорадки. Но риски развития этих и других инфекций, считают специалисты ведомства, остаются в этом регионе весьма высокими.

Валерий МАЛОВ.

МИА Сито!

В Москве в Федеральном фонде обязательного медицинского страхования прошла встреча председателя фонда Натальи Стадченко с представителями Всероссийского союза пациентов и Всероссийского союза страховщиков.

Расширяя контакты

– Диалог и контакты с пациентскими организациями не прерывались на протяжении семи лет, однако на площадке Федерального фонда мы встречаемся впервые, – отметила Наталья Николаевна, открывая мероприятие. – У нас немало тем для обсуждения. Назрела потребность изменить формат нашего взаимодействия, и это должно положительно отразиться на 146 млн застрахованных пациентов. Наша главная задача – персонализированный подход к каждому из них.

Далее Н.Стадченко напомнила собравшимся, что ФФОМС, территориальные фонды и страховые медицинские организации задействованы в реализации всех составных частей Национального проекта «Здравоохранение». Особенно велика их роль в выполнении федеральных проектов по развитию первичной медико-санитарной помощи, борьбе с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями, детскому здравоохранению, созданию национальных медицинских исследовательских центров. В рамках реализации этих проектов для системы ОМС определены конкретные контрольные точки.

Защита прав застрахованных – одно из кардинальных направлений деятельности ОМС. С целью совершенствования этой работы на территории каждого субъекта РФ действуют специальные межрегиональные координационные советы по защите прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. Они являются межведомственными: в каждый из них помимо специ-

Проблемы и решения

По плану единых действий

Диалог системы ОМС и организаций пациентов выходит на качественно новый уровень

циями и системой ОМС сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв. Эта необходимость, по мнению Юрия Александровича, вызвана тремя причинами. Во-первых, система ОМС всё глубже проникает в наше здравоохранение. Во-вторых, пациенты и представляющие их организации как никто другой заинтересованы в успешной реализации национального проекта. Наконец, необходимость новых подходов и форм взаимодействия продиктована формированием пациентоориентированной модели здравоохранения.

Конкретным шагом по совершенствованию взаимодействия между пациентскими организациями и системой ОМС могло бы стать, считает Ю.Жулёв, создание совета общественных организаций по защите прав пациентов при федеральном фонде. Такие советы уже существуют при Минздраве России и Росздравнадзоре. Механизм их деятельности отлажен. Они доказали свою эффективность.

В целом положительно оценив деятельность межрегиональных координационных советов по защите прав застрахованных лиц, о которых упоминала Н.Стадченко, Юрий Александрович отметил существенный недостаток их форми-



Н.Стадченко и Ю.Жулёв

самих компаний или же недостатка нормативно-правовой базы. В последнем случае союз пациентов готов инициировать и продвигать соответствующие изменения в законодательстве.

Завершая своё выступление, Ю.Жулёв предложил собравшимся уже в ходе этой встречи очертить контуры системы взаимодействия пациентских организаций с

и с пациентскими организациями, Н.Дронов выделил проблему погружения в систему ОМС льготного лекарственного обеспечения онкологическими препаратами.

Для совершенствования практики взаимодействия пациентских союзов со страховыми организациями Николай Петрович считает целесообразным создать специальную рабочую группу или провести многоэтапное совещание. Движение против рака имеет положительный пятилетний опыт договорных отношений со Всероссийским союзом страховщиков, страховыми компаниями. Нередко представители Движения против рака именно туда отправляют пациентов для решения их медицинских проблем. Этот опыт может быть взят на вооружение.

Спящий актив, как выразился Н.Дронов, которым многие годы было ОМС, активно включился в работу, и у него есть надежда, что пациентские союзы однажды будут вытеснены с поля защиты прав застрахованных самими страховыми медицинскими организациями. В этом плане миссия пациентских союзов будет выполнена. На сегодняшний день уже работают 16 тыс. страховых представителей. За первые шесть месяцев текущего года страховые представители третьего уровня получили 15 тыс. обращений и жалоб по лечению онкологических заболеваний. Это колоссальный объём работы, и никогда никакая общественная организация не справится с ним. ОМС – это единственная эффективная система защиты прав застрахованных пациентов.

В ответной реплике Ю.Жулёв выразил своё несогласие с прогнозами Н.Дронова. Юрий Александрович полагает, что в полной мере страховая организация никогда не сможет заместить пациентскую. Лишь в их тесном взаимодействии и дополнении друг друга работа может быть наиболее эффективной.

Требуется вмешательство

Тревогу по поводу ситуации, сложившейся с проведением гемодиализа больным хронической почечной недостаточностью, донесла до участников встречи председатель межрегиональной общественной организации нефрологических пациентов Людмила Кондрашова.

В целом она весьма положительно оценила передачу финансирования диализной помощи в систему ОМС. Это спасло десятки тысяч жизней, отметила Людмила Михайловна. Когда финансирование шло из бюджетов регионов, диализная служба ощущала крайнюю нехватку в средствах, поскольку лишь Москва, Петербург и ещё несколько городов-миллионников были в состоянии её обеспечить в полной мере. С изменением системы финансирования в сферу предоставления услуг гемодиализа ринулись частные компании. Стали стремительно создаваться государственно-частные партнёрства, которые на данный момент оказывают около 90% этой помощи, и в результате катастрофическая нехватка диализных мест была за короткий срок ликвидирована. Однако некоторое время назад возникли проблемы с выделением медицинской помощи, то есть недоплаты, причём за уже проведённые процедуры. Недовыделение объёмов стало хроническим.

Не менее сложное положение и с тарифами на оплату процедур гемодиализа. В регионах они произвольно снижаются. В 16 регионах, по которым на данный момент имеется информация, тарифы снижены на величину от 4 до 40%. Ситуация требует скорейшего вмешательства со стороны федерального фонда, к чему и призвала Л.Кондрашова.

В федеральный фонд – с готовыми проектами

От имени Всероссийского союза страховщиков выступил его вице-президент Дмитрий Кузнецов. Он изложил точку зрения союза на проблему развития взаимодействия между страховыми медицинскими организациями и общественными организациями пациентов. По мнению Дмитрия Юрьевича, было бы правильным детально проработать эту проблему вначале на площадке союза страховщиков и подготовленные проекты решений вынести на обсуждение в федеральном фонде. Определённо должна быть продолжена совместная информационная работа, выпуск той же инфографики, которая пользуется большой популярностью, публикуется в различных СМИ.

Проблемы надо оголять

В своём заключительном слове Н.Стадченко подвела итог встречи. Она выразила готовность к совместной работе по каждой изложенной в ходе дискуссии проблеме и предложила подписать рамочное соглашение между Федеральным фондом ОМС и Всероссийским союзом пациентов по основным направлениям взаимодействия. Такое взаимодействие руководитель ФФОМС считает крайне необходимым, поскольку большинство застрахованных пациентов до сих пор не знают свои страховые организации, свои права, не представляют, что у них есть возможность обращаться к страховым представителям и т.д. Курировать совместную работу со стороны ФФОМС поручено заместителю председателя федерального фонда Елене Сучковой. Идею создания отдельного совета общественных организаций по защите прав пациентов при федеральном фонде Н.Стадченко сочла не самой рациональной и предложила другой вариант – включить представителей Всероссийского союза пациентов в состав федерального межведомственного совета по организации защиты прав застрахованных лиц. «Нам надо точно находить и оголять проблемы, совместно проговаривать план действий, потом медленно и верно, а где-то, может быть, рывками их решать», – сказала руководитель ФФОМС.

Тимофей КОЗЛОВ,
корр. «МГ».

Фото Кирьяна ОЛЕГОВА.



Во время встречи

алистов территориальных фондов ОМС и органов исполнительной власти в сфере здравоохранения входят представители медицинских организаций, страховщиков, профсоюзов, структур Росздравнадзора. Работа координационных советов направлена прежде всего на определение коллективными усилиями причин ухудшения тех или иных показателей в области здравоохранения и выработку мер по их устранению. В данном ключе следует рассматривать и встречу с представителями пациентских организаций и союза страховщиков на площадке ФФОМС. Н.Стадченко предложила обсудить накопившиеся проблемы и создать понятную всем сторонам «дорожную карту» по совершенствованию диалога и взаимодействия.

Необходим системный подход

Так оценил сложившуюся ситуацию в плане взаимодействия между пациентскими организа-

циями: в состав этих советов не входят представители пациентских организаций. Всероссийский союз пациентов готов подключиться к работе координационных советов, подготовить к этой деятельности общественников, для чего в рамках ближайшего Всероссийского конгресса пациентов, запланированного на ноябрь текущего года, целесообразно провести специальные обучающие тренинги.

Механизм взаимодействия союза пациентов со страховыми медицинскими организациями, полагает Ю.Жулёв, требует всестороннего совершенствования и детальной проработки. Необходимо не только работать вместе и дополнять друг друга, но и снимать некий пласт информации об эффективности деятельности системы, другими словами, нужна хорошо функционирующая обратная связь. Если в каких-то направлениях страховые компании проваливаются, требуется анализ ситуации и выяснение, что тому причиной – неграмотная работа

ФФОМС и по завершении дискуссии составить план-график рабочих совещаний для обсуждения проблем по каждой нозологии.

Мнения разошлись

Николай Дронов, председатель координационного совета Движения против рака, выразил благодарность Федеральному фонду ОМС и лично Н.Стадченко за работу по выполнению федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями». Николай Петрович считает, что именно система ОМС стала основным драйвером в его реализации. Также он высоко оценил новые «Правила обязательного медицинского страхования», принятые приказом Минздрава России № 108н от 28.02.2019 и начавшие действовать с 28 мая. Этот документ Н.Дронов назвал прорывным.

В ряду вопросов, требующих долгого и всестороннего обсуждения на разных уровнях, в том числе

Как рождаются новые технологии в хирургии? Насколько доказательна эффективность рекламируемых малоинвазивных и неинвазивных хирургических методов? Чем опасна мода на симуляционные центры?

О достижениях и проблемах, о прошлом, настоящем и будущем мировой и отечественной эндовидеохирургии корреспонденту «МГ» рассказал президент Общества эндоскопических хирургов России (РОЭХ), доктор медицинских наук, профессор Сергей ЕМЕЛЬЯНОВ.

Жизнь как детектив

Историю нельзя повернуть вспять, в том числе эволюционную историю хирургии. Тридцать лет назад в качестве альтернативы большому хирургическому доступу появился сначала малый, а затем и мини-доступ. Вектор на малоинвазивность хирургических вмешательств уже вряд ли будет когда-либо отменён. Единственное, что подлежит изменению, – приоритетность экспертных оценок. Как ни странно, поначалу очень многое в развитии эндоскопической хирургии определяли и даже диктовали производители оборудования и инструментария. То есть маркетинг правил бал.

– В начале 1990-х годов, когда началась эра эндовидеохирургии, одна иностранная компания выпустила инструменты диаметром 2,2 мм, эндоскоп диаметром 2,8 мм, специальные микро-ножницы и зажимы. До этого были инструменты диаметром 5 мм. Эндоскоп сначала встретили предложение инженеров с восторгом: троакар со столь миниатюрным инструментом можно ввести на любом участке тела и потом не зашивать кожу, что обеспечивает высокий косметический эффект. Однако очень скоро обнаружилось неудобство: инструменты в силу своей особой тонкости пружинили, что создавало дополнительные сложности для оператора. И постепенно от этой идеи отказались, потому что хирурги проголосовали «против». Лишь в начале 2000-х годов другие производители сумели сделать инструмент для мини-лапароскопии без пружинящего эффекта, и сегодня мы видим растущую популярность данного направления малоинвазивной хирургии, в том числе в России, – рассказывает С.Емельянов.

История с мини-эндоскопическим инструментарием показала: логика, когда не хирурги диктуют инженерам и конструкторам, что им нужно, а наоборот – инженеры и маркетологи диктуют хирургам, – была неправильной. В итоге теперь все крупные компании, которые выпускают программно-аппаратное обеспечение для выполнения малоинвазивных операций, сначала приглашают opinion leaders (англ. лидер мнения. – авт.) из разных стран и разных областей хирургии, задача которых – оценить, насколько удобно будет очередное изобретение в использовании.

– К примеру, физики-оптики придумали для эндовидеохирургии телескоп «рыбий глаз», который имеет обзор на 360° и способен менять глубину резкости. Инженер может его сделать, а нужно ли это хирургам? – поясняет президент РОЭХ, который неоднократно был участником таких саммитов.

Нужно заметить, что очень многие разработки немецких и японских инженеров были основаны на идеях советских конструкторов. Эти идеи, защищённые отечественными патентами, в своё время поступали в Министерство промышленности СССР, в частности из Всесоюзного научно-исследовательского института медицинского приборостроения. В нашей стране они оказались не востребованы, зато каким-то образом «уплыли» за границу и там были реализованы в виде высокотехнологичного медицинского оборудования, которое мы теперь приобретаем за большие деньги.

– Это не детектив – это жизнь. Замечательные предложения отечественных конструкторских бюро каким-то образом оказались в распоряжении их зарубежных конку-

рентов, – с сожалением говорит С.Емельянов.

Специальная оптика для хирургии и сшивающие аппараты, которыми сегодня оснащены видеоскопические стойки, когда-то впервые были предложены именно в Советском Союзе. Кстати, и сам фиброскоп как конструкция разработан на Ленинградском оптико-механическом объединении им. В.И.Ленина ещё в 1960-х годах для нужд советской армии: с его помощью можно проводить диагностику двигателя танка. Идея фиброскопа как оптической системы очень заинтересовала японскую компанию «Олимпус», которая сделала её основой медицинского инструментария и тем самым положила начало будущей эндоскопии. Так японская

компания не только прославилась, но и сказочно обогатилась на интеллектуальном продукте советских инженеров. А в музее фирмы «Олимпус» главный экспонат – фотография того самого плоского технического эндоскопа, сделанного на Ленинградском оптико-механическом объединении им. В.И.Ленина. «Спасибо русским», – не перестают говорить предприниматели японцы.

Разумеется, сегодня российские изобретатели более подкованы и оформляют уже международные патенты, что осложняет возможность заимствования и присвоения чужих идей. Но вопрос востребованности интеллекта отечественных кулибиных здесь, на российских просторах, по-прежнему актуален. В настоящее время, по словам С.Емельянова, в стране работает несколько инженерных компаний, где есть оригинальные решения для новых медицинских инструментов и аппаратов. Задача государства – поддерживать своих и вывести производство на тот уровень, когда можно будет говорить об импортозамещении.

Точка зрения

Что возьмём в будущее?

Завтрашний день эндохирургии должны определять сами хирурги

компания не только прославилась, но и сказочно обогатилась на интеллектуальном продукте советских инженеров. А в музее фирмы «Олимпус» главный экспонат – фотография того самого плоского технического эндоскопа, сделанного на Ленинградском оптико-механическом объединении им. В.И.Ленина. «Спасибо русским», – не перестают говорить предприниматели японцы.

Разумеется, сегодня российские изобретатели более подкованы и оформляют уже международные патенты, что осложняет возможность заимствования и присвоения чужих идей. Но вопрос востребованности интеллекта отечественных кулибиных здесь, на российских просторах, по-прежнему актуален. В настоящее время, по словам С.Емельянова, в стране работает несколько инженерных компаний, где есть оригинальные решения для новых медицинских инструментов и аппаратов. Задача государства – поддерживать своих и вывести производство на тот уровень, когда можно будет говорить об импортозамещении.

В сторону абсолютного минимума

Кстати, среди хирургов до сих пор остаются те, кто утверждает, что нет существенных различий в результатах операций, выполненных из большого доступа и из мини-доступа. Основной показатель – послеоперационные осложнения – сопоставим. Тогда зачем усложнять работу хирургу и удорожать себестоимость оперативного лечения?

– Такие голоса в профессиональном сообществе уже немногочисленны. Но я в очередной раз отвечаю им: после малоинвазивных вмешательств в раннем послеоперационном периоде человек чувствует себя более комфортно, он не нуждается в постоянном уходе, его состояние не требует длительной коррекции с помощью лекарств. Разве это не убедительные доводы? Мы говорим не только о гуманизации хирургии, но и об экономическом эффекте эндохирургических вмешательств, – приводит доводы мой собеседник. Появилась понятие «офисная медицина»: целый ряд оперативных вмешательств в гинекологии, травматологии, герниологии и даже абдоминальной хирургии может быть выполнен таким образом, что пациент в пятницу вечером госпитализируется, в субботу оперируется, в воскресенье выписывается и в понедельник идёт на работу. При открытых операциях такое невозможно.

И всё-таки: а нужно ли это хирургу? Ему от нововведений, предложенных физиками, становится легче, удобнее работать?

– Современное поколение молодых хирургов приходит в профессию уже со знанием IT, они умеют в огромном море знаний быстро

найти необходимую информацию, не перечитывая все книги подряд, и приложить эту информацию к решению сиюминутной задачи. Как это связано с мини-лапароскопией? Самым непосредственным образом: происходит изменение культуры производства. Хирурги, определившие для себя эндохирургию как способ операционного доступа, готовы применять новые подходы к решению старой задачи. Причём мы не можем остановить процесс, эндохирургия будет продолжать развиваться уже помимо нашей воли, – убеждён С.Емельянов.

В том числе в стадии развития находится роботассистированная хирургия, которую в нашей стране в угоду маркетологам ошибочно называют роботической. Во время Всероссийского хирургического форума-2019 именно президент РОЭХ отметил, что к настоящему времени роботассистированная хирургия не оправдала надежд, так как «нет явных преимуществ использования роботической платформы плюс дороговизна технологического обеспечения». В таком случае имеет ли смысл доводить до ума отечественную роботизированную платформу и пытаться утвердиться на рынке как производители такого оборудования, если уже очевидно, что особого смысла в этой хирургической технологии нет?

– Абсолютно неочевидно. На самом деле этот путь перспективный. Просто в настоящее время в мире нет как таковой роботхирургии, а есть лишь технология использования дистанционного манипулятора, когда на большом расстоянии хирург может очень точно управлять инструментами. Давая оценку на форуме, я имел в виду именно эрзац роботической хирургии – дистанционный манипулятор. А настоящий хирургический робот – это механизм, который по нашему заданию и вообще без нашего участия будет выполнять то, что мы хотим, – поясняет С.Емельянов.

По большому счёту, считает президент РОЭХ, наличие в клинике дистанционного манипулятора больше работает на имидж, чем на решение клинических задач. Области его применения весьма ограничены – хирургия малых пространств. Да и то не обязательно, поскольку есть набор лапароскопических инструментов, которые позволяют точно так же выполнить эти операции.

С.Емельянов признаётся, что в начале 2000-х годов правление РОЭХ было инициатором приобретения первой роботической платформы для России, и его тогда поддержал главный хирург Минздрава академик РАН В.Фёдоров. С учётом огромных пространств нашей страны предполагалось использовать эту технологию дистанционно: оптоволоконная связь проложена от Москвы до Дальнего Востока, консоль от робота можно возить по регионам и, сидя в Москве за манипулятором, оперировать пациента где-нибудь на Сахалине. Однако федеральный Минздрав, узнав стоимость оборудования, сказал однозначное «нет» дистанционной хирургии.

Поэтому регионы, которые побогаче, стали заниматься покупкой роботической платформ для самих себя. Первыми это сделали Ханты-Мансийский автономный округ и Свердловская область. Тогда смысл покупки был один – чем мы хуже остального мира? Но, как считает мой собеседник, продолжать и дальше покупать таких роботов уже нецелесообразно.

для проведения дистанционной КТ прямо во время операции. Капсульная эндоскопия трансформировалась в капсульную хирургию: две программируемые капсулы запускают в брюшную полость, а хирург, сидя у компьютера, ими манипулирует. Капсулы по команде оператора соединяются и образуют микроинструмент, который добирается до края печени и забирает фрагмент ткани для исследования. Это вариант безопасной роботассистированной биопсии. Если доведут до конвейера – будет хорошо.

Наконец, ещё один пример того, как неудачная идея неожиданно получила продолжение в совершенно другом направлении – продуктивном. В Индии хирург-экспериментатор решил использовать гибкий

эндоскоп для того, чтобы выполнять аппендэктомию через желудок. – Я был на конференции, где этот специалист выступал с докладом о своём опыте «операций через естественные отверстия». Аудитория продемонстрировала очень бурную реакцию отторжения. Нарушены законы деонтологии, запрещающие эксперименты на пациентах, а главное – зачем это делать, если удалить аппендицит через желудок сложнее, чем через мини-доступ на передней брюшной стенке? Но каково же было моё удивление, когда через два года внутри Европейского общества эндоскопических хирургов появилась ассоциация, которая стала инициировать выполнение операций через естественные отверстия – прямую кишку, задний свод влагалища, желудок. К счастью, хирургическое сообщество очень консервативно, и постепенно интерес к данной теме угас совсем, – продолжает С.Емельянов.

Однако на этом фоне появилась технология внутрисветных операций: инструменты, которые изначально были предложены для «индийского эксперимента», оказались пригодны для выполнения подслизистых резекций опухолей желудочно-кишечного тракта, что теперь активно используется в онкологии.

Нужны знаменосцы

От чего зависит дальнейшее развитие эндохирургии в России? По мнению С.Емельянова, это зависит от наличия лидеров и от того, поддерживает ли главный хирург региона идеологию малоинвазивной хирургии.

– В начале 1990-х годов главные специалисты настороженно относились к выполнению операций «через замочную скважину». К сожалению, в Москве первый опыт лапароскопической аппендэктомии был неудачным. Главный хирург столицы тогда не поддержал широкого применения этой технологии. А в Санкт-Петербурге и Екатеринбурге количество таких операций, причём успешных, к тому моменту исчислялось уже сотнями. Зато сегодня главный хирург Москвы, как человек прогрессивный, открыл шлязы новым подходам, и сразу малоинвазивная хирургия набрала обороты. В России есть несколько регионов, где даже сформированы и успешно реализуются при поддержке власти целевые программы развития эндовидеохирургии: Республика Татарстан, Москва, Ростовская, Свердловская и Архангельская области, – подытоживает президент РОЭХ.

И в завершение: кто и как учит хирургов навыкам малотравматичных вмешательств? Начиная с 1994 г., в стране появилось около 30 учебных центров. Сегодня интерес к этой теме неожиданно возрос, появилась «мода» на симуляционные центры, либо чтобы зарабатывать на обучении, либо ради престижа. Но эти площадки пусты. Почему?

– Обучающие центры нужно создавать там, где есть идеология и методология преподавания. Лучше всего – при кафедрах медицинских университетов. Я знаю несколько симуляционных центров, которые востребованы, потому что они организованы медицинскими университетами на базе лечебных учреждений. А если в самом медицинском учреждении всего два с половиной хирурга оперируют эндоскопически, то о каком обучении на этой базе может идти речь? Точно так же не может быть речи о создании частных симуляционных центров, хотя такие инициативы имеются. По моему мнению, потеря контроля государства над обучением врачей – это плохо, – считает С.Емельянов.

Елена БУШ, обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (2199)

(Продолжение. Начало в № 34 от 04.09.2019.)

Эпидемиология

Массивная кровопотеря и геморрагический шок в акушерстве являются основной причиной материнской смертности в мире и занимают до 25% в её структуре. Распространённость послеродовых кровотечений (более 500 мл) в мире составляет примерно 6% от всех беременностей, а тяжёлых послеродовых кровотечений (более 1000 мл) – 1,96%.

Примерно 70% всех кровотечений в акушерстве относятся к послеродовым гипотоническим кровотечениям, 20% обусловлены отслойкой плаценты, разрывом матки, повреждением родовых путей, 10% приходится на долю вращающейся плаценты и нарушения её отделения, и только 1% – на коагулопатию. При этом среди кровотечений, определяющих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность, преобладают: отслойка плаценты, предлежание плаценты и нарушения в системе гемостаза.

По данным ВОЗ, в мире происходит 14 млн послеродовых кровотечений в год, из которых 120 тыс. – 140 тыс. смертельных исходов (50% в первые 24 ч) и 20 тыс. заканчиваются материнской заболеваемостью. В США кровопотеря составляет 12% в структуре МС, из них 73% случаев предотвратимы, в Великобритании – 3-е место в структуре МС, 53% случаев предотвратимы, а в Африке кровопотеря достигает 35 до 60% в структуре МС. В России (внематочная беременность, + отслойка и предлежание + послеродовое кровотечение) – 18% в структуре МС. С учётом того, что большинство причин массивной кровопотери и геморрагического шока в акушерстве носят предотвратимый характер, чрезвычайно важно соблюдать протокол оказания неотложной помощи этой категории пациенток, поскольку время для проведения всех диагностических и лечебных мероприятий крайне ограничено.

Кодирование по МКБ-10

Диагноз/группа диагнозов в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

O20 Кровотечение в ранние сроки беременности

O20.0 Угрожающий аборт

O20.8 Другие кровотечения в ранние сроки беременности

O20.9 Кровотечение в ранние сроки беременности неуточнённое

O44 Предлежание плаценты

O44.0 Предлежание плаценты, уточнённое как без кровотечения

O44.1 Предлежание плаценты с кровотечением

O45 Преждевременная отслойка плаценты (abruptio placentae)

O45.0 Преждевременная отслойка плаценты с нарушением свёртываемости крови

O45.8 Другая преждевременная отслойка плаценты

O45.9 Преждевременная отслойка плаценты неуточнённая

O46 Дородовое кровотечение, не классифицированное в других рубриках

O46.0 Дородовое кровотечение с нарушением свёртываемости

O46.8 Другое дородовое кровотечение

O46.9 Дородовое кровотечение неуточнённое

O67 Роды и родоразрешение, осложнившиеся кровотечением во время родов, не классифицированным в других рубриках

O67.0 Кровотечение во время родов с нарушением свёртываемости крови

O67.8 Другие кровотечения во время родов

O67.9 Кровотечение во время родов неуточнённое

O69.4 Роды, осложнившиеся предлежанием сосуда (vasa praevia)

O70 Разрывы промежности при родоразрешении

O71 Другие акушерские травмы

O71.0 Разрыв матки до начала родов

O71.1 Разрыв матки во время родов

O71.2 Послеродовой выворот матки

O71.3 Акушерский разрыв шейки матки

O71.4 Акушерский разрыв только верхнего отдела влагалища

O71.7 Акушерская гематома таза

O72 Послеродовое кровотечение

Включено: кровотечение после рождения плода или ребёнка

O72.0 Кровотечение в третьем периоде родов

O72.1 Другие кровотечения в раннем послеродовом периоде

O72.2 Позднее или вторичное послеродовое кровотечение

O72.3 Послеродовые коагуляционные – дефект, афибриногенемия, фибринолиз

D65 Диссеминированное внутрисосудистое свёртывание (синдром дефибринации)

D68.9 Нарушение свёртываемости неуточнённое

R57.1 Гиповолемический шок

O75.1 Шок матери во время или после родов и родоразрешения.

По стадиям:

Стадия 0: все женщины в родах или недавно родившие.

1 стадия: кровопотеря > 500 мл после вагинальных родов или > 1000 мл после кесарева сечения; или изменение витальных функций > 15%; или частота сердечных сокращений ≥ 110 ударов в минуту, артериальное давление ≤ 85/45 мм рт.ст., сатурация O₂ < 95%.

2 стадия: продолжение кровотечения при общей кровопотере < 1500 мл.

3 стадия: общая кровопотеря > 1500 мл или перелито > 2 ЕД эритромасты, нарушение или нестабильность жизненно важных функций, или подозрение на диссеминированное внутрисосудистое свёртывание крови.

Для оценки тяжести кровопотери используют шкалу American College of Surgeons Advanced Trauma Life Support (ATLS) (см. табл. 4).

– известная врождённая или приобретённая коагулопатия, тромбоцитопения или тромбоцитопатия (например, болезнь Виллебранда);

– заболевания системы крови (анемия);

– осложнения в предыдущих беременностях с массивной кровопотерей и переливанием компонентов крови;

– приём препаратов, снижающих свёртывающий потенциал крови во время беременности (дезагреганты, антикоагулянты).

Жалобы на:

– кровянистые выделения из родовых путей;

– боль в животе;

– отсутствие ощущения шевеления плода;

– слабость;

– головокружение;

– тошноту, рвоту;

– жажду.

Следует учитывать, что при развитии массивного кровотечения во время общей

Анестезия и интенсивная терапия при массивной кровопотере в акушерстве

Клинические рекомендации (протоколы лечения)

Стратификация риска кровотечений при беременности и в родах

Таблица 3

Низкий риск	Средний риск	Высокий риск
Одноплодная беременность	Кесарево сечение или операция на матке в анамнезе	Предлежание, плотное прикрепление или вращение плаценты
Менее 4 родов в анамнезе	Более 4 родов в анамнезе	Гематокрит менее 30
Не оперированная матка	Многоплодная беременность	Кровотечение при поступлении
Отсутствие акушерских кровотечений в анамнезе	Миома матки больших размеров	Установленный дефект системы свёртывания крови
	Введение сульфата магния	Акушерское кровотечение в анамнезе
	Длительное введение окситоцина	Нарушение гемодинамики (тахикардия, гипотония)

Оценка степени тяжести кровопотери

Таблица 4

Показатель	Степень I	Степень II	Степень III	Степень IV
Потеря крови, мл	< 750	750-1500	1500-2000	> 2000
Пульс, уд./мин	< 100	≥ 100	> 120	> 140
Артериальное давление	норма	норма	снижено	снижено
Пульсовое давление, мм рт.ст.	норма	снижено	снижено	снижено
Частота дыханий, в мин	14-20	20-30	30-40	40
Диурез, мл/ч	> 30	20-30	5-15	Анурия
Сознание	Лёгкое беспокойство	Умеренное беспокойство	Беспокойство, спутанность	Сонливость

Величина кровопотери в акушерстве

Таблица 5

Определение	Критерии	Тактика
Допустимая	0,5% массы тела	Активное ведение третьего периода родов – Active management of the third stage of labour (AMTSL) Антифибринолитики только при высоких факторах риска
Патологическая	При родах более 500 мл При КС более 1000 мл	Инфузионная терапия Компоненты крови только по строгим показаниям (при продолжающемся кровотечении и лабораторном контроле) Антифибринолитики
Критическая	Более 30% ОЦК Более 150 мл/мин Потеря более 50% ОЦК за 3 часа Более 1500-2000 мл	Оперативное лечение Инфузионная терапия Компоненты крови применяются в обязательном порядке (протокол массивной трансфузии) Факторы свёртывания и их концентраты Аппаратная реинфузия крови Антифибринолитики ИВЛ

Классификация Классификация послеродовых кровотечений

По времени возникновения:

– раннее (первичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее в течение 2 часов после родов;

– позднее (вторичное) послеродовое кровотечение – кровотечение, возникшее позже 2 часов после родов или в течение 12 недель послеродового периода.

В зависимости от тяжести кровопотери выделяют основные мероприятия интенсивной терапии (см. табл. 5). Необходимо стремиться как можно раньше диагностировать геморрагический шок (см. табл. 6).

Диагностика

Жалобы и анамнез

Из анамнеза следует обращать внимание на следующие факты:

– повышенная кровоточивость при минимальном повреждении;

анестезии сбор анамнеза и жалоб невозможен.

Физикальное обследование

– кровотечение из родовых путей;

– выделение крови по дренажам из брюшной полости;

– гипотония или гипертонус матки;

– нитевидный пульс, тахикардия, отсутствие пульса на периферических артериях;

– бледность кожного покрова, его сухость;

– холодный пот;

Классификация геморрагического шока

Класс шока	Кровопотеря мл/%	ЧСС уд./мин	АД	Пульсовое давление	ЧДД/мин	Уровень сознания
I	< 750 (15)	< 100	Нормальное	Нормальное	14-20	Лёгкое возбуждение
II	750-1500 (15-30)	100-120	Нормальное	Уменьшено	20-30	Умеренное возбуждение
III	1500-2000 (30-40)	120-140	Снижено	Уменьшено	30-40	Возбуждение, дезориентированность
IV	> 2000 (40)	> 140	Снижено	Уменьшено	> 35	Дезориентированность, сонливость, вялость

Примечание: Объём кровопотери и % общего объёма крови для беременной весом 70 кг

- нарушения сознания (заторможенность);
- одышка, поверхностное дыхание;
- олигурия;
- вздутие живота, парез кишечника.

Лабораторная диагностика

- концентрация гемоглобина, гематокрит, количество эритроцитов;
- группа крови и резус фактор;
- прикватный тест: время свёртывания крови;

- показатели коагулограммы (тромбоциты, фибриноген, АПТВ, протромбиновое время – МНО, тромбозластография) (см. табл. 7);
- кислотно-основное состояние и газы крови.

Шкала диагностики ДВС-синдрома в акушерстве приведена в таблице 8.

Инструментальная диагностика

- определение АД, ЧСС, среднего АД;
- ультразвуковое исследование матки, брюшной полости для определения жидкости и/или гематомы;
- тромбозластография.

Иная диагностика

Методы оценки кровопотери

При возникновении кровяных выделений в первую очередь необходимо оценить:

- факт наружного кровотечения (более 500 мл в родах, более 1000 мл при кесаревом сечении);
- его объём;
- темп кровопотери.

Визуальная оценка объёма наружной кровопотери даёт большую ошибку, поэтому следует ориентироваться на клинику и состояние пациентки (уровень доказательности C). Визуальная оценка кровопотери недооценивает реальную кровопотерю в среднем на 30%, ошибка увеличивается с возрастанием объёма кровопотери.

Объём кровопотери = визуально определённая кровопотеря + 30%

Наиболее точная оценка кровопотери отмечена при использовании градуированных ёмкостей (мешки-коллекторы или цилиндры). Однако считается непрактичным применение визуальной оценки в дополнение к применению сумок-коллекторов, поскольку это ведёт к переоценке кровопотери и неадекватному лечению.

Гравиметрический метод – оценка кровопотери с помощью мешка коллектора при вагинальных родах, взвешивание стерильного материала (простыней, пелёнок, салфеток, тампонов) и/или оценка объёма возврата эритроцитов при аппаратной реинфузии крови являются более точными, чем визуальный метод, однако так же не дают точной информации об объёме кровопотери (уровень доказательности 2+).

NB! Применение градуированной ёмкости (сумки-коллектора, цилиндра) является достаточно объективным инструментом, используемым для оценки потери крови с точностью 90%.

NB! Современные алгоритмы оценки тяжести кровопотери и выбора тактики ведения пациентки предписывают уделять большое внимание оценке клинических симптомов гиповолемии.

NB! Шоковый индекс (ЧСС/систолическое артериальное давление) является ранним маркером гемодинамических нарушений и лучше других параметров позволяет выделить женщин, подверженных риску неблагоприятных исходов (уровень доказательности 2+).

Нормальные показатели шокового индекса в акушерстве 0,5-0,9. При акушерском кровотечении ШИ > 1, указывает на необходимость трансфузии эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы (уровень доказательности 2C).

Ранней диагностике массивного акушерского кровотечения может способствовать «Правило тридцати», которое основано на выше приведённых критериях.

Объём кровопотери 30% от ОЦК – это уже шок средней степени тяжести

- ЧСС возрастает более чем на 30 уд./мин.;
- частота дыхания – более 30/мин.;
- систолическое АД – снижение на 30 мм рт.ст.;
- выделение мочи менее 30 мл/час.;
- снижение гематокрита менее 30%

Таблица 6

Таблица 7

Оценка основных лабораторных параметров для экстренной коррекции

Параметр	Норма при острой кровопотере	Критические изменения
Гемоглобин	70-90 г/л	Менее 70 г/л
Количество тромбоцитов	150-350 тыс. в мкл	Менее 50 тыс. в мкл
Концентрация фибриногена	2-4 г/л	Критическое снижение – менее 2,0 г/л
МНО – международное нормализованное отношение	1,0-1,3	Критическое увеличение – более 1,5 от нормы
Активированное парциальное (частичное) тромбoplastинное время – АПТВ, АЧТВ	28-32 с	Критическое увеличение – более чем в 1,5-2 раза выше нормы
Продукты деградации фибрина-фибриногена ПДФФ (D-димер)		Увеличение
Тромбозластография	Гиперкоагуляция	Гипокоагуляция

Модифицированная для акушерства шкала явного (с кровотечением) ДВС-синдрома S.Clark et al. в сравнении со шкалой International Society on Thrombosis and Hemostasis (ISTH, 2001)

Параметр	Шкала ISTH, 2001		Шкала S.Clark, 2016	
	Показатели	Баллы	Показатели	Баллы
Количество тромбоцитов	> 100*10 ⁹	0	> 100 *10 ⁹	0
	50-100*10 ⁹	1	50-100*10 ⁹	1
	< 50*10 ⁹	2	< 50*10 ⁹	2
Растворимые мономеры фибрина/продукты деградации фибрина	Нет увеличения	0		
	Умеренное увеличение	2		
	Значительное увеличение	3		
Увеличение протромбинового времени	Менее чем на 3 с	0	Увеличение на 25%	0
	От 3 до 6 с	1	Увеличение 25-50%	1
	Более чем на 6 с	2	Увеличение более 50%	2
Фибриноген	Более 1 г/л	0	Менее 2,0	1
	Менее 1 г/л	1	Более 2,0	0
Баллы более 5 – явный ДВС-синдром			Более 3 – явный ДВС-синдром в акушерстве	

(должен поддерживаться на абсолютном значении более 30).

- **Необходимы немедленные действия.**
Примечание: Разработано АААР 2017

Лечение

NB! Клиницисты должны быть готовы к использованию комбинации медикаментозных, механических и хирургических методов остановки кровотечения. Эти методы должны быть направлены на причину кровотечения (уровень доказательности D).

Консервативное лечение

Позвать всех на помощь

- вызвать второго врача акушера-гинеколога или вторую акушерку;
- вызвать анестезиолога-реаниматолога, трансфузиолога (который должен обеспечить запас свежезамороженной плазмы и эритроцитарной массы), лаборанта;
- вызвать дежурную медсестру/санитарку для доставки анализов и компонентов крови;
- назначить одного члена дежурной бригады для записи событий, инфузионной терапии, лекарственных препаратов и показателей жизненно важных функций;
- при массивном кровотечении проинформировать дежурного администратора, консультанта-гематолога, вызвать хирурга, развернуть операционную.

При положительной оценке «Правила тридцати» целесообразно начать интенсивную терапию согласно «Правилу четырёх» (предложено как схемы для лучшего запоминания).

4 лечебные дозы эритроцитарной массы + транексамовая кислота + 4 лечебные дозы свежезамороженной плазмы + 10 лечебных доз криопреципитата + rVlla
Примечание: Разработано АААР 2017

Главная задача в лечении кровопотери и геморрагического шока: остановка кровотечения!

NB! Основные мероприятия по остановке

кровотечения и интенсивной терапии (восполнение ОЦК, устранение анемии и консервативный гемостаз) необходимо реализовать в пределах «золотого часа».

Время – приоритетная цель в борьбе с кровотечением, а не объём кровопотери.

Лечение пациенток с массивной кровопотерей и геморрагическим шоком обеспечивает мультидисциплинарная бригада: акушер-гинеколог, анестезиолог-реаниматолог, хирург и трансфузиолог.

На догоспитальном этапе у пациентки с кровотечением основным мероприятием является максимально быстрая доставка в ближайшее медицинское учреждение с возможностью хирургического лечения (уровень доказательности 1A).

Оперативное лечение должно быть начато в любых условиях – геморрагического шока, ДВС-синдрома и т.д., и никакие обстоятельства не должны препятствовать хирургической остановке кровотечения. К оказанию экстренной хирургической помощи и обеспечению консервативного гемостаза должны быть готовы акушерские стационары любой группы (от первой до третьей).

При выявлении у пациентки признаков массивной кровопотери и геморрагического шока нужно своевременно оповестить стационар, куда пациентка будет транспортирована, для обеспечения полной готовности к максимально быстрому хирургическому и консервативному лечению.

На догоспитальном этапе необходимо:

1. Обеспечить венозный доступ (периферическая вена).
2. Начать инфузию кристаллоидов – 1000 мл с максимальной скоростью.
3. Ввести транексамовую кислоту 1,0 г внутривенно.

NB! Медицинская эвакуация в другой стационар пациентки с продолжающимся кровотечением (или подозрением на него) противопоказана.

При поступлении в приёмный покой стационара у пациентки с кровотечением (или подозрением на кровотечение) необходимо максимально быстро провести клиническое, лабораторное и функциональное исследования для оценки тяжести кровопотери и определить необходимость хирургического лечения. При тяжёлом состоянии пациентки – геморрагическом шоке – все исследования проводятся в условиях операционной одновременно с проводимой интенсивной терапией. Следует обеспечить второй венозный доступ.

Необходимое оснащение для оказания экстренной помощи при акушерском кровотечении:

- внутривенные катетеры большого диаметра;
- устройство согревания жидкостей;
- устройство согревания пациентки;
- препараты крови;
- оборудование для быстрой внутривенной инфузии.

NB! Интервал «принятие решения – разрешение» при продолжающемся антенатальном или интранатальном кровотечении не должен превышать 20 мин.

При проведении интенсивной терапии массивной кровопотери должен соблюдаться принцип «контроля за реанимацией» (Damage control resuscitation):

- избегать или корректировать гипотермию;
- прямое давление или наложение жгута проксимальнее места кровотечения в конечности; наложение гемостатических повязок на суставные раны;
- отложите введение жидкостей до времени окончательного гемостаза у определённой группы пациентов (лица с проникающей травмой туловища и короткими сроками транспортировки);
- минимизируйте инфузию кристаллоидов до менее 3 л в первые 6 часов;

Таблица 8

используйте протокол массивной трансфузии для обеспечения быстрого доступа к достаточному количеству препаратов крови;

- избегать задержек с окончательным хирургическим, эндоскопическим или ангиографическим гемостазом;

- для оптимизации гемостаза уменьшить дисбаланс в трансфузии плазмы, тромбоцитов и эритроцитов;

- получить функциональные лабораторные показатели коагуляции (например, с помощью тромбозластографии или вращательной тромбозластометрии) с целью перехода от эмпирических переливаний к таргетной терапии;

- селективное введение фармакологических средств во избежание любого антикоагулянтного действия и решения проблемы стойкой коагулопатии.

Применительно к массивной акушерской кровопотере:

- быстрая диагностика массивной кровопотери и коагулопатии (прикватный тест, тромбозластография);

- до остановки кровотечения: допустимая артериальная гипотония (АД сист не более 90-100 мм рт.ст.);

- быстрая остановка кровотечения хирургическим путём;

- предотвращение/лечение гипотермии, ацидоза и гипокальциемии;

- предотвращение гемодилюции за счёт ограничения введения плазмозаменителей. Инфузионная терапия плазмозаменителями с максимальной скоростью проводится для устранения гиповолемии на пике шока в объёме 30-40 мл/кг.

(Продолжение следует.)

Под редакцией президента Федерации анестезиологов-реаниматологов России профессора Константина ЛЕБЕДИНСКОГО и президента Ассоциации акушерских анестезиологов и реаниматологов профессора Ефима ШИФМАНА.

Удивительная особенность: с кем бы из хирургов Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского мне ни приходилось беседовать, все они, не сговариваясь, непременно говорят, что своими достижениями в значительной мере обязаны мощной анестезиолого-реаниматологической службе учреждения. Редкий случай и хорошая традиция, учитывая, что обычно анестезиологи-реаниматологи остаются «бойцами невидимого фронта».

О том, как достигается гармония отношений «хирург-анестезиолог», в чём различия между научными школами в анестезиологии и реаниматологии, возможна ли взаимозаменяемость двух «субспециалистов», и что не обсуждается в ординаторской – в интервью заведующего отделением анестезиологии и реанимации № 2 РНЦХ им. Б.В.Петровского доктора медицинских наук Бориса АКСЕЛЬРОДА.

– Борис Альбертович, честно говоря, само слово «школа» в отношении вашей области медицины звучит странно, потому что понятны разные подходы в хирургии, но могут ли быть разные подходы к анестезиологическому обеспечению пациента или работе с ним в реанимации?

– Несомненно, могут. В нашей специальности есть много дискуссионных вопросов, которые до сих пор не имеют однозначного ответа несмотря на то, что существуют международные и российские клинические рекомендации. Концепции и стратегии анестезиологического и реанимационного обеспечения в разных стационарах могут отличаться друг от друга. Именно поэтому очень важен обмен опытом между школами: на конференциях мы с удивлением узнаём, что есть специалисты, которые работают, исходя из иных, нежели наши, принципов, и тоже получают хорошие результаты.

Казалось бы, о каких «иных принципах» анестезиологии можно говорить в отношении одного и того же хирургического вмешательства? Поясню. В РНЦХ им. Б.В.Петровского ещё в 1960-е годы сформировалась и до сих пор остаётся главной научная школа анестезиологии и реаниматологии моего учителя академика РАН Армена Бунятыана. Её отличительная черта – прецизионность. К примеру, в анестезиологии принципиально важно понимать, сохраняем ли мы ауторегуляцию сосудистого тонуса или полностью берём управление им на себя? Так вот, в РНЦХ анестезиологи стараются до последнего сохранять ауторегуляцию, а не замещать функции организма. Работая в операционной, мы оцениваем обратную связь с пациентом, исходя из оптимального минимума лекарственной нагрузки, а есть школы, которые работают из оптимального максимума, потому что это проще для анестезиолога: он чётко знает, что при такой-то альвеолярной концентрации анестетика пациент точно будет спать.

– В чём преимущество данного подхода школы академика Бунятыана?

– В меньшей дозировке анестетиков и минимизации их вреда для больного, а также в более быстрой активизации пациента после операции. Особенность профессии анестезиолога-реаниматолога в том, что мы вынуждены работать в условиях полипрагмазии. Нас учили, и мы учим своих молодых коллег: перед тем как использовать какую-то схему анестезии, обосновать необходимость применения каждого препарата. Речь идёт не только и не столько об экономической целесообразности, сколько о клинической. Для отделения, которым я руковожу, это особенно актуально, поскольку наш профиль – кардиоанестезиология, где полипрагмазия высоко вероятна.

Вообще идеология анестезиологии-реаниматологии меняется. Если когда-то главной задачей была именно реанимация больного – с этого, собственно, начиналась наша специальность, – то сегодня приоритетна задача обеспечить безопасность хирургического пациента, то есть по возможности не довести его до состояния, когда после оперативного вмешательства потребуется активная помощь реаниматологов.

ческой службы, или наоборот, анестезиологи-реаниматологи подтягиваются вслед за хирургами-новаторами?

– Это зависит от того, как традиционно заведено в конкретном медицинском учреждении. К примеру, РНЦХ был основан Борисом Петровским, выдающимся хирургом, у которого всегда было уважительное и партнёрское отношение к анестезиологам. Именно с того времени мы не сами по себе, а входим в состав хирургической

специализируется на «отказниках». Нас коллеги из других клиник спрашивают: где вы находите таких тяжёлых больных? Отвечаем: так они же от вас приходят, получив отказ. Ещё недавно и мы бы отказали, а сегодня берём и лечим.

– Ваша специальность изначально двухкомпонентная, но каждый врач выбирает одну область работы. А возможно ли, что когда-нибудь разделения на анестезиологов и реаниматологов не будет?

– Считается, что из всех врачебных специальностей именно анестезиология-реаниматология самая стрессогенная. Это на самом деле так, или кто-то придумал, чтобы создать ореол романтизма?

– Сомнительная романтика, честно говоря... Действительно, специальность одна из самых (если не самая) стрессогенных. У анестезиологов-реаниматологов огромное количество профессиональных вредностей. На первом месте – психоэмоциональные нагрузки. Далее – шум, работа с ингаляционными анестетиками, антисептиками, излучение и ультразвук. Для реаниматологов, помимо этого, велик риск нарушения бактериальной флоры, так как их пациенты часто имеют внутрибольничную инфекцию.

У анестезиолога очень высокая персональная профессиональная ответственность. Начинаешь проводить анестезию тяжёлому пациенту с большим количеством факторов риска, о которых заведомо известно. Но! Он же был жив до того, как ты начал с ним работать, пришёл в клинику на своих ногах, а во время анестезии получает осложнение... Ты зажат в такие тиски ответственности, которые не всякий выдержит.

– Вам обидно, что пациенты никогда не знают, кто был их анестезиологом и реаниматологом, и все слова благодарности достаются исключительно хирургам?

– Да, не скрою. Надеюсь, что, отвечая так, я не испорчу наши прекрасные отношения с хирургами, но факт остаётся фактом. Есть лишь редкие исключения из этого правила.

– А если взять за правило знакомить выздоравливающих пациентов с анестезиологом и реаниматологом? Это полезно для профилактики эмоционального выгорания врачей.

– Проблема эмоционального выгорания – общая для медиков всего мира, и решать её можно по-разному. Например, в ряде западных стран такой порядок: анестезиолог, который стоит на операции, заранее не имеет контакта с данным пациентом. То есть беседа с больным накануне операции один врач, а анестезию проводит другой. Нет эмоциональной вовлечённости, следовательно, не так выражен стресс врача при неудаче.

Можно ли экстраполировать этот опыт в российское здравоохранение? В принципе можно. Но анестезиологи нашей школы, и я в том числе, предпочитаем сами общаться с больным перед предстоящей операцией. Так спокойнее и врачу, и больному. Эмоциональный контакт, доверие пациента врачу, взгляд «глаза в глаза» очень важны.

Бывают случаи, когда на консилиуме мы слушаем лечащего врача и понимаем: пациент практически неоперабельный, риски запредельные. Но для больного мы – самая последняя инстанция, если не соглашаемся – всё... Иногда именно после непосредственного общения с человеком мы понимаем, что не можем сказать ему «нет». Да, за это приходится платить эмоциональным выгоранием. Ну что поделаешь – такая специальность.

– Сегодня куда ни войдёшь – в кабинет главного врача, ординаторскую, операционную – всюду иконы, большие и маленькие. Откуда такая религиозность у медиков? Вы как анестезиолог-реаниматолог лучше других знаете, зависит ли в медицине что-либо от бога.

– На самом деле врачу без веры очень трудно. Медицина и религия – вещи совместимые. Вы затронули трудную тему, потому что вопросы веры, страха, потребности перевернуться перед входом в операционную не обсуждаются в ординаторской. Это слишком личное.

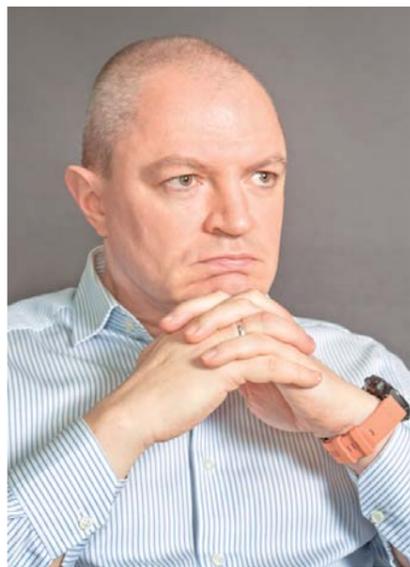
Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Фото Дмитрия ДЕМИДОВА.

Экспертный уровень

Иные принципы

Важен обмен опытом между разными анестезиологическими школами



Разумеется, у нас нет сверхцели, чтобы все пациенты были экстубированы на операционном столе и уходили из операционной своими ногами. Но сокращение до минимума срока пребывания пациентов в палате интенсивной терапии даже после очень сложной операции – это достижимая цель. К примеру, после реконструкции дуги аорты. Двадцать лет назад мы подумать не могли о том, что после такого вмешательства больной на следующий день будет самостоятельно питаться, а ещё через день-два его переведут в профильное отделение. Теперь это реальность. Сейчас двое таких больных находятся в палате реанимации после тяжелейших операций на дуге аорты, одному из них 87 лет. Вчера их оперировали, а сегодня с утра оба самостоятельно завтракали и общались с врачами.

– Это стало возможно благодаря анестезиологам?

– Благодаря работе хирургической команды в целом. В России чаще используется понятие «хирургическая бригада», но в нашем центре практикуется более широкое – «хирургическая команда».

Хирургическая команда включает в себя кардиологов, которые готовят больного к операции, анестезиологов, перфузиологов, хирургов, реаниматологов и реабилитологов. Именно поэтому школы по аортальной хирургии в РНЦХ всегда проходят с участием не только хирургов, но и анестезиологов-реаниматологов, перфузиологов, так как мы не можем работать по отдельности, в разрыве. Хирургия аорты до такой степени сложна и непрогнозируема, что если анестезиолог не понимает стратегию, из которой в данный момент исходит хирург, то он просто не успеет адекватно среагировать во время операции.

– В целом в связке «хирургия-анестезиология» какой из разделов является «локомотивом прогресса»? Развитие хирургии зависит от степени технологического обеспечения анестезиолого-реаниматологи-

команды. И все последующие руководители Российского научного центра хирургии разделяли эту идеологию.

Аналогичная ситуация, насколько мне известно, в новосибирском Национальном медицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина. У основателя центра – кардиохирурга академика РАМН Евгения Мешалкина – было много научных работ, посвящённых вопросам анестезиологии. Дух единства там до сих пор сохраняется.

В то же время есть учреждения, где это выглядит иначе: хирурги – отдельно, анестезиологи и реаниматологи – отдельно. Такой механизм всегда будет давать сбой. В стандартных ситуациях всё нормально, но, когда что-то в операционной идёт не штатно, возникает коллапс, потому что нет единой команды.

Теперь про «локомотив»: анестезиологи не могут увести хирургов вперёд просто потому, что это специалисты, которые работают на решение поставленной задачи. Предварительно должна быть предложена некая новая хирургическая концепция, а мы можем способствовать её внедрению в клинику. В этом нет ничего обидного, напротив: если бы на операциях на аорте, которые выполняют академик РАН Юрий Белов или член-корреспондент РАН Эдуард Чарчян, мы – анестезиологи – отставали, это ухудшало бы результаты хирургического лечения.

– При этом показания к любой операции определяет хирург, а противопоказания – анестезиолог. Счёт один-один, ничья.

– Не совсем так. Расскажу, как это происходит у нас. В клинику поступает тяжелобольной человек, которому необходимо хирургическое лечение, но есть масса противопоказаний. Собирается консилиум: хирург, анестезиолог, реаниматолог и представитель администрации центра. Анестезиолог в этом случае выступает адвокатом пациента, он указывает на все риски оперативного вмешательства. Реаниматолог со своей стороны оценивает вероятность развития проблем в послеоперационном периоде. Представитель администрации не только анализирует риски для пациента, но и все возможные финансовые затраты клиники в случае осложнений, это тоже немаловажно – надо иметь запас препаратов и расходных материалов. Решение всегда принимается коллегиально.

Время, когда вообще никаких ограничений для оперативного лечения не будет, не настанет никогда. Хотя противопоказания существенно сокращаются благодаря оптимизации анестезиологических подходов, появлению новых хирургических технологий. Те пациенты, которых мы оперируем сегодня, ещё 10 лет назад относились к категории неоперабельных. И это с учётом того, что РНЦХ вообще

– Я проработал в реанимации 10 лет и ушёл в анестезиологию, мне это интереснее. Точно так же выбирает свой профиль каждый из моих коллег.

Объединение двух субспециальностей, на мой взгляд, – задача актуальная, но трудно выполнимая. В небольших больницах, где 2-3 операционных стола и столько же реанимационных коек, такая универсальность практикуется: один и тот же врач обеспечивает анестезию на операции, затем переходит в палату реанимации.

Но чем крупнее стационар, тем объективно сложнее прийти к варианту двуединства специальности в исполнении одного врача. А вот взаимозаменяемость врачей в пределах одной субспециальности вполне возможна. В нашем отделении она определяется прежде всего квалификацией. Есть крайне сложные анестезии, которые выполняют только самые опытные врачи, например операции на дуге аорты. В остальных случаях все анестезиологи работают на всех операциях и со всеми хирургами, а не выборочно. Как управленец я хотел бы видеть стопроцентную взаимозаменяемость, поэтому мы развиваемся, учим молодых врачей.

С июня 2019 г. перфузиологи РНЦХ тоже вошли в состав нашего отделения. Благодаря этому решению становится возможной ещё и такая заменяемость персонала. По моему мнению, это абсолютно оправданно, хотя в российских кардиохирургических центрах данный вопрос решён по-разному. Где-то служба искусственного кровообращения объединена с анестезиологической, а где-то она самостоятельная.

Возвращаясь к вопросу о возможном объединении двух субспециальностей: в своих рассуждениях я исхожу из того, что наша специальность – это не только знания и навыки. Обе позиции «я только анестезиолог» или «я только реаниматолог» мне одинаково не близки.

Результатом такой дифференциации субспециальностей стало то, что анестезиологи более консервативны в отношении ИВЛ, чем реаниматологи. И это большой минус, так как интраоперационная ИВЛ также требует самых современных, протективных подходов. В то же время в отделение реанимации из операционной привозят пациента уже заинтубированного, с установленными катетерами, и реаниматолог часто утрачивает мануальные навыки, а они чрезвычайно важны. Многие ситуации в анестезиологии и реаниматологии развиваются молниеносно, пока реаниматологи будут ждать анестезиологов, пациент погибнет!

Радует то, что кардиореаниматологи нашего центра, с которыми мы работаем в тесном контакте, обладают должным опытом и постоянно поддерживают свою профессиональную форму.

Прикладной проект по созданию уникального биологического протеза клапана сердца реализуется в лаборатории новых биоматериалов НИИ комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний под патронажем академика РАН Леонида Барбараша. Изделие, в основе которого лежит стентоподобная конструкция, ориентировано на снижение риска «открытого» хирургического вмешательства, проводимого в условиях искусственного кровообращения и искусственной вентиляции лёгких. В первую очередь оно предназначено для пациентов, ранее уже перенёвших операцию по протезированию сердечного клапана.

условиях искусственного кровообращения и искусственной вентиляции лёгких животным заменили «родные» сердечные клапаны на обычные клапанные биопротезы. А через месяц туда же установили по бесшовной технологии клапаны нового поколения.

«В краткосрочном периоде наблюдения показана хорошая ги-

Новые подходы

Все методы хороши

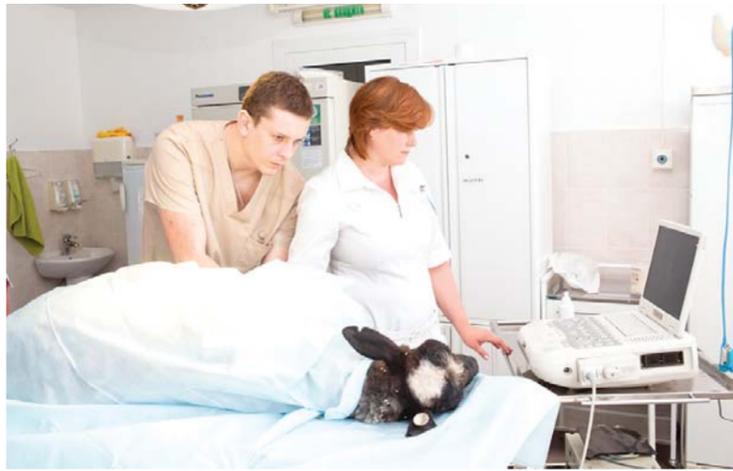
В Кузбасском кардиоцентре проходят доклинические испытания биопротеза сердечного клапана нового поколения

Лет через 10-15, когда ресурс первого протеза заканчивается, его приходится менять. Однако повторные хирургические вмешательства на открытом сердце связаны с большим риском, чем первые. Пациенты к тому времени становятся старше, а сопутствующие заболевания у них прогрессируют. Да и изъять вшитый клапан с анатомической точки зрения непросто.

«Процедура изъятия сама по себе травматична и требует времени, – уточняет заведующий лабораторией новых биоматериалов института кандидат технических наук Евгений Очаренко. – К тому же после установки нового клапанного биопротеза по классической методике, чтобы его зафиксировать, необходимо наложить около 30 швов. Это ещё более увеличивает продолжительность операции. А время в данном случае напрямую связано с риском развития осложнений. Суть предложенного нами метода заключается в том, чтобы имплантировать новый биопротез поверх старого, бесшовным способом «клапан в клапан». Это существенно сокращает время и объём операции и снижает риски».

После того как новое изделие было протестировано на лабораторных стендах, исследователи перешли к следующей фазе испытаний – к изучению его работы в организме крупных лабораторных животных.

В научном эксперименте участвуют овцы. К настоящему времени клапанные биопротезы нового поколения имплантированы трём «пациенткам». Операции проводила мультидисциплинарная ко-



Специалисты института проводят очередной осмотр четвероногого пациента

манда, в состав которой входили кардиохирурги, анестезиологи-реаниматологи и учёные. Руководил процессом заведующий лабораторией кардиоваскулярного биопротезирования института доктор медицинских наук Алексей Евтушенко. Подобные эксперименты с участием крупных лабораторных животных в России выполняют всего три центра. И кемеровчане, прежде чем влиться в эти ряды, ездили на обучение в Германию.

Оперировали овцу в специальной оборудованной экспериментальной операционной института, в строгом соответствии с Хельсинкской конвенцией о гуманном обращении с животными. Состояли они из двух этапов и были максимально приближены к вмешательствам на человеческом сердце. Сначала в

динамическая эффективность протеза и отсутствие осложнений, – комментирует руководитель проекта Е.Очаренко. – Следующим этапом исследования станет сертификация изделия в Росздравнадзоре, как допуск и обоснование для проведения клинических испытаний».

Первыми оценить преимущества бесшовного репротезирования митрального клапана сердца по методу «клапан в клапан» смогут пациенты кардиоцентра. В дальнейшем учёные НИИ намерены доработать конструкцию нового биоизделия для транскатетерной имплантации.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Конференция

Редкое, но крайне тяжёлое...

В Москве состоялась международная конференция, посвященная редкому аутосомно-доминантному заболеванию, характеризующемуся прогрессирующим гетеротопическим окостенением мягких тканей скелета (соединительнотканых прослоек в толще мышц, фасций, апоневрозов, сухожилий) – фибродисплазии оссифицирующей прогрессирующей (ФОП).

Фибродисплазия оссифицирующая прогрессирующая была внесена в список орфанных заболеваний Минздрава России.

Задача организаторов – привлечь внимание медицинского и научного сообщества к проблеме гетеротопного (внескелетного) окостенения, обменяться опытом в области исследований и терапевтических подходов в профилактике и лечении данного заболевания и схожих костно-мышечных патологий, а также обсудить перспективы инновационной терапии и возможности современной медицины.

В конференции приняли участие ведущие международные и российские специалисты в области диагностики и лечения ФОП.

Среди орфанных заболеваний ФОП – одно из самых тяжёлых, которое приводит к прогрессирующей инвалидизации. Его симптомы проявляются чаще всего в первой декаде жизни. Из-за генетического сбоя в организме дополнительная костная ткань (оссификаты) образуется там, где её не должно быть, – внутри мышц, сухожилий, связок и других структурах соединительной ткани. Тело окутывает, словно «вторым скелетом», человеку трудно дышать из-за поражения межрёберных мышц и жевать твёрдую пищу, так как «каменеют» и мышцы челюсти.

«ФОП – катастрофическое и пока неизлечимое заболевание, но сегодня у нас есть огромная надежда, что уже в ближайшие 1-2 года появится препарат, который поможет остановить болезнь, а возможно и полностью излечить сотни пациентов с ФОП. Ведь они так надеются выйти из плена собственных костей, – как сказал

один мой маленький пациент из Калифорнии», – сообщил на конференции профессор Фредерик Каплан. Во время своего выступления он много раз повторил слово «надежда», которая сегодня вполне обоснована.

Ген ACVR1, «виновный» в образовании внескелетной оссификации при ФОП, был обнаружен в 2006 г., и с тех пор интерес к проблеме контроля костеобразования в научном сообществе неизменно рос. Разработки в данном направлении ведут научно-исследовательские центры и крупнейшие фармацевтические лаборатории в США, Японии и Европе.

ФОП, по разным данным, страдает от 3,5 тыс. до 5,5 тыс. человек во всём мире.

К сожалению, пока ФОП остаётся одной из самых малоизученных болезней. Российские врачи – неонатологи, педиатры, ревматологи, ортопеды, эндокринологи, онкологи – мало знают о нём, из-за чего нередко детям ставится неправильный диагноз и назначается неэффективное лечение, усугубляющее течение болезни. По словам специалистов, до постановки диагноза «ФОП» на консультации и обследования в среднем уходит 7 лет.

В настоящее время на территории России и стран СНГ известны около 70 больных с подтверждённым диагнозом, половина этих пациентов – дети. Однако, по мнению экспертов, в действительности их больше.

«ФОП имеет сходство с ревматическими заболеваниями, хотя и не является таковым, поэтому чаще всего таких пациентов наблюдают и ведут ревматологи. Именно эти специалисты, как правило, ставят диагноз и могут оказать больным самую большую помощь», – говорит заведующая лабораторией ревматических заболеваний детского возраста Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А.Насоновой Ирина Никишина.

Наталья ТИМАШОВА.

МИА Сити!

Москва.

«Круглый стол»

Каждому второму пациенту со злокачественными опухолями при госпитализации приходилось оплачивать лекарства за свой счёт, сообщила на «круглом столе» в Общественной палате РФ член Общественного совета по доступности медицинской помощи при Минздраве России, президент ассоциации онкологических пациентов Ирина Борова.

Она рассказала о мониторинге лекарственного обеспечения 786 онкобольных, 70% которых находится в активной фазе лечения злокачественного новообразования. «Глобальные средства выделены из бюджета на лекарственное обеспечение пациентов, но количество таких обращений за полгода выросло, причём в разы! Мы думали, что вздохнём облегчённо, но в реальности увидели, что многие пациенты, находящиеся на длительном лечении, стали получать препараты у себя в регионе, но при этом количество обращений к нам на ресурсы не уменьшилось», – сказала И.Борова. По её словам, многие больные жалуются, что в аптеках их не вносят в журнал ожидания необходимого лекарства.

Напомним, что онкобольные фактически пожизненно находятся в этом статусе – болезнь может вернуться в любой момент, она от-

За свой счёт?

Проблема обеспечения льготными лекарственными препаратами требует законодательного урегулирования

метила, что большинство пациентов тратят на недостающие лекарства до 10 тыс. руб. из собственных средств, но известны случаи, когда затраты на лечение из своего кармана превышали миллион рублей. Складывается печальная ситуация, когда в федеральном медузведении назначена схема лечения по международному стандарту, пациента начали лечить по ней, но он возвращается в регион, а там нет данных препаратов, нет средств на их закупку, и схема лечения нарушается, заметила она. Но самое катастрофичное, по её словам, когда врач не назначает пациенту дорогостоящий препарат только потому, что знает: в данный момент его нет в клинике. «Ожидать эффективного лечения в такой ситуации не приходится», – полагает И.Борова. Мониторинг лекарственного обеспечения, который уже показал, что лишь четверть опрошенных знают закон о госгарантиях, который

обеспечивает правовое поле для лечения онкологических пациентов, продолжила, сообщила она. Его окончательные данные будут представлены на IV Всероссийском конгрессе онкологических пациентов.

Обратив внимание на проблему незарегистрированных лекарственных средств, в частности недавнюю резонансную историю, когда мама тяжело больного ребёнка была задержана после того, как заказала незарегистрированный у нас в стране препарат за рубежом, Н.Дайхес сообщил, что на площадке Общественной палаты РФ соберутся эксперты для того, чтобы обсудить эту тему, требующую законодательного урегулирования.

Проблема борьбы с онкологическими заболеваниями сегодня является приоритетной для страны – эта тема определена и Президентом России, и Министерством здравоохранения РФ, мониторинг и аналитика обращений на портал ассоциации

онкологических пациентов показывает, что наши пациенты лекарствами обеспечиваются неравномерно. При этом речь не всегда идёт о недоступности дорогостоящих препаратов. И.Борова, в частности, привела пример, когда в курсе химиотерапии не доставало лекарственного препарата стоимостью 800 руб. Нередки сбои в торгах и поставках лекарств.

Исследование ассоциации показало, что даже пациенты, находящиеся на тяжёлой стадии лечения, иногда вынуждены добиваться тех лекарственных препаратов, которые им необходимы для поддержания должного качества жизни. Среди выявленных проблем: отсутствие радионуклидных препаратов, необходимых для проведения диагностики, как следствие, невозможность получить назначение соответствующих препаратов; невозможность попасть к специалисту; отсутствие лекарственного препарата в медузведении; очереди в аптечной сети.

Пациентское сообщество требует разработать и внедрить нормы права, регламентирующие чёткие сроки и обязанность исполнять решения врачебных комиссий в части обеспечения пациентов необходимыми лекарственными препаратами по жизненным показаниям. Должна быть прописана сама формулировка «по жизненным показаниям» с указанием формы медицинской помощи (неотложная, экстренная или плановая), сроков и условий её оказания, а также рисков для жизни и здоровья пациента. Это лишь один из пунктов резолюции «круглого стола». Документ содержит ещё ряд рекомендаций: возможность лечения онкопациентов, особенно со сложным течением заболевания, в федеральных уездных учреждениях; своевременное обновление клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи и создание системы контроля за их соблюдением; включение в региональные онкопрограммы целевых показателей, обеспечивающих приемственность лекарственной терапии между стационарными и амбулаторными условиями в полном объёме в соответствии с клиническими рекомендациями.

Валерий МАЛОВ.

МИА Сити!

Иммунология – наука междисциплинарная. Давно сформировались и успешно развиваются такие её направления, как иммуноонкология, иммуногематология, нейроиммунология и пр. Достижения иммунопрофилактики (вакцины) всем известны. Иммунологические методы диагностики применяются практически во всех областях медицины. Успешно развивается иммуноterapia: лечебные препараты на основе моноклональных антител, цитокинов, природных и синтетических соединений (иммуномодуляторы). Важнейшим предметом иммунологии является аллергия. Актуальным разделам аллергологии посвящена эта статья.

Действительно, нарушения функционирования иммунной системы связаны с развитием многих заболеваний, в том числе наиболее распространённых и социально значимых. К числу таких заболеваний относится аллергия. Аллергия является четвёртым по значимости хроническим заболеванием в мире. По данным ВОЗ, респираторные аллергии лидируют среди хронических заболеваний у детей. Распространённость аллергических заболеваний в России колеблется от 17,5 до 35% (по результатам многолетнего мониторинга Государственного научного центра Института иммунологии ФМБА России в различных климатогеографических зонах).

В структуре аллергопатологии распространённость аллергических заболеваний распределяется следующим образом: аллергический ринит – 20-25%; бронхиальная астма – 5-7% у взрослых, у детей – до 9%; атопический дерматит – 3-5% у взрослых, у детей – 6-15%; лекарственная аллергия – 5-7%; бытовая аллергия (клещи домашней пыли), эпидермальная аллергия – 50-70%; сенсibilизация к пищевым аллергенам отмечается у 2-5% взрослого населения, 15-20% – у детей.

Структура аллергической заболеваемости зависит от климатогеографической зоны. Так, в средней полосе России и на юге страны преобладают респираторные проявления аллергии, в регионах Севера – аллергодерматозы.

Спектр причинно-значимых аллергенов также зависит от климатогеографической зоны. Одним из важных аллергенов является домашняя пыль, клещи домашней пыли. Пыльцевые аллергены (берёза, злаковые травы, сложноцветные) также служат важным этиологическим фактором респираторных сезонных проявлений аллергии (поллиноз).

Существующие методы диагностики, профилактики и лечения аллергических заболеваний отражены в клинических рекомендациях, разработанных Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов (РААКИ) (2013-2018 гг.) по основным нозологическим формам. В настоящее время клинические рекомендации актуализируются в связи с новыми методическими рекомендациями Министерства здравоохранения РФ. Принят профессиональный стандарт врача аллерголога-иммунолога (апрель 2018 г.).

Необходимо отметить, что российские клинические рекомендации гармонизированы с международными рекомендациями, согласительными документами и в настоящее время доступны для использования врачами аллергологами-иммунологами и врачами других специальностей.

Несмотря на высокую распространённость аллергопатологии в России по данным популяционных исследований, часто имеет место гиподиагностика.

Причин гиподиагностики несколько: слабый уровень подготовки врачей первичного звена в об-

ласти диагностики аллергических заболеваний, низкая доступность специализированной помощи в некоторых регионах России. К сожалению, в последние годы отмечается уменьшение специализированного коечного фонда в отдельных регионах, сокращение специалистов-аллергологов в государственном секторе здравоохранения.

Диагностика аллергии включает общепринятые методы (сбор анамнеза, физикальные исследования, аллергодиагностика (in vivo и in vitro)). Однако современные высокоинформативные методы (молекулярная аллергодиагностика, генетические исследования) не входят в стандарты диагностики и

В настоящее время аллергические заболевания характеризуются высокой распространённостью и сенсibilизацией к множественным аллергенам (полисенсibilизацией). Также наблюдается увеличение количества тяжёлых форм заболевания. Эта патология дебютирует в детстве и поражает молодых трудоспособных пациентов.

Сложность проблемы заключается в том, что аллергия – гетерогенное заболевание, обусловленное средовыми и наследственными факторами. Особую роль играет окружающая среда, появление «новых» аллергенов, нарушение микробного окружения в среде обитания человека

2. Разработка качественных стандартов, обучение практических аллергологов и врачей первичного звена, научных исследователей.

3. Идентификация и продвижение актуальных исследований в области аллергологии и клинической иммунологии.

Ярким примером научного исследования высокого уровня, которое имеет серьёзную фундаментальную составляющую и важную практическую направленность, является международный научный проект «От иммунного распознавания мажорного аллергена пыльцы берёзы Bet v 1 к специфическим диагностическим, терапевтическим и профилактическим стратегиям при аллергии, вызванной пыльцой берё-

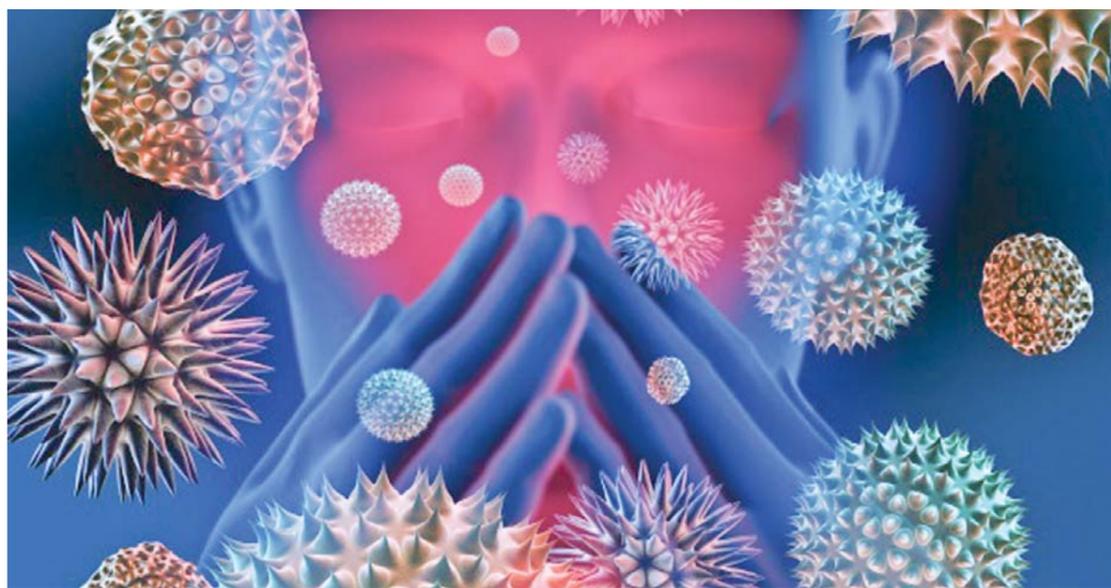
который состоялся в Москве 22-24 мая этого года. Организаторами конгресса выступили ГНЦ Института иммунологии ФМБА России и РААКИ. Такие конгрессы регулярно проводятся уже более 20 лет и являются наиболее крупным и значимым научно-медицинским мероприятием в нашей стране, где представляются результаты современных исследований в области клинической иммунологии и аллергологии. Конгрессы вносят значимый вклад в повышение уровня профессиональной подготовки врачей, которые могли бы эффективно применять результаты передовых разработок в медицинской практике.

В работе конгресса приняли

Авторитетное мнение

Иммунология на страже здоровья

К нарушению функционирования иммунной системы относится и аллергия



не финансируются за счёт средств обязательного медицинского страхования.

Лечение аллергических заболеваний включает фармакотерапию и аллерген-специфическую иммунотерапию (АСИТ). Лечение аллергенами весьма эффективно и входит в протоколы ведения пациентов с аллергическими заболеваниями. Необходимо отметить, что отечественные аллергены, применяемые для диагностики и лечения, не отвечают современным стандартам. Отсутствуют неинъекционные формы (сублингвальные, пероральные) российского производства, отсутствуют аллергены для лечения больных с инсектной аллергией. У пациентов, страдающих инсектной аллергией, существует высокий риск развития анафилаксии. Следует отметить, что АСИТ является единственным патогенетически обоснованным методом профилактики и лечения аллергии. В этой связи важное значение имеет качество диагностических и лечебных аллергенов. Используемые в отечественной практике аллергенные экстракты имеют нестабильный состав и труднотандартизуемы. Этих недостатков лишены рекомбинантные аллергены, разработка которых стала принципиальным шагом в повышении точности аллергодиагностики и эффективности АСИТ.

и многое другое. Загрязнение атмосферы, изменение характера питания, климата могут приводить к повышению концентрации и изменению свойств аллергенов, росту распространённости и тяжести аллергических заболеваний.

Социально-экономическое бремя аллергических заболеваний будет и дальше нарастать во всём мире. Эксперты Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии (ЕААСИ) прогнозируют рост распространённости аллергических заболеваний в Европе до 45%. В связи с этим необходимо отметить, что Европарламент ещё в 2014 г. принял общеевропейскую программу по профилактике, диагностике и лечению аллергии в Европе.

Существует настоятельная необходимость в форсификации научно-исследовательских и клинических работ по диагностике, профилактике и лечению аллергопатологии в России, которая включает в себя улучшение качества и доступности специализированной помощи для всех пациентов, страдающих аллергическими заболеваниями. В основу таких работ должны быть положены три главных цели:

1. Критический анализ картины заболеваемости (предварительная оценка) аллергий и астмы на карте РФ с информированным анализом будущей стратегии.

Работы по проекту возглавляют ведущие специалисты в области молекулярной иммунологии и аллергологии – член-корреспондент РАН М.Хайтов (директор ГНЦ Института иммунологии ФМБА России, Москва) и профессор Р.Валента (руководитель департамента Венского медицинского университета, Австрия, и заведующий лабораторией молекулярной аллергологии ГНЦ Института иммунологии ФМБА России). Проект поддержан мегагрантом Правительства РФ.

Несомненная актуальность проекта для практической аллергологии определяется тем, что аллергия к пыльце берёзы относится к числу наиболее распространённых в России вариантов пыльцевой аллергии, а мажорный аллерген Bet v 1 обладает широкой перекрёстной реактивностью с большим количеством других аллергенов. В исследовании запланирована разработка диагностических тест-систем и терапевтических препаратов (аллерговакцин) на основе рекомбинантных аллергенов. Таким образом, исследования по проекту будут способствовать выводу диагностики и лечения данного вида аллергии на новый, более высокий уровень. Первые результаты этого проекта были представлены на XV международном междисциплинарном конгрессе по аллергологии и иммунологии,

участие около 1500 российских и зарубежных исследователей и врачей – аллергологов, иммунологов, пульмонологов, дерматологов, педиатров, терапевтов, гематологов, а также врачей общей практики и организаторов здравоохранения. РААКИ активно сотрудничает с Европейской академией аллергологии и клинической иммунологии и Всемирной аллергологической организацией (WAO). Эксперты этих ведущих международных организаций приняли участие в работе конгресса. С лекциями выступили более 100 ведущих специалистов из России, Австрии, Германии, Великобритании, ряда других европейских стран, ОАЭ.

В научную программу конгресса были включены пленарные сессии, симпозиумы, школы для практических врачей. Были освещены новейшие достижения в области фундаментальной и клинической иммунологии и аллергологии, молекулярной аллергодиагностики, лекарственной аллергии, иммунотерапии (в том числе перспективы создания новых аллерговакцин). Участники конгресса обсуждали новые подходы к лечению бронхиальной астмы, аллергического ринита, атопического дерматита, крапивницы, иммунодефицитов, аллергических заболеваний у детей. Большое внимание было уделено вопросам вакцинопрофилактики, а также лечению пациентов с коморбидными состояниями.

Современный этап развития аллергологии характеризуется всё более широким внедрением стратегий прецизионной (точной) медицины, основанных на знании молекулярных механизмов патогенеза. На пленарных сессиях и симпозиумах были представлены результаты исследований по разработке инновационных препаратов для профилактики и лечения аллергии на основе малых интерферирующих РНК, рассматривалась роль генетической рестрикции презентации антигенов в развитии аллергической сенсibilизации и симптомов заболевания, обобщены достижения в молекулярной диагностике бронхиальной астмы различного генеза и подходы к её персонализированной терапии.

Существенная часть программы конгресса была посвящена анализу международного и

российского опыта применения АСИТ, обсуждались механизмы АСИТ, биомаркеры её эффективности и перспективы применения рекомбинантных аллергенов для иммунотерапии.

Бронхиальная астма является одним из наиболее распространённых видов аллергических заболеваний. На конгрессе обсуждались современные способы контроля этого заболевания, в том числе ингаляционная и иммунобиологическая терапия, анализировались клинические рекомендации различного уровня, рассматривались алгоритмы терапии в случае сочетанности бронхиальной астмы и аллергического ринита. Слушателям был представлен анализ опыта применения свободных и фиксированных комбинаций ингаляционных глюкокортикостероидов и длительно действующих β_2 -агонистов, которые в настоящее время являются основой терапии бронхиальной астмы у взрослых со среднетяжёлым и тяжёлым, а у детей с тяжёлым течением заболевания. На симпозиумах рассматривались вопросы эквивалентности и критерии взаимозаменяемости ингаляционных препаратов, применения антилейкотриеновых препаратов при различных фенотипах бронхиальной астмы.

К числу перспективных стратегий лечения бронхиальной астмы относится таргетная терапия с применением меполизумаба – моноклонального антитела против интерлейкина-5, который является ключевым звеном патогенеза эозинофильной бронхиальной астмы. На конгрессе были также представлены результаты клинических исследований другого перспективного средства лечения тяжёлой эозинофильной астмы – реслизумаба (интерлейкин-5-связывающее моноклональное антитело). Кроме того, систематизирован отечественный и международный опыт анти-IgE-терапии астмы у взрослых пациентов.

Патогенез бронхиальной астмы связан с патогенезом атопического дерматита. Важным достижением в лечении этих заболеваний стала разработка дупилумаба – рекомбинантного моноклонального антитела, блокирующего эффект интерлейкина-4 и интерлейкина-13, которые играют важную роль в патогенезе бронхиальной астмы и атопического дерматита. Дупилумаб специфически связывается с общей субъединицей рецепторов этих цитокинов. В докладах были приведены данные о долгосрочной безопасности и эффективности дупилумаба, рассмотрены особенности и перспективы его применения у пациентов с атопическим дерматитом и бронхиальной астмой.

Важным предметом дискуссий стали вопросы, связанные с терапией аллергического ринита. На специализированных симпозиумах рассматривались международные и российские рекомендации по лечению аллергического ринита, был представлен анализ данных о клиническом применении антигистаминных препаратов и фиксированных комбинаций противоаллергических средств в терапии аллергического ринита различной степени тяжести, обсуждались мультимодальные подходы и стратегии персонализированной медицины у пациентов с аллергопатологией.

Значимым направлением современной клинической иммунологии является совершенствование диагностики и терапии первичных иммунодефицитов. Рассматривались способы раннего выявления первичных иммунодефицитов, особенности течения заболевания и современные стратегии лечения. Также обсуждалось применение внутривенных иммуноглобулинов в лечении первичных иммунодефицитов, неврологических заболеваний и заболеваний соединительной ткани. Отдельный симпозиум

был посвящён особенностям диагностики и лечения наследственного ангионевротического отёка у детей. Вопросы медицинского обеспечения пациентов с первичными иммунодефицитами обсуждались на совещаниях главных специалистов-аллергологов регионов России.

Пищевая аллергия занимает важное место в структуре аллергической заболеваемости. На симпозиумах и школе для практических врачей были рассмотрены клинические проявления пищевой аллергии, тактика ведения пациентов, основные подходы к комплексному лечению пищевой аллергии. Отмечена важность диетотерапии, разобрано формирование диеты при пищевой аллергии и пищевой непереносимости у детей и взрослых.

Специализированный симпозиум был посвящён актуальным вопросам вакцинопрофилактики. Обсуждались клинико-иммунологические аспекты вакцинации взрослых против пневмококковой инфекции, рассматривались особенности применения вакцин у пациентов с аллергией и у иммунокомпromетированных пациентов.

На симпозиуме «Инсектная аллергия. Современные подходы к диагностике и лечению» рассматривались факторы риска и многообразие этой формы аллергии, обсуждались тяжёлые реакции на яд перепончатокрылых насекомых, подходы к терапии и тактика ведения пациентов.

Большое внимание участники конгресса уделили вопросам детской аллергологии. Были представлены новые технологии диагностики и лечения детей с аллергией, рассмотрены особенности их вакцинации, а также проявления лекарственной аллергии в детском возрасте.

Крапивница имеет достаточно высокую распространённость (1-5%) и поражает лиц преимущественно трудоспособного возраста (20-40 лет). Этой актуальной патологии были посвящены специализированные симпозиумы. Обсуждалась дифференциальная диагностика крапивницы, особенности клинической картины заболевания, практика ведения пациентов с хронической спонтанной крапивницей и сопутствующими ангиоотёками. Были представлены результаты 5-летнего опыта анти-IgE-терапии хронической спонтанной крапивницы, а также обобщены результаты деятельности международных и российских инициатив по оптимизации диагностики и ведения пациентов с крапивницей, в том числе российских центров GA2LEN UCARE.

Важной частью научной программы конгресса стали симпозиумы, на которых были представлены доклады молодых учёных. Исследования были посвящены различным аспектам патогенеза и иммунотерапии аллергических заболеваний.

На заключительной пленарной сессии конгресса были приведены современные данные о распространённости аллергических заболеваний в мире, применении иммунобиологических препаратов в аллергологии, диагностике и лечении лекарственной аллергии, иммуногенных свойствах терапевтических белков.

Делегаты отметили многогранность, насыщенность и сбалансированность научной программы конгресса, а также высокий уровень его организации и информационного сопровождения. Без сомнения, конгресс послужил повышению профессионализма врачей аллергологов-иммунологов и дальнейшему совершенствованию специализированной медицинской помощи в нашей стране.

Рахим ХАИТОВ,
научный руководитель
Государственного научного центра
Институт иммунологии
ФМБА России, академик РАН.

Исследования

Генетика с этикой

Учёные активно работают над созданием химер-гибридов, частью которых являются фрагменты человеческих тканей

В истории человечества на протяжении долгих времён доминировали запреты и анафемы, взять хотя бы долгую и тернистую дорогу рождения анатомию, без знания которой сегодня невозможно себе представить биологию и медицину.

Адепты одной из религий и сегодня не разрешают вскрывать своих усопших, им вторят разного рода законодатели, запрещающие учёным манипулирование человеческими эмбрионами, не позволяя переступить красную черту в 14 дней. Да, та же история напоминает нам про трагедию, связанную с талидомидом, и неудачное начало ген-терапии, сопряжённое с осложнениями. Но гораздо больше людей погибают в силу недопуска терапий в клиники, хотя и здесь наметились определённые подвижки.

Прошло довольно незамеченным сообщение, пришедшее из далёкой Японии, где чиновники Министерства образования и науки разрешили тандему специалистов Токийского (Япония) и Стэнфордского (США) университетов пройти до конца, поддерживая развитие гибридного эмбриона крысы с подсадкой в него человеческих клеток. Статья 2017 г. называлась «Межвидовой органогенез аутологичных функциональных островков». Речь шла о выделении островков клеток, вырабатывающих инсулин, которые затем переносили в диабетическую мышь, чем излечили её (интересно, что будут говорить защитники межвидовой борьбы). Во втором случае клетки человека внесли в зародыш свиньи. В начале октября 2018 г. в той же Японии было разрешено редактировать геном человеческих эмбрионов.

Три дня спустя после японского заявления СМИ сообщили о начале лечения слепых людей с помощью ген-редактирования, всё необходимое для которого будет вводиться непосредственно в глаз. Извест-



Зародыш крысы с красными клетками человека

но, что светочувствительный слой сетчатки – фоторецепторы в виде палочек и колбочек – погружён на её дно в совокупность пигментных клеток. Проблема заключается в том, что при мутации гена RPE (Retinal Pigment Epithelium) тёмный эпителий воспаляется, что приводит к гибели клеток, улавливающих свет и генерирующих зрительные импульсы, поступающие в мозг. Подобное состояние получило название врождённого амавроза (от греч. amauros – тёмный, чёрный), и его предложено исправлять с помощью ген-редактирования, для чего было отобрано 18 человек, начиная с трёхлетних малышей. В клиническом испытании приняли участие 20 человек, 18 из которых прозрели в результате переноса гена с помощью AAV (аденоассоциированного вируса), который тоже может вызывать воспаление.

Другой пример связан с исправлением врождённого иммунодефицита, возникающего в результате мутаций в гене белкового рецептора интерлейкина-2 (IL2). У мальчиков, родившихся

с выключенным геном рецептора IL2, локализирующимся в женской половой хромосоме X, включения иммунитета не происходит (сцепление с полом делает врождённый иммунодефицит сходным с дальтонизмом и гемофилией, а также одной из форм умственной отсталости).

FDA в августе и октябре 2017 г. одобрила применение двух химерных терапий – Kymriah и Yescarta – для лечения нескольких различающихся заболеваний белой крови. В первом случае применение клеток с протеиновыми химерами помогло 83% принявшим участие в испытаниях, во втором – чуть больше трети. Это были умопомрачительные траты, которые могли себе позволить только спонсоры, государственная система медицинского страхования категорически отказалась участвовать. Так что пока биоинженерам и технологам придётся сдерживать свои алчные аппетиты, но они уверяют, что разрешение более широкого применения их продуктов расширит производство и снизит цены. Ген-редакторы же и создатели межвидовых гибридов горчат, что проблемы можно и нужно решать совсем иными способами.

Скоро исполнится 100 лет с тех пор, как увидела свет книга О.Хаксли «О дивный новый мир», в которой людей разных каст выращивали в колбах-инкубаторах. Идея затем была воплощена в экранной «Матрице», постулировавшей рождение поколения «детей из пробирки». И мало кто сегодня подозревает, что учёные в тиши своих лабораторий активно работают над созданием разного рода химер-гибридов, частью которых являются фрагменты человеческих тканей.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature, Scientist, The New England Journal of Medicine.

Иген

Клеточные «мусорщики»

Нарушения в лизосомах могут привести к разного рода нейрональным проблемам. В Калифорнийском университете Сан-Франциско (США) обнаружили у людей с болезнью Альцгеймера разрушение нейронов подпорки, обеспечивающих дневное бодрствование и сохранение умственных способностей.

Гибель нервных клеток связали с нарушениями в лизосомах клеток, в которых лизируются различные вещества. В тот же день Science опубликовал статью из Массачусетского технологического института (США), где выявили взаимосвязанные нарушения нейронов при болезни и гематозенцефалического барьера (ГЭБ). Последний представлен эндотелиальными клетками, монослоем выстилающими сосуды изнутри, а также гладкомышечными клетками сосудистой оболочки.

При Альцгеймере ГЭБ даёт «протечку», увеличивая проницаемость сосудистых стенок с попаданием в мозг тромбина, который токсичен для нервных клеток. Вне сосудов повышается активность металлопротеиназа, то есть ферментов, которые с помощью металлов раз-

рушают околососудистый белковый матрикс с его коллагеном, что ещё больше усугубляет ситуацию. В свою очередь, на поверхности клеток эндотелия начинает откладываться бета-амилоид, бляшки которого считаются чуть ли не причиной болезни Альцгеймера. В Массачусетском технологическом институте решили подействовать на мышью с моделью болезни это доломатом (Etodolac), который используется для укрепления ГЭБ. Лекарство помогло восстановить сосуды и увеличило срок жизни нейронов у животных.

За неделю до этих двух работ в своей статье сотрудники Калифорнийского университета в Риверсайде (США) изложили альтернативный взгляд на развитие болезни Альцгеймера, которая, по их мнению, возникает в результате дисфункции лизосом, которые в норме являются клеточными «мусорщиками». Именно в них перерабатываются отработавшие свои протеины и липиды, которые разбираются на составные части, идущие затем на клеточный синтез. При изменении генов лизосомальных ферментов в клетках начинают накапливаться и отлагаться вне них нейротоксичные бета-амилоид и тау, дающий клубки. В норме

бета-амилоид и тау необходимы для нормальной работы лизосом, но, когда в них перестают работать ферменты (катепсины, переваривающие аномальные белки), наступает «мусорный» коллапс, в результате чего нейрон гибнет.

Другие учёные связывают развитие болезни с воспалением, развивающимся как реакция клеток микроглии, или «клея» белого вещества мозга, а также астроглии, возбуждаемой аполизопропротеином Е (APOE), переносимым липиды разной плотности и поражающим нейроны ещё до наступления зрелости. Микроглию, или макрофаги мозга, возбуждает белок TREM (Trigger Receptor Expressed on Myeloid cells), представляющий собой белковый рецептор, включающий активность миелоидных клеток, к которым относятся те же макрофаги, стимулирующие воспаление. В середине августа 2019 г. сотрудники Университетского колледжа Лондона (Великобритания), которым помогли коллеги из Барселоны и Стокгольма, а также Университета Вашингтона в Сент-Луисе (США), подтвердили в приложении Science роль TREM в повышении риска развития болезни Альцгеймера. Так что пока ещё рано предлагать рецепты её излечения.

Иван ЛАРИН.

По материалам BioRxiv, Nature, Neurobiology of Aging, Neuron, Science Translational Medicine.

По данным нового исследования, повышенный риск рака молочной железы в результате воздействия заместительной гормональной терапии, получаемой женщинами в период менопаузы, сохраняется более 10 лет после окончания лечения.

Как выяснили в ходе нового крупномасштабного исследования учёные из Оксфордского университета (Великобритания), риск рака молочной железы в этих случаях вдвое выше, чем в настоящий момент сообщается женщинам. По их данным, около миллиона случаев его развития у женщин на Западе с начала 1990-х годов могло быть вызвано гормонозаместительной терапией (ГЗТ).

В ГЗТ включаются не только два основных гормона, но также и тиреоидные гормоны, гормоны роста и тестостерон – воздействие последних трёх в ходе данного исследования не рассматривалось.

Женщины могут получать ГЗТ различными способами – и перорально, и трансдермально. Состав их содержимого различается. В некоторые входит только эстроген, другие включают в себя синтетический прогестаген для восполнения уровня прогестерона.

Однако у всех препаратов имеются побочные эффекты, в числе которых – повышенный риск развития рака.

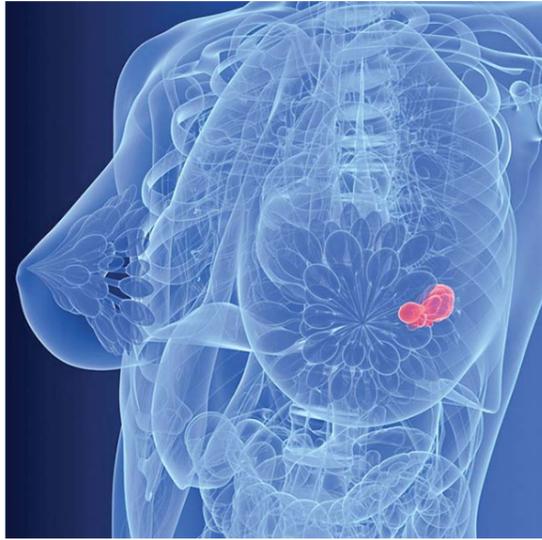
Вероятность определена

В ходе исследования учёные из Оксфордского университета подсчитали, что у 6 женщин из 100, не получающих ГЗТ, разовьётся рак молочной железы в возрасте от 50 до 69 лет. Если женщины принимали эстроген и прогестаген каждый день в течение 5 лет, то рак возник у 8 из 100. Таким образом, из 50 женщин, принимающих комбинированную ГЗТ, у одной в результате

Выводы

Старое и новое

Учёные оценили риск рака молочной железы от гормональной терапии при климаксе



матки и обычно назначается только после её удаления.

О том, что ГЗТ повышает риск развития рака молочной железы, было хорошо известно. Эти данные приводятся в официальных рекомендациях по назначению и использованию ГЗТ, и обычно все плюсы и минусы обсуждаются с лечащим врачом.

Новое же здесь то, что

данное исследование показывает, что риск возникновения рака молочной железы длится более 10 лет, то есть дольше, чем предполагали ранее.

«Прежние оценки риска, связанного с ГЗТ при менопаузе, надо умножить на два, учитывая повышенный риск, который сохраняется после окончания приёма гормонов», – говорит профессор Валери Берал из Оксфордского университета. Она также отметила, что, по данным нового ис-

следования, ГЗТ повышает риск рака молочной железы в любом возрасте.

«Есть популярная теория о том, что если начать ГЗТ до 50 лет, то риска якобы нет, но это не так. Это всего лишь миф, но он очень широко распространён», – пояснила профессор.

Исследование, данные которого опубликованы в журнале The Lancet, показало, что почти все способы ГЗТ увеличивают риск рака.

Однако эстрогенная терапия в виде вагинальных кремов или суппозиторов риск не повышает, поскольку гормоны в таком случае поступают местно и не попадают непосредственно в кровоток. Этот способ ГЗТ таким образом не имеет всех плюсов, но не несёт и всех рисков.

Что предпочесть?

Чтобы решить, принимать ГЗТ или нет, надо взвесить все за и против; так было до публикации новых данных, и этого стоит придерживаться и впредь. «Мы не хотим пугать женщин, но и не хотим давать им ложных заверений», – поясняет профессор Джиллиан Ривз из Оксфордского университета. – Мы бы хотели надеяться, что женщины с помощью этой информации придут к более взвешенному решению о том, хотят ли они начать или продолжать ГЗТ».

Приводимые ниже цифры взяты у одной из ведущих исследовательских благотворительных организаций по борьбе с раком Cancer Research UK, но они не учитывают новых данных, полученных учёными Оксфордского университета. Тем не менее они дают представление о том, какие ещё факторы повышают риск возникновения рака молочной железы у женщин: 2% случаев рака молочной железы у женщин в Великобритании вызваны ГЗТ; 8% – избыточным весом или ожирением; 8% – чрезмерным употреблением алкоголя; 5% – отказом от кормления грудью.

Медики Оксфордского университета подсчитали, что 1 млн из 20 млн случаев заболевания раком молочной железы в западных странах с начала 1990-х годов был вызван гормонозаместительной терапией, которую получали женщины в период климакса. Около 12 млн женщин на Западе пользуются ГЗТ.

Насколько достоверны новые данные? Оксфордские учёные не проводили никаких новых самостоятельных исследований. Вместо этого они проанализировали данные 58 исследований, проведённых в разных странах мира, где были обработаны данные 108 тыс. женщин, заболевших раком молочной железы.

«Это высший пилотаж – то, что было сделано и как, и эти выводы нельзя не учитывать», – полагает Стивен Эванс, профессор фармакоэпидемиологии из Лондонской школы гигиены и тропической медицины (Великобритания). Того же мнения придерживается заслуженный профессор прикладной статистики в Открытом университете Кевин Макконвей, назвавший новую работу Оксфордских учёных «очень тщательно проведённым исследованием».

Инга КАТАРИНА.

По материалам ВВС.

А как у них?

В основе принцип эгалитаризма

Большинство французов высоко оценивает медицинское обслуживание в стране

Одной из лучших систем здравоохранения в Европе считается французская. Изначально власти задумывали, чтобы все слои общества могли иметь максимальный доступ к врачебной помощи. В основу медицинского обслуживания был положен принцип равенства – эгалитаризм, то есть одинаковые возможности для всех. Эта система была введена в здравоохранение ещё в 1945 г. и остаётся действующей по настоящий момент, поскольку доказала свою эффективность.

Почти 75% французов довольны медицинским обслуживанием в стране. Врачебные услуги предоставляются на условиях медицинского страхования, а оно может быть добровольным или обязательным.

Обязательное страхование

Под обязательным страхованием следует понимать государственное, которым охватывается практически 90% населения. У обязательного медстрахования есть 3 режима: первый применяется к наёмным работникам и студентам. В основе подбора застрахованных лиц для обеспечения страховками лежат социально-профессиональные критерии. Второй: на страховку могут рассчитывать члены семей и иждивенцы наёмных работников. Третий: универсальное страхование, его могут получить граждане, которые не входят в две предыдущие категории лиц.

Перечень документов, которые потребуются лицу для приобретения обязательной страховки, зависит от социального статуса (наёмный работник, его родственники, студент). Размер ежемесячных взносов, которые приходится платить застрахованным лицам, устанавливается не частными компаниями, как при покупке коммерческих страховок, а государством.

Поступают взносы от граждан в местные отделы соцобеспечения. Платить приходится дорого, в пределах 20% от зарплаты. Однако работникам нужно платить только третью часть, остальное оплачивают их работодатели.

Непременным атрибутом государственной обязательной страховки является карточка – Carte Vitale. Она выдаётся застрахованным лицам и гарантирует бесплатное медицинское обеспечение в пяти случаях: болезни, производственные несчастные случаи, профессиональные заболевания, беременность и роды, инвалидность.

При производственной травме страховкой покрываются расходы на 100%, в других ситуациях на 75%, остаток оплачивает застрахованное лицо. Универсальный принцип медицинского обеспечения благодаря обязательной страховке распространяется и на визиты к врачам, диагностику или процедуры, покупку лекарств, сдачу анализов, госпитализацию, многое др.

Особенности

Ещё одна особенность обязательного страхования. Во Франции не существует участков терапевтов и централизованных поликлиник. Застрахованные лица должны «прикрепляться» к докторам, которые работают в государственной медицинской системе. Застрахованное лицо должно заключить договор на обслуживание с этим доктором.

Сумма возмещения, которую пациент может получить по той или иной процедуре, указывается в договоре между доктором и Национальным фондом медицинского страхования. Для расчёта стоимости оказываемых пациентам процедур фондом используется специальная шкала. Благодаря тому, что большинство врачей подключены к национальной системе медстрахования, у них действуют единые тарифы на приём пациентов. Визит к врачу пациент должен оплатить, предоставить чек, затем потраченная сумма будет так же возмещена, как и при покупке лекарств.

Сменить лечащего врача можно, но нужно сообщить об этом в страховые органы. Если требуется посетить узкоспециализированного врача направления должен дать лечащий доктор (терапевт). Обратиться к специалисту можно и без направления, но тогда стоимость визита будет возмещена только на 30%.

При госпитализации пациенту будет возмещено за счёт страховки только 33 дня. Если в стационарном отделении нужно пре-

бывать дольше, за остальные дни придётся платить самостоятельно. Существуют во Франции и бесплатные клиники, куда переводят застрахованных лиц, если срок их пребывания в стационаре уже превысил 3 месяца, а нужно ещё лечиться. Больничные на работе оплачиваются за счёт страховки начиная с четвёртого дня. За дни по больничному зарплату начисляет не работодатель, а Национальный фонд медстрахования.

Как и в каждой стране, во Франции есть незащищённые слои общества, к которым могут относиться граждане, потерявшие работу или кормильца, не имеющие постоянной работы. Благодаря Закону о социальном (обязательном) страховании при наступлении страхового случая им оплачивается 100% услуг, стоимости лекарств или процедур, операций и т.д. На такой универсальный вид страховки могут рассчитывать граждане с доходом ниже 7,5 тыс. евро в год.

Альтернативный вариант

Те, кто желает получить больше возмещения по медицинским расходам, имеют право на приобретение коммерческой страховки. Именно так и делают многие французы, полагая, что 75% возмещения от национального фонда недостаточно. Желющие обеспечить себя от непредвиденных расходов, могут принимать участие в системе добровольного страхования. Так, во Франции 893 частные медицинские страховые компании, это больше, чем в лю-

бой из стран Европы. Более 90% населения страны пользуются обязательным и добровольным страхованием одновременно, но можно вполне иметь только коммерческий полис.

В полисе, приобретаемом в частной компании, можно выбрать самостоятельно больше услуг, по которым предоставляется возмещение.

Если у лица, застрахованного в обязательной системе, наступит страховой случай, который не покрывается за счёт социальной страховки, недостающие 25% может покрыть полис, приобретённый в частной компании.

Во Франции самый высокий уровень средней продолжительности жизни по сравнению с другими странами Европы. Благодаря французской системе медицинского обслуживания граждане в равной степени могут лечиться в государственных клиниках и частных. Хорошая страховка покрывает полностью или большую часть затрат на медицинские услуги, а она стоит дорого. Но французы не привыкли экономить на своём здоровье.

У системы здравоохранения есть и недостатки. Например, врачи стараются выписывать пациентам большой перечень лекарств. Считается, что они покупают лекарств больше, чем любая другая страна в мире. Доктора также не уделяют осмотру пациентов должного внимания, так как на это нет времени. Никто не станет с обратившимся гражданином долго беседовать. Визиты к врачу поставлены на поток, если в течение года его посетит 800 и больше пациентов, он может рассчитывать на премию от Национального фонда медицинского страхования в размере 9 тыс. евро.

Юлия ИНИНА.

По материалам MirFrance.ru.

Возвращаясь к напечатанному

«Медицинская газета» в своё время напечатала корреспонденцию «Вернувшийся Маресьева в небо» (см. «МГ» № 45 от 22.06.2016). Вспомнив подробно прославленного авиатора, газета рассказала и о бывшем лечащем враче Героя Советского Союза, уроженце древнего города Трубчевска

Брянской области Арсении Кривошапове. И вот история получила своё продолжение. После телефонного звонка из этого населённого пункта я постарался основательно изучить почти всё, что сохранилось в архивах об этом поистине удивительном человеке, заслуженном враче РСФСР.

Благодарность от де Голля

Судьба не баловала полковника медицинской службы уже с самого детства. Сначала умерла от воспаления лёгких в 1939 г. мать Екатерина Борисовна, потом трагически погиб отец Иван Дмитриевич. Таким образом, пятеро детей оказались предоставленными самим себе.

Кстати, на сохранившихся семейных фотографиях сразу обращают на себя внимание фамильные «кривошаповские черты»: непослушные копны волос, во всём обриве так и сквозит крепкая крестьянская основательность. (К сожалению, качество фотографий не позволяет воспроизвести их в газете).

По воспоминаниям одной из сестёр Клавдии Ивановны, будущий кавалер многих боевых орденов и медалей уже в детстве и юношестве отличался от других сверстников изрядным упорством и самостоятельностью поведения. Поняв, что кому-то надо кормить семью, Арсений, не будучи старшим, уехал в поисках работы в Донбасс, где и начал работать на одной из шахт. А по вечерам учился в вечерней школе. Мало того, будущий врач ухитрился материально помогать оставшимся в Трубчевске братьям и сёстрам, которым сообща даже удалось скопить денег на постройку дома. Здесь-то потом, хоть изредка, но удавались встречи всей семьёй.

В архиве Кривошаповых хранится немало фотографий и писем Арсения Ивановича. И в одном

из них он сообщает, что успешно сдал экзамены в Харьковский медицинский институт. А вскоре эта тропинка упорной учёбы вывела парня из уездного городка тогдашней Орловской области на широкую дорожку известного врача. Получив диплом, Арсений Кривошапов был направлен по распределению в город Тайшет Иркутской области. Вызванный в начале Великой Отечественной войны в Москву, просто чудом избежал смерти, опоздав на поезд, который разбомбила фашистская авиация. Добравшись в конце концов до столицы, вначале работал в санчасти штаба Резервного фронта, а затем – в эвакогоспитале ординатором хирургического отделения. В январе же 1943 г. был назначен ординатором хирургического отделения Центрального военного научно-исследовательского авиационного госпиталя. Об этом периоде врачебной работы Арсения Ивановича «Медицинская газета» уже писала. Не стоит повторяться. Однако обратим внимание вот на что.

Вместе с А.Маресьевым в одно время в госпитале проходили курс лечения и лётчики прославленного французского полка «Нормандия – Норман». К той поре Арсений Иванович с присущей ему дотошностью занимался разработкой новых методов диагностики и лечения различных патологий, защитил кандидатскую диссертацию. Опубликовав больше 25 научных работ, он помог вернуться в боевой

строй сотням лётчиков, штурманов и стрелков-радистов.

Входил военный врач и в состав отдела врачебно-лётной экспертизы по освидетельствованию военнослужащих лётного и инженерно-технического состава. И за годы войны такой тщательный медосмотр прошли больше 6 тыс. пациентов госпиталя. Так уж получилось, что в декабре 1944 г. Центральный военный научно-исследовательский авиационный госпиталь посетил будущий Президент Франции генерал Шарль де Голль. Он тепло поблагодарил советских врачей за оказанную им землякам медицинскую помощь. Удостоился похвалы будущего руководителя государства и военврач Арсений Кривошапов.

Мне, к сожалению, лишь однажды довелось встретиться с заслуженным врачом, да и то накоротке. Было не до расспросов. А вот многие трубчане до сих пор помнят седого старика, неторопливо прогуливавшегося по аллеям городского парка. Он неизменно держал в руке свернутую газету, очень любил смотреть на открывающуюся с Соборной горы ширь окрестных полей. В последний раз Арсений Иванович побывал в родном городе несколько лет назад. Было ему тогда 96...

Василий ШПАЧКОВ,
соб. корр. «МГ».

Брянская область.

Медицина и религия

С помощью церкви — бесплатно

Единственный в Москве бесплатный негосударственный центр амбулаторной реабилитации наркозависимых открылся при храме Живоначальной Троицы в Кожевниках. Помощь в церковном центре «Реабилитация Live» можно получить независимо от гражданства, места регистрации и вероисповедования.

«Мы надеемся, что благодаря таким учреждениям, добрым людям и всесторонней поддержке многие люди, страдающие от наркомании, получат исцеление и помощь, начнут новую, настоящую и счастливую жизнь. Промыслительно, что это совершается в дни Успенского поста, особого времени воздержания, покаяния и исправления», – сказал, совершая чин освящения центра, епископ Бронницкий Фома.

Центр будет работать трёхмесячными групповыми наборами шесть дней в неделю, после чего следует индивидуальное сопровождение пациентов в течение года. Есть здесь комнаты для первичных консультаций, групповых и индивидуальных занятий, арт- и кинотерапии. За основу здесь взята действующая с 2014 г. в Александрово-Невской Лавре Санкт-Петербурга программа амбулаторной реабилитации «ФАВОР», в рамках которой наркомания рассматривается как биопсихо-социо-духовное явление. Более 50% участников этой реабилитационной программы, полностью завершивших курс или прошедших его большую часть, находятся в устойчивой ремиссии.

Реабилитацию в центре смогут одновременно проходить до 15 человек, как женщины, так и мужчины. При желании им можно пройти медицинское обследование в церковной больнице святителя Алексея митрополита Московского. Первая группа желающих пройти курс уже набрана. В штате центра – психологи, консультанты по

химической зависимости, а также социальный работник, который будет помогать в последующем трудоустройстве.

Здесь будут проводиться регулярные встречи со священнослужителями, организовываться специальные занятия по преодолению созависимости для родственников и близких зависимых. «Это открыто для всех и абсолютно анонимно – как в храм пойти. Желательно только предварительно позвонить по телефону горячей линии», – говорит директор центра Алексей Лазарев.

Организован церковный центр Синодальным отделом по благотворительности и Благотворительным фондом святого праведного Иоанна Кронштадтского при поддержке Фонда президентских грантов.

Напомним, что с 2014 г. в отношении людей, принимающих наркотики, уголовное наказание заменено в нашей стране на возможность пройти лечение и реабилитацию, внедряются инновационные подходы к лечению наркомании на основе молекулярно-генетического анализа, новые лекарства. Как сообщила на международной конференции «Парламентарии против наркотиков» в декабре 2018 г. министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, благодаря такому системному комплексному подходу удалось изменить ситуацию в стране: число россиян, принимающих наркотики, сократилось с 2010 г. на 17%.

В стране действуют более 300 церковных проектов помощи таким людям, в том числе 70 стационарных церковных реабилитационных центров длительного пребывания, более 60 консультационных пунктов, 18 центров ресоциализации наркозависимых и другие вспомогательные структуры системы реабилитации Русской православной церкви. Ежегодно открываются не менее 10 таких новых структур РПЦ.

Иван ВЕТЛУГИН,
МИА Cito!

Имена и судьбы

В середине 80-х о главном хирурге 40-й армии молодом полковнике медицинской службы Иване Косачёве в Афганистане ходили легенды. За два с половиной года своей военной командировки он организовал систему медицинской помощи раненым советским солдатам и офицерам таким образом, что многих от числа «безнадёжных» (то есть пациентов с urgentными состояниями, не совместимыми с жизнью) удавалось спасти.

Распоряжением «первого» медика воюющей армии тяжелораненых немедленно отправляли в хирургические операционные либо в отделения интенсивной терапии и реанимации. Его организаторское дарование ярко проявилось и в том, что была разработана и внедрена простая и вместе с тем эффективная двухэтапная модель эвакуации. Крайне агрессивный жаркий и сухой климат был лучшим помощником многих болезней, который «запускал» быстротечность развития заражений и осложнений, ухудшал самочувствие раненых. Маршрутизация пострадавших по-косачёвски заключалась в их транспортировке в ближайший от мест боестолкновения госпитали всеми доступными «бортами» – там оказывалась экстренная медицинская помощь. Впоследствии получивших тяжёлые ранения воинов доставляли также по воздуху в госпиталь армейского уровня. В Кабуле же у военврачей, помимо опыта и мастерства, имелись в достатке возможности, чтобы

Помочь выжить в катаклизмах обязан

Новая экспозиция Военно-медицинского музея Минобороны РФ «Герой нашего времени» посвящена 80-летию хирургу



И. Косачёв с курсантами академии на осмотре выставки

выполнить сложнейшую операцию и подготовить ребят – нередко безруких и безногих, но живых – снова к перелёту, на этот раз уже в Союз, домой...

Панама офицера И. Косачёва, находившегося в составе Ограниченного контингента советских войск в Афганистане, его награжденные электронные часы, хирургические кровоостанавливающие зажимы, а также пули и осколки, собствен-

норучно извлечённые им из тел раненых (решение многотрудных задач по медицинскому обеспечению коллективов вверенных ему соединений и частей Иван Данилович сочетал с работой в операционных), другие личные предметы и вещи видного отечественного военно-полевого хирурга – вот уже несколько дней часть новой выставки в одном из залов Военно-медицинского музея Министерства обороны РФ.

Другую часть историко-биографической экспозиции, названной организатором «Герой нашего времени», составляют материалы из фондов музейного учреждения в Лазаретном переулке.

Представленное собрание экспонатов – это всего лишь тоненький срез ушедшего и настоящего времени, однако в этапах жизни военного медика, верного воинской присяге и профессиональному долгу, отчётливо отражается незабываемость нравственных принципов врача вне зависимости от смены эпох. Слово «долг» пожалуй, чаще всего звучало на открытии выставки в обращении к курсантам, первым её посетителям, некогда заместителя начальника Военно-медицинской академии, а ныне председателя ветеранской организации ВМА, заслуженного врача РФ, заслуженного врача Узбекской ССР, полковника медицинской службы в отставке Ивана Косачёва.

Кроме будущих военврачей на дебютном показе экспозиции, приуроченной к 80-летию Ивана Даниловича, присутствовали его сослуживцы, коллеги, друзья. Все они называли И. Косачёва человеком уникальной судьбы, не только талантливым хирургом, но и врачом-естествоиспытателем. До службы в

Афганистане, где ко всему прочему разработал целый ряд эффективных методик лечения раненых и больных в военно-полевых условиях, он был участником XX Советской антарктической экспедиции. В Антарктиде во время зимовки на станции «Ленинградская» вдобавок к отпавлению обязанностей врача экспедиции в тяжелейших климатических параметрах, находил силы для полевых экспериментов. Его исследования по адапционным особенностям человеческого организма в условиях экстремально низких температур и спустя 40 лет представляют огромную научную ценность. Накопленный богатейший практический опыт военный хирург с блеском использовал при спасении жизней людей разрушенного землетрясением армянского Спитака в 1988-м...

В итоговом слове настоящий герой нашего времени поведал несколько поучительных историй, произошедших с ним во время офицерской службы – в Афганистане, Армении, и на «шестом континенте» – в Антарктиде.

Владимир КЛЬШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Случилось это малопримечательное для сторонних глаз событие в один из серых пасмурных дней поздней осени, в шестидесятых, ещё советских годах.

В терапевтической палате было сумрачно и скучно. На кровати мальчика лежал раскрытый на середине толстый том сказок народов мира, сам же он стоял у окна, смотрел на чахлый больничный скверик и гадал: придут его сегодня поведать или нет?..

Сверстники, товарищи по несчастью, в тихий час угомонились, заснули. Мальчику не спалось, впервые он попал в стационар, и это был весьма горький жизненный опыт. Нет – нянечки, медсёстры и врачи были на редкость сердобольны и заботливы. И уколов ему, к зависти почти всего детского отделения, ставили немного и не каждый день. В основном обходились таблетками и микстурами, которые хоть и были тошнотворно противными, но хорошо помогали. По крайней мере температуры и невыносимой боли, особенно по ночам, больше не было. За несколько проведённых здесь недель удалось отоспаться, опять появился аппетит. А его почему-то всё не выписывают и не выписывают. Уже сколько новичков сменилось на соседних койках...

Непонятно. И началось всё непонятно.

Золотым юным сентябрём он пошёл во второй класс. Учиться было интересно и легко. Приятели по уличным играм и лучший друг (повезло же!) – все оказались в одной школе. Дедушка и бабушка, опекающие мальчика, пока мама учится в медицинском институте в Ставрополе, души в нём не чают. Папы нет – это да. Правда, есть какие-то элементы от него, слышал краем уха, регулярно приходят по почте. Почему так – тоже пока неясно, но когда-нибудь узнается. Можно не сомневаться. В сказках, вот ведь, рано или поздно всегда всё налаживается, и всегда к лучшему.

А ещё был случай

Груша

Папы нет, зато дед какой мировой! И на велосипедах покататься уговаривать не надо, и на рыбалку, и за боярышником в кубанский пойменный лес... А как отличные летние каникулы они с ним провели! Живи и радуйся! И на тебе!..

Та октябрьская ночь надолго запомнится. В первые мгновения после пробуждения даже не сразу сообразил, что его вытолкнуло из сна. Правое колено сжали тиски боли. Когда взрослые, услышав его постановления, включили свет, опухший сустав казался малиновым шаром, тело бил озноб. Но мальчика воспитывали мужчиной, поэтому он не хныкал, хотя слёзы и катились из глаз. Сами. Без спросу. И колено не слушалось. Согнулось пополам и не разгибалось. Точнее, разгнуться-то, если очень сильно постараться, прикусив губу, его можно было заставить. Но чего это стоило!

На бабушкиных примочках и компрессах до утра дотерпел. Затем провал в памяти, и вот он, квёлый от бессонницы, уже сидит на кушетке в приёмном покое с градусником подмышкой. Строгий седой врач в белом халате считает пульс, заглядывает в горло. Что-то втолковывает взрослому. Ревматизм. Наверное. Скорей всего. Надо оставлять. Нужны анализы.

Надо же, ревматизм. Слово-то какое нерусское. А запоминается легко. И деваться от него, похоже, теперь некуда...

Больница в городишке располагалась на окраине, на взгорке, дальше – выселки. Автобус сюда забирается редко, поэтому бабушка или дедушка навещают



его не каждый день. Это понятно. Это можно и пережить. За чтением время тянется не так тоскливо. Тишина же и сумерки – фантазиям только в помощь. Неслышно вошла дежурная нянечка, шёпотом позвала: – Коля, ты чего? Не спишь? Оно и хорошо. Пойдём, пришли к тебе. Не шуми, смотри мне!

На этот раз родные были вдвоём. Сразу новость: мама приезжает (ура!), заберёт мальчика с собой. Договорилась с профессором на кафедре, положат в краевую больницу, там дело быстро на поправку пойдёт! Пару месяцев в отделении, потом до полугодика в специальном санатории. Представляешь, как здорово?

Ничего себе – быстро! Ничего себе – здорово. Вот летние каникулы – это быстро. Пролетают, считай, мигом. И глупо кому-то объяснять, как здорово!

В гостинец принесли грушу.

Бомбу, а не грушу! Янтарно-спелую. Волшебную. Невиданно-громадную. Сказочную.

Это бабуля. Всё замечает. Как-то, ещё до больницы, в толчее воскресного рынка он подзастрял у прилавка с пирамидой этих лакомых красивых плодов. Дорогущие. Только на дедову скромную зарплату, единственный доход на всю семью, не разгуляешься. Даже в базарный день. Не стал просить. Не капризник, небось, как некоторые. Опять же, карамельные подушечки с тягучей начинкой без обёртки на вес в угловом магазинчике – тоже очень даже ничего. Ну и пусть, что слипшиеся. Так их на десять копеек о-го-го! сколько выходит.

В палате поставил грушу на подоконник. Бутылочкой. Полюбоваться. Как разделить её на всех – решит позже. После того, как проводит взглядом своих родных до больничной калитки.

Там, на воле, посыпал из свинцового неба первый мелкий густой снежок. Смотреть в удаляющиеся спины почти невыносимо. Не смотреть – недолго и нюни, как девчонке, распустить. Невзирая на спартанское воспитание. Ну, вот и скрылись из вида. Вздохнём и приступим к новому ожиданию. Уже не привыкать.

На тёмно-сером фоне оконного стекла тёплая желтизна груши поблекла, казалось, почернела. Есть её совсем не хочется. Странно как, и удивительно: получить лакомства – вот так легко, за здорово живёшь. Даже без полсловечка. И вне зависимости от поведения и школьных оценок. Неужели для этого надо только заболеть? И обязательно ли должно случиться что-нибудь нехорошее, чтобы любовь и ласка родных и близких обрушились на тебя с утроенной силой? И вся родня, как бы спохватывшись, бросалась заваливать тебя конфетами, печеньем и фруктами? От мятных пряников тоже никто не откажется...

Судя по этой груше и по изобилию сладостей в прикроватных тумбочках ребят, досыпающих тихий час, так оно и выходит. И куда деваются в таких случаях: «Не сейчас!», «Нет денег», «Получку ещё не дали», «Подожди до дня рождения», «Вот будут все пятёрки в табеле...», «Будешь хорошо себя вести, Дед Мороз подарит»...

Вопросы, вопросы, вопросы... И не последний из них – а когда выздоровеешь, всё опять станет как до болезни? Или теперь уже так накатом и пойдёт? Хорошо бы. Хотя, конечно, вряд ли...

* * *

У каждого из нас, наверное, случается в свой час похожая история. Когда в детской голове поселяются недетские вопросы. Ответы на которые порой приходится искать всю жизнь.

Юрий СУПРУНОВ,
врач-психотерапевт.

Новосибирск.

СКАНВОРД

Фуросемид	Ядовитая змея	Прозрачная ткань				Древний город, Вьетнам		Обычай										
			Серый тюлень		Оптич. квант. генератор	Период, мезозой		Муз. интервал	Рус. медная монета	"Мы из Кронштадта"	Газ с аммиачным запахом						Алданов, роман	
	Л. Бруни, портрет	Солифенацин					Ущерб	Результат	Рос. пианист	Узбекский поэт	Плоскостное судно	Опера Беллини					Житель Дагестана	
			Бриллиант	Город, Венгрия	Богиня утр. зари			Лекар. растение									Расточитель	
	Планета	Рос. шахматист				Коллизия, пьеса	Город, Египет	Франц. художник	Древняя страна, Абхазия									
		Попугай	Актриса ... Эвер	Сильный слог	Рубящее оружие		Земляной миндаль	Вознесенский, поэма									Устар. единица яркости	
	"Черт и ... Дворжак"	Итал. ботаник			Сгореть в ...		Сканд. бог грома											
Соль азотной кислоты				Штат, Мьянма			Реж. инструмент											
Автор Валерий Шаршуков	Задор				"Авелла"		Академия наук											

К Т А Х А Т **А Д Е Г О Т Ь**
З У Б Р **О Р Б Р А Ш П И Л Ь И Р У**
Р О М Е П Р А З О Л К Р Л М А П У Г
Т А С С О Е П Р Л И З О Л И Н С А М Ш И Т
Г Т О Р Ф К О Х А Б М Т У Ш Е О Н Ы
Б А Ш Л Ь К И Р О Д Б А Г Е Т Г К А Н К А Н
А Л О Ж Е Н И Н О А Н И
В Е Р Т Е Л С Ф Е Н Р И М А Н
М К О Ш Т К О П И А Д А

Ответы на сканворд, опубликованный в № 34 от 04.09.2019.

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 (врио ответственного секретаря), 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 № 2467
 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 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.