

Медицинская

26 мая 2021 г.
среда
№ 20 (7988)

Газета®

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

Конкурсы

Я – профессионал!

Завершился образовательный медицинский форум для участников Всероссийской олимпиады студентов



Форум позволил студентам медицинских направлений узнать о мировых трендах и технологиях, формирующих новые требования к системе здравоохранения и медицинского образования. «Я – профессионал» – это мобильная образовательная олимпиада нового формата, один из флагманских проектов президентской платформы «Россия – страна возможностей».

Выход за рамки традиционных лекций, мастер-классы и тренинги международного уровня, а также секреты профессионализма от ведущих экспертов были представлены в ходе олимпиады, участниками которой стали 100 студентов из 25 городов страны. Именно они наиболее успешно проявили себя по направлениям укрупнённой группы «Медицина и здравоохранение», которую представили 4 раздела: «Лечебное дело

Во время игровых тренингов

и педиатрия», «Медико-профилактическое дело», «Стоматология» и «Фармация».

Участников в форме видеобращения поприветствовал министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко, директор Департамента здравоохранения Правительства РФ Игорь Каграманян, подчеркнувшие уникальную возможность приобщиться ко всему самому новому и актуальному, что есть в медицине. Интерактивная программа форума включила в себя коллаборации и мастер-классы, подготовленные вузами-соорганизаторами медицинских направлений олимпиады, дискуссии с участием известных экспертов и учёных, нетворкинги и открытые сессии.

Дискуссионные площадки дали возможность задать вопросы ведущим российским экспертам. Форум посетили директор Национального исследовательского центра терапии

и профилактической медицины Оксана Драпкина, председатель Ассоциации «Совет ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений», ректор Сеченовского университета, академик РАН Пётр Глыбочко, председатель Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов, директор Института кластерной онкологии им. Л.Л.Левшина Игорь Решетов.

«Медикам новой формации, которые стремятся развивать свои компетенции и стать востребованными специалистами, могут дать такой совет – будьте, прежде всего, врачами-исследователями. За наукой – будущее», – такое напутствие дал победителям конкурса П.Глыбочко.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Москва.

Преодоление

Тревожные звоночки

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко провёл селекторное совещание с регионами, посвящённое ситуации с новой коронавирусной инфекцией и исполнением поручения Президента РФ о возобновлении диспансеризации и профилактических осмотров.

Министр отметил, что положение с новой коронавирусной инфекцией остаётся напряжённым. В связи с этим регионам рекомендовано в

еженедельном режиме проводить анализ эпидобстановки в разрезе муниципалитетов, и исходя из этого принимать решения по ограничительным мероприятиям. Также министр призвал продолжать отработку эпидочагов, в том числе семейных.

Участники селекторного совещания согласились с мнением экспертов, что в целях обеспечения безопасности медработников, к оказанию медицинской помощи пациентам с COVID-19 и подозрением на него рекомендовано

привлекать тех из них, кто имеет иммунитет к вирусу.

В связи с крайне высоким риском тяжёлого течения COVID-19 и летального исхода у пациентов старше 60 лет и граждан, страдающих хроническими заболеваниями, министр подчеркнул необходимость использовать все возможности для привлечения таких пациентов к вакцинации. Кроме того, поручено уделить особое внимание выявлению факторов риска постковидных осложнений у граждан, переболевших новой коронавирусной инфекцией.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.
МИА Сито!



Владимир КЛЕВНО,
президент Ассоциации
судебно-медицинских экспертов,
профессор:

В судебно-медицинской экспертизе важны две вещи: видеть большое в малом и малое в большом...

Стр. 4

Зураб КЕКЕЛИДЗЕ,
главный специалист психиатр
Минздрава России,
член-корреспондент РАН:

Сокращение первичной сети психотерапевтической помощи противоречит здравому смыслу!

Стр. 5



Александр ЧУХРАЁВ,
генеральный директор НМИЦ
МНТК «Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова, профессор:

Результат работы сегодня может быть великолепен, но в управлении научно-медицинским учреждением важна ещё и динамика.

Стр. 6-7

Инициатива

Изменить подход

На конференции, посвящённой вопросам протезирования и ортопедии, партнёром которой выступил Общероссийский народный фронт, эксперты предложили Правительству России усовершенствовать закупки протезно-ортопедических изделий, повысить их качество и доступность для людей с инвалидностью.

Эксперты рекомендовали детализировать классификатор технических средств реабилитации, составленный Минтрудом России, упростить регулирование производства индивидуальных протезно-ортопедических изделий и проводить их закупки на основе рыночного анализа, а не исходя из цены последнего контракта.

«Сейчас человек с инвалидностью может получить необходимое средство реабилитации от государства либо получить компенсацию за приобретение за счёт личных средств. С сентября вводится новая возможность получить средство реабилитации с помощью электронного сертификата, таким образом человек сможет самостоятельно выбрать специалиста и протезную мастерскую, в которой он хочет делать протез. Однако пока механизм электронного сертификата остаётся непонятным с точки зрения определения суммы выплачиваемых через него средств. Мы видим высокие риски, что в таком случае стоимость протезно-ортопедического изделия будет занижена и, по сути дела, у человека

с инвалидностью не будет возможности приобретения качественного технического средства», – отметил председатель Координационного совета ОНФ по делам инвалидов Иван Бирюков.

По его словам, много внимания на конференции было уделено и вопросам регулирования производства протезно-ортопедических изделий. С недавнего времени для подтверждения факта российского происхождения протеза надо сначала получить сертификат в Торгово-промышленной палате, а затем зарегистрироваться в реестре отечественной продукции Минпромторга.

«Это достаточно длительная бюрократическая процедура, которая в том числе несёт с собой существенные финансовые издержки. Но при этом к производству протезов такое регулирование плохо применимо, поскольку практически все протезы изготавливаются индивидуально. Это индивидуальные изделия и регистрировать каждое по отдельности невозможно», – сказал И.Бирюков.

«Мы также рекомендовали Правительству изменить подход в определении стоимости протезно-ортопедических изделий при госзакупках на основе сопоставления рыночных цен. Такой метод прописан в 44-м Федеральном законе о государственных закупках. Сейчас же стоимость определяется по цене последнего исполненного контракта, – добавил он.

Андрей ДЫМОВ.
МИА Сито!

Новости
Расширяя границы трансплантации

В областной клинической больнице № 1 Тюмени выполнена первая трансплантация сердца с участием московских специалистов из Национального медицинского исследовательского центра трансплантологии и искусственных органов им. В.И.Шумакова Минздрава России.

«Кардиохирургическая служба на базе областной больницы достаточно квалифицирована, коллеги из Тюмени планировали и готовились к выполнению первой трансплантации сердца, прошли обучение в области трансплантологии в центре им. В.И.Шумакова. Трансплантацию провели, пациент уже находится в отделении и чувствует себя хорошо – это отличное начало программы, мы будем поддерживать наших коллег, направлять и помогать», – отметил главный специалист трансплантолог Минздрава России Сергей Готье.

Специалисты больницы № 1 обладают большим опытом трансплантации почки, а в 2020 г. впервые выполнили пересадку печени.

Одно из направлений деятельности центра им. В.И.Шумакова Минздрава России – расширение географии оказания трансплантационной помощи населению РФ. На сегодняшний день функционирует более 60 центров трансплантации в 32 регионах РФ, а Тюмень стала 18-м по счёту центром трансплантации сердца.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Работает «воздушная» скорая

С начала 2021 г. борт санитарной авиации и специализированная реанимационная бригада Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи Астрахани 60 раз вылетали для транспортировки пациентов из отдалённых районов области. Всем им требовалась экстренная медицинская помощь в условиях специализированных лечебных учреждений областного центра.

«Вертолёт санитарной авиации доставляет пациентов с тяжёлыми патологиями и травмами в ведущие областные медицинские центры. Каждый вылет – это вовремя оказанная медицинская помощь и спасённая жизнь, – говорит министр здравоохранения области Алексей Спиринов. – Астраханская область в этом году получит из федерального бюджета дополнительные средства на санитарную авиацию, за счёт этого количество вылетов «воздушной скорой» будет увеличено».

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Астраханская область.

Вода в колодцах не всегда колодезная

В участковой больнице села Марьины Колодцы Ставропольского края прекратил работу инфекционный госпиталь, развёрнутый там из-за массового отравления селян кишечной инфекцией.

В участковую больницу начали обращаться жители села с симптоматикой расстройства пищеварения. Когда стало понятно, что это не единичные случаи, на базе больницы был развёрнут инфекционный провизорный госпиталь на 78 коек, куда приехал губернатор края Владимир Владимиров. По итогам этой поездки глава региона провёл совещание о принятии профилактических мер. В частности, правительству края поручено подготовить предложения по ремонту водовода в селе. Дело в том, что специалисты Роспотребнадзора исследовали пробы воды и пришли к выводу, что люди могли заразиться через водопроводную воду.

По свидетельству заведующего участковой больницей Умара Эсетилова, в общей сложности в медучреждение с симптоматикой кишечного отравления обратилось около 170 человек (в селе проживает около 3 тыс. человек, четверть из них – дети), восемь из них были госпитализированы, остальные лечатся амбулаторно, или уже выздоровели.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

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

Акценты

Экстремально низкая масса тела опасна для здоровья

Два редких вмешательства подряд провели челябинские хирурги

В Челябинской областной клинической больнице прооперировали мужчину с экстремально низкой массой тела. Как известно, причины заболеваний, приводящие к стремительной потере веса, самые разные.

Это может быть приём каких-то агрессивных жидкостей. Или работа на «вредных» производствах, где вдыхается большое количество паров, которые оседают на пищевод и вызывают химическую реакцию и ожог. Приводят к сужению пищевода и естественные причины, например, дивертикул Ценкера, или глоточно-пищеводный дивертикул, ахалазия кардии, различные доброкачественные стенозы пищевода или опухоль пищевода. Человек вынужден перейти на жидкое питание, а позже вообще перестаёт питаться и худеет с катастрофической скоростью.

И одним из общепринятых эндоскопических методов вмешательства является расширение пищевода с помощью бужирования.

– Помимо бужирования, выполняются и баллонные дилатации, и различные тоннельные операции, – говорит эндоскопист диагностического центра ЧОКБ Александр Васильев. – Они выполняются уже давно, накоплен большой опыт, и результативность при таких манипуляциях очень высокая. Как правило, после такого эндоскопического вмешательства заболевания вылечиваются полностью, и ещё ни один пациент к нам повторно не обращался. Мы их



Иногда без операции не обойтись

только наблюдаем, выполняя диагностические манипуляции.

Если эффективность бужирования минимальная или отрицательная, в процесс включаются хирурги, которые для восстановления проходимости прибегают к оперативному вмешательству. В ЧОКБ используют и уникальную методику – пластика пищевода.

«В процессе выздоровления человек должен в среднем прибавлять по 150-200 г в день. У нас и подход к этим пациентам, как к младенцам. Нам очень помогают диетологи, которые расписывают питание, и гастроэнтерологи, которые назначают сопутствующие препараты», – отмечает старший

ординатор хирургического отделения № 2 ЧОКБ Александр Микуров.

Сразу после операции пациент начинает питаться и набирать потерянные килограммы. Тех, кто пошёл на поправку, выписывают под амбулаторное наблюдение специалистов по месту жительства.

После выписки человеку придётся соблюдать специальную диету. Но со временем он сможет вернуться к прежнему образу жизни и приступить к работе.

Наталья МАЛУХИНА,
спец. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Перспективы

Цифровая женская консультация

На базе женской консультации поликлиники № 1 Йошкар-Олы запущен первый в Республике Марий Эл цифровой проект – Цифровая женская консультация. Проект реализован на безвозмездной основе за счёт свободной воли и желания его создателей.

Помимо стандартных разделов информационных сайтов здесь реализован дополнительный функционал, именно в этом его уникальность, а именно: интеллектуальный поиск участка прикрепления по адресу проживания пациентки; электронные формы бланков, необходимых для прикрепле-

ния к медицинской организации, их можно скачать, заполнить от руки или на компьютере; возможность взаимодействия беременных и врача по электронной почте; удобное расположение контактной информации и возможность набора номера непосредственно с сайта; наличие раздела «Беременность» с важной и интересной информацией на волнующие каждую будущую маму темы.

В рамках проекта также разработана система автоматической выписки анализов и направлений на обследование: шаблоны позволяют один раз ввести данные пациентки, после чего все бланки заполняются автоматически, что

значительно сокращает время на оформление документов.

При реализации проекта помимо имеющегося в консультации пандуса установлена бесконтактная беспроводная кнопка вызова персонала. Отсканировав QR-код, пациент получает возможность вызвать сотрудника консультации для помощи.

Разработчики при реализации проекта использовали метод, позволяющий в короткие сроки и без затрат запустить его и для других медицинских учреждений Марий Эл.

Ольга БИРЮЧЁВА,
внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

Тенденции

Омское региональное отделение Фонда социального страхования подвело итоги реализации программы родовых сертификатов за минувший год.

Отделением фонда заключены договоры с 55 медицинскими организациями региона об оплате медицинских услуг, оказанных женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров детей до года. Полная стоимость родового сертификата в 2020-м увеличилась и составила 12 тыс. руб., что на 1000 руб. больше по сравнению с предыдущими годами. Дополнительно женщины получают помощь юриста, психолога и социального работника.

Полезный документ



В области в минувшем году родилось 17 392 ребёнка, из них – 8851 мальчик и 8541 девочка. Наибольшая рождаемость наблюдалась в июле – 1601 новорождённый, наименьшая в феврале – 1260 детей. Первенцы родились в 6284 семьях, вторыми появились на свет 11 008 ребятшек, зарегистрировано рождение 149 двоен и 3 тройни.

В рамках программы «Родовой сертификат» в прошлом году медицинскими организациями области предъявлено к оплате более 60 тыс. талонов. Отделением фонда оплачено более 182 млн руб.

С одной стороны, сертификат позволяет будущим мамам получить всю необходимую помощь, а с другой – гарантирует медицинским учреждениям дополнительное финансирование за успешное выполнение своих профессиональных обязанностей. Напомним, что средства родового сертификата направляются на приобретение современного медицинского оборудования, инструментария, медикаментов, изделий медицинского назначения, дополнительного питания для беременных и кормящих женщин, а также на оплату труда медицинских работников.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

ОМС: реальность и перспективы

Усилить контроль над медицинскими организациями

Приказом Минздрава России № 255 от 26.03.2021 утверждён новый порядок контроля, который осуществляют территориальные фонды обязательного медицинского страхования в отношении страховых медицинских организаций и медицинских организаций в системе ОМС.

В соответствии с ним территориальным фондом контролируется деятельность страховых медицинских организаций, работающих в сфере ОМС, на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключённого между территориальным фондом и страховой медицинской организацией.

Пунктом 4 порядка предусматривается, что проверки прово-

дятся в форме документарной (камеральной) и (или) выездной.

Документарная проверка проводится без выезда по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности страховой медицинской организации на основе представленных по запросам территориального фонда документов, а выездная проверка проводится по месту нахождения и (или) фактического осуществления деятельности страховой медицинской организации.

Кроме того, в соответствии с пунктом 5 порядка проверки могут быть комплексными, тематическими и контрольными.

Комплексная проверка проводится для рассмотрения комплекса вопросов, связанных с

соблюдением законодательства РФ об ОМС и с использованием средств ОМС за определённый период деятельности страховой медицинской организации.

Тематическая проверка назначается для рассмотрения отдельных вопросов, связанных с соблюдением законодательства РФ об ОМС и (или) с использованием средств ОМС.

Контрольная проверка проводится для изучения результатов работы страховой медицинской организации по устранению нарушений и недостатков, ранее выявленных в ходе комплексной или тематической проверок.

Также согласно пункту 6 порядка проверки могут быть плановыми и внеплановыми.

Алексей ПИМШИН.

Перемены

Столица за сосудистую безопасность

В ближайшие три года столичные стационары будут дополнительно оснащены новейшим ангиографическим оборудованием, которое используется для высокоточной диагностики и проведения различных операций, в том числе пациентам онкологического профиля. Поставки новых ангиографов, закупленных по контрактам жизненного цикла, уже начались. Об этом сообщила заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития Анастасия Ракова.

«Использование новейших моделей ангиографов открывает новые возможности врачам в различных областях медицины. Прежде всего, при оказании помощи пациентам с инфарктами и инсультами, а также с онкологическими заболеваниями. Всего в рамках закупок по контрактам жизненного цикла мы приобрели 41 ангиограф в различных конфигурациях, в том числе 3 детских. Первый высокотехнологичный аппарат уже поступил в столичную городскую клиническую больницу № 15 им. О.М.Филатова, где ведётся подготовка к его запуску. Из общего количества закупленных ангиографов почти половина – 19 единиц – будут поставлены в столичные стационары уже в текущем году. Остальные

планируем получить до конца 2023 г.», – отметила вице-мэр.

По многим показателям приобретённые ангиографы уникальны. Используемые технологии обеспечивают более высокое качество визуализации получаемых результатов, а значит – и более эффективную диагностику. Кроме того, ряд моделей оснащён столами повышенной грузоподъёмности, что снимает ограничения для их использования пациентами с большой массой тела. Ангиографы, предназначенные для проведения исследований у детей, позволяют не только получать и отображать данные сразу в двух проекциях в режиме реального времени, но и критически снизить расход контрастного вещества, что особенно важно для маленьких пациентов.

Закупки оборудования по контрактам жизненного цикла, при которых поставщик обязуется обеспечить постоянную работоспособность оборудования на протяжении всего срока его эксплуатации. Благодаря этому существует возможность использовать медицинскую технику практически в круглосуточном режиме, то есть проводить обследования и операции для гораздо большего количества пациентов.

Всё закупленное оборудование будет интегрировано в Единую радиологическую информацион-

ную систему (ЕРИС), в которой полученные снимки обрабатываются в том числе с использованием технологий искусственного интеллекта.

«Контракты жизненного цикла – одна из популярных форм государственно-частного партнёрства при реализации важных для города проектов. Москва заключает такие контракты в медицине с 2019 г., за это время город приобрёл медоборудование на сумму порядка 80 млрд руб. Благодаря этому столица получила современное медицинское оборудование от поставщиков, которые имеют не только производственные мощности, но и соответствующий опыт по обслуживанию аппаратов», – сказал заместитель мэра Москвы по вопросам экономической политики и имущественно-земельных отношений Владимир Ефимов.

Всего в столице по контрактам жизненного цикла приобретено уже более 4,9 тыс. единиц сложного высокотехнологичного медицинского оборудования с поставками в 2020-2023 гг. В том числе аппараты для УЗИ, рентгенографы, новейшие модели компьютерных томографов, магнитно-резонансных томографов, эндоскопическое и другое оборудование.

Вячеслав ДАШКОВ.

МИА Сити!

Подписка-2021

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» (второе полугодие) можно воспользовавшись Объединённым каталогом «Пресса России-2021» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

32289 – на полугодие

50075 – на месяц.

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru; mg-podpiska@mail.ru.



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

Опыт

Согласно мониторингу Минздрава России, проведённому в апреле 2021 г., большинство граждан (42%, или 3,7 млн человек) записываются на приём к врачу через регистратуру. Доля пациентов, записавшихся на приём к специалисту через единый портал госуслуг, составила 5%, через региональные электронные сервисы – 10%. Наибольшая доля записей через портал госуслуг – 51% – в Республике Тыва.

По старинке – надёжнее

Мониторинг проводился со 2 по 8 апреля этого года, его результаты представил заместитель министра здравоохранения РФ Павел Пугачёв. По данным ведомства, наименьшая доля записей на приём через портал госуслуг отмечается в Республике Ингушетия (0,8%), Тамбовской (1%), Тюменской областях (1%) и Санкт-Петербурге (1,3%). Среди других пунктов записи к врачу – компьютер медработника (16%), колл-центр (6%), инфомат (2%).

Тех, кто пытался записаться к врачу через единый портал госуслуг, – 18,7%, или 130 тыс. человек. Большинство из них не смогли записаться на приём из-за организационных проблем в медицинской организации, а 3% – по техническим причинам.

По словам П.Пугачёва, по результатам 2020 г. уровень предоставления сервиса онлайн-записи к специалисту «недостаточный». Согласно федеральному проекту «Создание единого цифрового контура здравоохранения на основе ЕГИСЗ», в 2021 г. услугами личного кабинета «Моё здоровье» на портале госуслуг должны воспользоваться 18 млн человек, в 2020 г. эта цифра составила 15 млн человек. Доля дистанционных записей к врачу в этом

году должна достигнуть 40%, к 2024 г. – 63%.

По данным Министерства финансов РФ, к 1 декабря 2020 г. бюджет федерального проекта был исполнен на 57,5% (26,72 млрд из 46,481 млрд). Это самый низкий показатель исполнения бюджета среди входящих в нацпроект «Здравоохранение» федеральных проектов.

Примечательно, что в феврале нынешнего года Правительство РФ представило рейтинг цифровой зрелости регионов в области здравоохранения по итогам 2020 г., где лидером с рейтингом 97,4% стала Тульская область. Худшие показатели цифровизации – в Еврейской автономной области (20,6%), Ростовской (26,5%) и Омской областях (26,6%). В рейтинге оценивались инфраструктура региональных медицинских организаций, предоставление им электронных сервисов на портале госуслуг, межведомственное взаимодействие клиник, взаимодействие клиник с подсистемами ЕГИСЗ, а также внедрение централизованных подсистем ГИС в субъекте.

Борис ЕФИМОВ.

МИА Сити!

Взгляд

Социальная поддержка

В честь Международного дня медицинской сестры распоряжением мэра Москвы Сергея Собянина Департаменту здравоохранения выделили почти 1,5 млрд руб. из резервного фонда города на оказание социальной поддержки медицинским работникам среднего звена.

На торжественной церемонии награждения медицинских сестер

мэр Москвы объявил, что представители этой профессии получат единовременную социальную выплату. Также он сообщил о введении в этом году статусов «Московская медсестра» и «Московский медбрат», обладатели которых будут ежемесячно получать дополнительные суммы.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Криминал

Полное несоответствие

Прокуратура Томской области при участии регионального управления ФСБ выявила поставку в медучреждения региона двух рентгеновских аппаратов, несоответствующих предоставленной технической документации.

По итогам проверки следственным органом возбуждено уголовное дело по ч. 1 ст. 238.1 УК РФ (сбыт незарегистрированных медицинских изделий), о его фигурантах не сообщается.

«В рамках исполнения заключённых с учреждениями здравоохранения договоров предпринимателями осуществлена поставка двух рентгенографических аппаратов стоимостью 14 млн руб. каждый, не соответствующих требованиям технической документации. Так, характеристики и комплектующие части поставленного оборудования отличны от предусмотренных регистрационным удостоверением и имеют признаки незарегистрированных медицинских изделий, обо-

рот которых запрещён законом», – сообщает прокуратура региона.

В марте 2021 г. прокуратура области утвердила обвинительное заключение по похожему делу по ч. 1 ст. 238.1 УК РФ. По версии следствия, с октября 2018 по январь 2019 г. заместитель директора одного из предприятий, выпускающего сложные технические изделия, организовал производство и поставку в клиники области 4 рентгенографических аппарата общей стоимостью 56 млн руб. Медтехника была снабжена фальсифицированной информацией о своих характеристиках и изготовителе. Несоответствие было выявлено при приёмке оборудования в медучреждения, в связи с чем заказчик не производил оплату за поставки.

Обвиняемый свою вину не признал. Предполагается, что дело будет рассматривать Первомайский районный суд Томской области.

Григорий МАТВЕЕВ.

МИА Сити!

Сегодня трудно представить повышение квалификации судебно-медицинских экспертов без этого международного конгресса. Расширение знаний российских специалистов в области судебно-медицинской экспертизы в отношении живых лиц, трупов, вещественных доказательств и материалов дела – эти темы нашли отражение в программе форума. А также, конечно, говорили о внедрении новых технологий в экспертную практику: постмортальных методов визуализации и виртопсии, молекулярно-генетических методов идентификации человека, медико-криминалистического установления орудия и механизма травмы, современных методов судебно-химического и химико-токсикологического анализа ядов, наркотиков и психотропных веществ, новых медицинских критериев определения степени тяжести вреда, причинённого здоровью человека, развитии гуманитарной судебной медицины.

Открывая конгресс, председатель программного комитета, президент Ассоциации судебно-медицинских экспертов, заведующий кафедрой судебной медицины факультета усовершенствования врачей Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф.Владимирского, профессор **Владимир Клевно** отметил, что число зарегистрированных участников составило около 2 тыс. учёных и специалистов из разных регионов России, ближнего и дальнего зарубежья. На пленарных и шести секционных заседаниях в форме симпозиумов, «круглых столов», школы молодых учёных и специалистов, V Крюковских чтений и форума средних медицинских работников заслушано 84 доклада. Вне рамок конгресса состоялись VIII съезд Ассоциации судебно-медицинской экспертизы (СМЭ), а также подписание меморандума между МОНКИ им. М.Ф.Владимирского и Международным комитетом Красного Креста о сотрудничестве в области гуманитарной судебной медицины.

С приветственным словом к участникам конгресса выступила заместитель директора МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, доктор медицинских наук, профессор **Екатерина Какорина**. Она отметила, что конгресс специалистов в области судебной медицины, который проводится на базе института, одно из самых крупных научно-образовательных мероприятий в нашей стране. Два последних года он организуется в дистанционном формате из-за ограничительных мер, связанных с пандемией COVID-19. И тем не менее, интерес к конгрессу огромный. В этом году на него зарегистрировалось с помощью системы непрерывного медицинского образования (НМО) почти 2 тыс. участников из всех регионов страны. Специалисты должны быть осведомлены о новых методах, практиках, с которыми можно ознакомиться на этой весенней встрече судебно-медицинских экспертов.

Она напомнила, что в 2022 г. прославленному институту – МОНКИ им. М.Ф.Владимирского исполняется 250 лет. И очень хочется надеяться, что конгресс и другие знаковые мероприятия юбилейного года пройдут в очном режиме. Новая коронавирусная инфекция отступит и будут сняты ограничения, которые мешают личному общению профессионалов.

Поздравил коллег с началом работы конгресса исполняющий обязанности директора Российского центра судебно-медицинской экспертизы Минздрава России (РЦСМЭ), главный специалист по этому профилю министерства, профессор **Игорь Макаров**. Он подчеркнул, что научно-исследовательский поиск всегда сопровождает работу квалифицированного судебно-медицинского эксперта. Часто инновации определяют успех проведения сложнейших экспертиз, помогающих раскрывать тяжкие преступления и делать правильные выводы. Именно по-

патологической анатомии и авторитетные учёные. Благодаря этому здесь успешно реализуется неординарный образовательный проект, направленный на интеграцию новых компетенций в деятельность судебно-медицинских экспертов. А гарантией высокого уровня подготовки специалистов является сплав превосходной практической базы и богатого педагогического наследия, усиленного новейшими технологиями. Обучение осуществляется исключительно в очной форме.

циация, которая предложит своим членам пройти через ещё один экзамен.

Современная модель организации и производства судебно-медицинских экспертиз в Российской Федерации представил И.Макаров. Распоряжением Правительства РФ от 27 декабря 2019 г. утверждена «Дорожная карта по совершенствованию организации и производства судебно-медицинских экспертиз». Согласно этому документу разработан проект Приказа Минздрава

судебно-медицинская служба начнёт выстраиваться по новым правилам.

Запоминающиеся научные наблюдения

Клинико-морфологический полиморфизм COVID-19 и постковидного синдрома проанализировал заведующий кафедрой патологической анатомии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова,

В центре внимания

Неускользающая точность

Конгресс «Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики – 2021 г.» прошёл в дистанционном формате



этому сотрудники возглавляемого им центра с первых форумов стали активными участниками и модераторами дискуссий на конгрессе.

В эти дни кафедра судебной медицины факультета усовершенствования врачей МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, сыгравшая важную роль в становлении конгресса как мероприятия международного уровня, отмечает свой 5-летний юбилей.

Пятилетний рубеж

– В судебно-медицинской экспертизе как науке важны две вещи: видеть большое в малом и малое в большом, ибо судебно-медицинская экспертиза есть не что иное как отображение действительности, – отметил в своём выступлении профессор В.Клевно.

Пятилетнему пути развития кафедры, которая с каждым годом завоевывает всё новые позиции, успешно реализуя программы образовательной, научной и профессиональной деятельности, В.Клевно посвятил доклад. О том, что это именно так, свидетельствует клиническая база кафедры, одна из лучших в России. Здесь проходят обучение специалисты не только из Московской области, но и других регионов России. В соответствии с учебно-производственным планом подготовки специалистов по судебно-медицинской экспертизе по дополнительным профессиональным программам за 5 лет прошли обучение более 250 врачей судебно-медицинских экспертов и 250 специалистов со средним образованием (медицинский технолог, лабораторный техник и др.). Кафедра активно участвует в программах НМО для врачей – судебно-медицинских экспертов. Профессорами кафедры являются известные российские специалисты в области судебно-медицинской экспертизы и

Но расписание занятий составлено так, чтобы курсанты имели возможность комфортного совмещения учёбы с работой.

Дополнительная аккредитация

Список тем, по которым были представлены доклады, был очень обширен. Первое пленарное заседание было посвящено теоретическим, процессуальным, организационным и методическим основам судебно-медицинской экспертизы.

О проблемах и путях решения кадрового обеспечения системы здравоохранения рассказала в своём докладе директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России доктор медицинских наук **Ирина Купеева**. Она подробно остановилась на положении об аккредитации специалистов и получении ими допусков к самостоятельной работе, уделив особое внимание врачам (судебно-медицинским экспертам) и специалистам по судебно-медицинской экспертизе со средним медицинским образованием.

С докладом «Профессиональные квалификации в сфере здравоохранения» выступил советник президента Национальной медицинской палаты кандидат медицинских наук **Владимир Плякин**. Суть его выступления сводилась к тому, что профессиональное сообщество может ввести дополнительную, добровольную аккредитацию по различным специализациям судебной медицины. Сдача такого экзамена не только будет подтверждать квалификацию специалиста по конкретному узкому направлению, но и сможет проводить объективный конкурс при приёме на работу. В его предложениях ключевым словом звучало «добровольное». То есть такое решение может принять профессиональная ассо-

России о порядке проведения судебно-медицинских экспертиз. Профессор напомнил, что первый уровень – районные и межрайонные подразделения (отделы и отделения) бюро судебно-медицинской экспертизы субъектов РФ. Здесь проводятся первичные и дополнительные судебно-медицинские экспертизы и исследования: трупов, обследования потерпевших, обвиняемых и других лиц.

Далее идут региональные бюро. Они выполняют все виды судебно-медицинских экспертиз и исследований: трупов, обследования потерпевших, обвиняемых и других лиц, гистологические, биологические, биохимические, химические и химико-токсикологические, криминалистические, включая спектрографические, молекулярно-генетические. Кроме перечисленного, в этом ряду дополнительные, повторные, комиссионные и комплексные судебно-медицинские экспертизы по материалам дела, в том числе, по так называемым врачебным делам.

Третий уровень – межрегиональные бюро СМЭ на базе существующих региональных. И.Макаров привёл список по федеральным округам. Они осуществляют все виды судебно-медицинских экспертиз, включая особо сложные и высокотехнологичные виды, занимаются случаями, вызвавшими большой общественный резонанс (например, по фактам чрезвычайных ситуаций), по «врачебным делам» по экстерриториальному принципу, при условии проведения экспертиз на втором уровне или невозможности решения поставленных вопросов на уровне субъекта.

Четвёртый уровень – РЦСМЭ. Здесь доступны все виды судебно-медицинских экспертиз, включая высокотехнологичные и наиболее сложные случаи. Маршрутизация диктует, что направление к таким экспертам осуществляется после прохождения предыдущих уровней, включая межрегиональные бюро СМЭ федеральных округов.

В головном учреждении займётся также «разработкой и осуществлением единого методологического подхода к проведению судебно-медицинских экспертиз в бюро СМЭ субъектов РФ».

Проект приказа в апреле был размещён на портале федеральных нормативных актов для общественного обсуждения. В результате поступило достаточно много замечаний и предложений, которые будут рассмотрены и в конце мая обновлённый вариант приказа будет вновь размещён для общественного обсуждения. И после его утверждения

главный специалист-эксперт по патологической анатомии Росздравнадзора по Центральному федеральному округу, профессор **Олег Зайратьянц**. Трудно найти орган, который не поражает новая коронавирусная инфекция. В основе полиорганного поражения при COVID-19 огромное значение имеет макроангиопатия, гиперкоагуляция – тромбозы, троземболия – и микроангиопатия, эндотелиальная дисфункция, эндотелиит. Олег Вадимович построил выступление на результатах аутопсий, которые выполнялись умершим от опасной инфекции в клиниках Москвы.

О реконструкции родственных связей российских детей-сирот, возвращаемых из зон боевых действий на Ближнем Востоке, вызовах непрямои идентификации рассказал заместитель директора по высокотехнологичным исследованиям РЦСМЭ Минздрава России, лауреат Государственной премии РФ, профессор **Павел Иванов**.

Интересными были и другие доклады, которые анализировали международный опыт по различным аспектам судебной медицины. Так, преподаватель судебной антропологии Ливерпульского университета имени Джона Мура, член королевского общества судебной медицины, представитель Великобритании в рабочей подгруппе Интерпола по патологии и антропологии **Джули Робертс** продемонстрировала роль и задачи судебных антропологов в практической работе и в процессе подготовки кадров. Лекцию «Пандемия COVID-19 и эволюция телемедицины в TeleIME» прочитал профессор кафедры судебной медицины, этики и права медицинского факультета Коимбурского университета (Португалия), профессор **Дуарте Нуно Визейра**.

Историко-архивное и судебно-медицинское исследование об убийстве Петра Столыпина представил заведующий кафедрой судебной медицины Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России доктор медицинских наук **Андрей Ковалёв**.

Все прозвучавшие доклады трудно перечислить. Программа, несмотря на пандемию, оказалась очень насыщенной. «Медицинская газета» в одном из ближайших номеров расскажет о работе секции конгресса «Экспертиза профессиональных правонарушений медицинских работников». Тема, что и говорить, по-прежнему конфликтная и актуальная.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

По данным Всемирной организации здравоохранения, около 10% бремени болезней приходится на психиатрические, неврологические, наркологические расстройства, что чрезвычайно много, и нет оснований полагать, что это время в ближайшие годы будет сокращаться. Лечение таких пациентов требует особого профессионализма, ведь от его качества может зависеть жизнь человека. Сегодня в российской психиатрии акцент делается на внебольничной помощи, персонализированной терапии, применении современных инструментов для укрепления психического здоровья граждан.

Обсудить наиболее значимые успехи и достижения отечественной и мировой психиатрической науки и практики, а также актуальные проблемы оказания психиатрической помощи на современном этапе специалисты собирались в 2020 г., но в связи с неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановкой XVII съезд психиатров России был перенесён на 2021 г. и успешно состоялся в Санкт-Петербурге.

Недостовверная статистика

В России около 5,6 млн людей страдают психическими расстройствами, сообщил на открытии съезда заместитель министра здравоохранения России Олег Салагай. «Это граждане, которым требуется медицинская помощь и социальная реабилитация», – сказал он, обозначив, что важнейшей задачей для практического здравоохранения является обеспечение качества и доступности медицинской помощи для данных пациентов.

Согласно данным, которые представил генеральный директор НИИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского, главный специалист психиатр Минздрава России Зураб Кекелидзе, общая заболеваемость психическими расстройствами в РФ в 2012 г. составляла 2855,7 случаев на 100 тыс. населения, а к 2020 г. снизилась на 8% и составила 2623,3. Первичная заболеваемость тоже уменьшилась – с 328 до 262 случаев на 100 тыс. населения (-20%). Нозологическая структура общей и первичной заболеваемости в 2020 г. выглядит соответственно следующим образом: шизофрения – 14 и 4%; психозы и состояние слабоумия (без шизофрении) – 14 и 17%; психические расстройства непсихотического характера – 51 и 73%; умственная отсталость – 21 и 6%.

Отмеченное снижение заболеваемости, впрочем, отметил докладчик, обусловлено вовсе не реальным улучшением ситуации, а другим фактором – среди граждан сформировалось стремление обращаться за психиатрической помощью в частные структуры, как амбулаторные, так и стационарные, причём в анонимном порядке. Кроме того, что в результате страдает достоверность статистики, это создаёт и ещё одну проблему: многие лица с психическими расстройствами не получают адекватной помощи, ведь её качество очень разное в частных медучреждениях.

Ситуацию со статистикой подтвердил и профессор клинического отдела НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека ФМБА России, заведующий отделением психотерапии городской многопрофильной больницы № 2 Санкт-Петербурга Владимир Филиппов: «Проведённые нами по заданию ФМБА России исследования показали, что данные официальной статистической отчётности не отражают реальную ситуацию и могут служить только в качестве предварительной гипотезы».

На этапе реорганизации

В течение последних лет в стране проводится реорганизация психиатрической службы, которая коснулась амбулаторных и стационарных медучреждений. Часть психиатрических стационаров утратила самостоятельный юридический статус – они стали филиалами более крупных психиатрических больниц. Сокращение обусловлено также

использованием в стационарной и амбулаторной практике пролонгов, внедрением реабилитационных программ, основанных на бригадных методах обслуживания, более широким применением стационарозамещающих технологий.

Соответственно сократился коэффциент фонда службы – с 146 427 до 122 357 (на 16,4%). Что закономерно, говорит З.Кекелидзе, поскольку обусловлено уменьшением числа госпитализированных больных, значительным сокращением числа дней работы койки в году: вместо плановых 330 дней – 298 в 2020 г. На данный показатель повлиял, конечно, и COVID-19, изменивший режим работы стационарных медицинских учреждений.

Долечивание в условиях дневных стационаров потребовало соответствующего увеличения количе-



О. Салагай

мальное количество часов (216) отведено дисциплине в Сеченовском университете, но всё равно это в 1,5-2 раза меньше, чем в зарубежных высших учебных заведениях.

Образ психиатрии

Мировая психиатрия как медицинская специальность переживает кризис, и об этом неоднократно говорилось на съезде. Профессор кафедры психиатрии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, генеральный секретарь Всемирной психиатрической ассоциации (ВПА) Пётр Морозов привёл слова Деборы Кастель, возглавляющей отдел психического здоровья ВОЗ: она отводит психиатрии как дисциплине не более 10 лет жизни.

Называют несколько признаков кризиса. Один из них – это отста-

используя которые, можно ошибочно принимать нормальных людей за больных и подвергать их ненужному лечению и стигматизации. Выход учёный видит в укреплении связей с фундаментальными науками, поиске валидных клинико-биологических коррелятов, отказе от эклектичных консенсусных подходов к проблеме классификации психических болезней.

На фоне стигматизации профессии, снижения её общего клинического уровня остаётся недостаточным именно лечебная помощь. Две трети психических расстройств остаются без лечения, только каждый четвёртый пациент от общего числа больных получает хотя бы какую-то минимальную лечебную помощь. Недостаточное лечение наиболее характерно для детей и молодых пациентов, особенно при

Деловые встречи

Кризис психиатрии

Дискуссия на эту тему прошла в Санкт-Петербурге

ства мест в них. Подразделения, работающие в режиме дневного стационара, ежегодно, хоть и очень медленными темпами, увеличивают как свои мощности, так и число пролеченных больных. Хотя темпы прироста здесь пока не соответствуют числу сокращаемых стационарных коек и выписанных больных, а должны бы.

Где ситуация не очень, так это в амбулаторной психиатрической помощи – становится меньше и психоневрологических диспансеров (ПНД),



З. Кекелидзе

и детских отделений, и медицинских организаций, имеющих психиатрические или психотерапевтические кабинеты.

«Сокращение первичной сети противоречит здравому смыслу!» – возмущается З.Кекелидзе. По его словам, это во многом обусловлено кадровым дефицитом, но не только. Например, многие ПНД утратили самостоятельность и стали подразделениями психиатрических больниц. При этом оговаривается, что многие показатели не отражают реальную структуру первичных медицинских организаций, особенно в сельской местности – из-за непонимания многими руководителями дефиниций, заложенных в статистические формы.

Относительно ПНД высказался и В.Филиппов. Он заметил, что из-за существующего в обществе отношения к этим учреждениям пациенты предпочитают туда не обращаться во избежание правовых и социальных психологических последствий. Данное обстоятельство указывает на необходимость организации психосоматических или психотерапевтических отделений в многопрофильных соматических больницах с привлечением к данной работе квалифицированных сотрудников НИИ и профильных кафедр, считает эксперт. По его словам, организация подобных отделений возможна без коек, но с хорошим оснащением специализированных кабинетов.

И тут вопрос упирается в кадровую обеспеченность. За 2012-2020 гг. число психиатров уменьшилось на 9%, психотерапевтов – на 24%. Коэффциент совместительства психиатров – 1,4, психотерапевтов – 1,6, что указывает на значительный кадровый дефицит, отметил З.Кекелидзе.

Количество врачей, оказывающих психиатрическую помощь в поликлиниках и соматических больницах, продолжает резко снижаться, указал и В.Филиппов. По его словам, согласно существующим нормативным документам, психотерапевтом может быть только психиатр, имеющий соответствующий стаж практической работы и прошедший специальную подготовку в области психотерапии. Но парадокс в том, что специалист с такой высокой квалификацией, работа в соматической больнице или поликлинике, лишается всех положенных ему льгот, связанных с нормами рабочего времени, зарплатой, отпуском и т.д. Слабое материально-техническое оснащение кабинетов и отделений, непонимание руководителями специфики работы психиатров также не способствует закреплению квалифицированных врачей.

Пандемия обострила проблему организации психиатрической и психотерапевтической помощи в соматических больницах и поликлиниках, отметил В.Филиппов. Местным структурами здравоохранения необходимо выполнять в полном объёме изданные Минздравом России многочисленные действующие приказы, касающиеся психического здоровья, призвал он.

Ещё одна новость, которую озвучил главный специалист, это ожидаемые изменения в последипломном образовании. Проект подготовки для психиатрии кадров высшей квалификации в ординатуре предполагает обучение в течение 3 лет в два этапа. На первом, общем для всех специальностей, предлагается в течение 2 лет изучать психиатрию (общая психопатология, пропедевтика психиатрии, частная психиатрия, основы неврологии, психологии, общая психофармакотерапия). На втором этапе в зависимости от специальности будут изучаться (все по 1 году) психотерапия, сексология, судебно-психиатрическая экспертиза, психиатрия-наркология, психиатрия (частная психофармакотерапия, геронтопсихиатрия, детская и подростковая психиатрия). Проект будет принят после внесения готовящихся изменений в федеральные законы «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и «Об образовании в РФ».

Главный специалист обратил внимание на то, что крайне мало времени уделяется подготовке по психиатрии во время обучения в медицинских институтах. Макси-

вание данной науки от других медицинских дисциплин. Безусловно, достижения имеются, например, одних генов шизофрении за последние годы открыто более 250. Но для практического здравоохранения это пока ничего не даёт. Фармкомпании, которые производят препараты для психиатрии, тоже теряют к ней интерес. Создание нового лекарственного препарата – сложный, длительный и дорогостоящий процесс. Чтобы вывести его на рынок, требуется около 15 лет исследовательской работы и более 1 млрд долларов инвестиций. Фармкомпании предпочитают вкладывать деньги в другие области, например, в онкологию, где видят экономическую отдачу, а из психиатрии уходят.

Руководитель отдела терапии и реабилитации психических заболеваний НИИЦ психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Сергей Мосолов высказался за необходимость не только повышения доступности лекарственных средств, но и за их разнообразие и эффективность. По его словам, большинство оригинальных психофармакологических средств было открыто клиницистами в 50-60-е годы случайным образом, а сотни последующих препаратов были сделаны по их «образу и подобию», эксплуатировали тот же механизм действия. Необходим поиск новых молекулярных патогенетических мишеней (геномных, эпигеномных, нейромедиаторных и т.д.), призвал он.

Ещё один вопрос, вызывающий озабоченность специалистов, это Международная классификация болезней. Её 5-я глава «Психические расстройства и расстройства поведения» отражает ряд негативных тенденций: переход от нозологического к синдромальному подходу, упрощённость, громоздкость и эклектичность, ограниченность клинических и психопатологических характеристик, чрезмерная психологизация психиатрии. Характерна смена имён, или rebrending. Например, шизофрения в Японии с 2002 г. называется «синдромом дисрегуляции интегративных процессов» (аргумент – новый термин удобнее для информирования пациента о болезни), а в DSM-5 (диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам) вместо деменции теперь значится «большое когнитивное расстройство».

Это вызывает неприятие у многих профессионалов в мире. В.Филиппов согласен с мнением ряда зарубежных коллег: DSM-5 способствовало дегуманизации психиатрической практики (настоящий сбор анамнеза заменён опросником); DSM-5 заслуживает неприятия, так как его классификация предлагает опрометчивую мешанину новых диагнозов,



П. Морозов

тревожных расстройств и наркотической зависимости, при этом более 40% пациентов заболевают шизофренией до 25 лет.

Во всём мире снижается престиж профессии, настолько, что в неё с трудом привлекаются студенты. П.Морозов привёл данные многоэтапного исследования, которое ставило целью изучить образы психиатрии, психиатров и их пациентов, в нём приняли участие 1057 преподавателей медицинских факультетов из 15 академических учебных центров Европы и Азии. Оно показало следующее: 90% респондентов считают, что психиатры не являются хорошими образцами для подражания среди студентов-медиков, 84% полагают, что психиатрические пациенты не подходят для лечения вне специализированных учреждений, а 73% – что психиатрические пациенты эмоционально истощают. «Становится ясным, почему набор в психиатрию проблематичен во многих странах», – заключил учёный. И отметил, что авторы исследования призывают больше внимания уделять улучшению восприятия психиатров и психиатрического лечения.

Именно это пытаются делать в Союзе охраны психического здоровья. Его президент Наталья Треушникова отметила, что и в России с каждым годом всё меньше учащихся медвузов идут в специализацию. «Единогласно на вопрос, что делать, каким образом сделать профессию престижной, нет», – посетовала она. В союзе делают, что могут, например, публикуют интервью со специалистами, достигшими высот в специальности. Их цель – рассказать молодым врачам, студентам, ординаторам об особенностях психиатрии и развенчать существующие мифы.

– Александр Михайлович, по вашему мнению, в чём кроется секрет «долгожительства» МНТК «Микрохирургия глаза»? Как удалось в условиях постоянных реформ системы здравоохранения и системы ОМС сохранить крепость, построенную академиком Фёдоровым?

– Дело в том, что у этой крепости очень прочный фундамент. Святослав Николаевич создавал не просто лечебное учреждение, а систему. Чем система отличается от учреждения? Тем, что она быстрее приспосабливается к изменениям: система может деформироваться, но редко разрушается, так как обладает высокой эластичностью, прочностью и устойчивостью.

Представьте себе круг, состоящий из трёх секторов: кадры, экономика и материальная база. На определённом этапе материально-техническая база устаревает, бюджет клиники сокращается из-за того, что денег стали давать меньше, и тогда основная масса неприятностей вываливается на кадры. То есть система деформируется. Задача руководителя состоит в том, чтобы в этот кризисный период удержать квалифицированные кадры. Удастся решить эту задачу – система восстановится, каким бы сильным ни было давление неблагоприятных факторов извне. Поскольку организация здравоохранения давно является предметом моей научной работы, я понимаю смысл и точность расчётов, сделанных академиком Фёдоровым перед тем, как он приступил к реализации своего замысла. Он не ошибся, и, слава богу, не ошибались те, кто руководил работой МНТК «Микрохирургия глаза» после него.

Должен признаться, что в те годы, когда Святослав Николаевич создавал этот комплекс, а я был молодым врачом, нам с коллегами казалось, будто Фёдорову, который уже являлся знаменитым на весь мир офтальмологом, всё это просто дали в руки, то есть никаких особых усилий он не прикладывал. Между тем, дело обстояло с точностью наоборот, у Фёдоровской инициативы было немало весьма влиятельных противников как в числе руководителей страны и политиков, так и в профессиональном медицинском сообществе. Выдержка и настойчивость Святослава Николаевича, который пробил-таки стену непонимания и сопротивления, передались его детищу. Наверное, ещё и поэтому МНТК проходит через все испытания реформами здравоохранения с минимальными потерями – характер такой.

Наконец, ещё один фактор устойчивости института – его философия, тоже сформулированная и заложенная академиком Фёдоровым. Помимо чёткой внутренней структуры головного учреждения и всех его филиалов, а также стандартов их оснащённости, С. Фёдоров изначально определил главным принципом деятельности МНТК доброе и уважительное отношение к пациентам. Собственно, сама идея создания системы МНТК базировалась на фёдоровском человеколюбии: он считал сам и убеждал всех в том, что нельзя концентрировать лучшие офтальмологические технологии в столице и вынуждать людей ехать на лечение с Дальнего Востока в Москву. Надо создать условия, чтобы человек мог получить офтальмологическую помощь такого же высокого уровня максимально близко к месту своего проживания. Для этого стандарты оснащения и технологии должны быть едины и в столичной клинике, и в региональных клиниках.

Должен заметить, что данный замысел С. Фёдорова не только оправдал своё гуманистическое значение конкретно в офтальмологии, но также имел значение для экономики отечественного здравоохранения в целом.

– Как вы думаете, сегодня есть в российской медицине личности такого масштаба, как С. Фёдоров?

– Конечно, есть. Но, видимо, для их самореализации ещё не настал подходящий момент. Тут надо понимать: в определённые периоды жизнь сама приводит к какому-то прорыву. Ситуация, в которой реализовал свой замысел академик Фёдоров, была заведомо плохой как в плане организации оказания современной офтальмологической помощи в стране, так и в плане отношения к самой врачебной специальности «офтальмология»: она вовсе не была такой престижной, как сегодня, а, напротив, считалась одной из самых неперспективных.

Чтобы понять, как и зачем он задумал и реализовал свою идею,

сотрудников как головного учреждения, так и филиалов МНТК имеют огромное значение для развития офтальмологии.

Далее, в прошлом году мы создали в структуре комплекса Института непрерывного профессионального образования. Учебные классы оснащены уникальными симуляторами, что позволяет готовить специалистов с учётом быстрого обновления офтальмологических технологий.

Очень большое значение придаём медицинскому и пациентскому сервису, эргономичности организации и оформлению пространств в поликлинике и стационаре, вопросам корпоративной культуры. Но как раз в этом направлении мы не новаторы, а следуем тому, что было сформировано при С. Фёдорове: по его замыслу, ме-



клиническими школами, есть здоровая конкуренция? Разве это решаемая задача?

– Решаемая. Задачи перед национальными центрами ставит Минздрав России, они едины для нас обоих. Есть показатели работы региональных офтальмологических служб, за которые мы отвечаем. Но пути решения этих задач мы намечаем с субъектами РФ, исходя из текущего положения дел с оказанием офтальмологической помощи в каждом из них, то есть у каждого из НМИЦ есть возможность предлагать для внедрения в территориях те или иные медицинские, научные и организационные технологии. Они могут быть разными, главное – достичь намеченных показателей.

Сегодня у нас с директором НМИЦ им. Гельмгольца академи-

Территория инноваций

Система, которая не ломается

Слагаемые устойчивости в медицине: управление, экономика, кадры

Для оценки работы любого учреждения, в том числе самого именитого, важно учитывать не только результат, который достигнут к сегодняшнему дню, но и динамику развития, поскольку она предопределяет потенциал коллектива на перспективу. В этом убеждён генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра Межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н. Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Александр ЧУХРАЁВ.

В апреле нынешнего года МНТК «Микрохирургия глаза» исполнилось 35 лет. Формально это всего лишь очередная дата, но по масштабам и значению сделанного – полноценный юбилей. За столь короткое время не только совершить гигантский скачок в собственном развитии, но и содействовать революционному развитию целой области отечественного здравоохранения, уда-

надо вернуться в те времена. Где были такие же технологичные операционные, как в МНТК? Где была такая же диагностическая линия, чтобы исключить для пациентов беготню по разным кабинетам? Их не было, и С. Фёдоров их создал.

– При этом Святослав Николаевич наверняка понимал, что организационная система МНТК при всей её устойчивости не может быть догматом навечно. Вы только что заметили: рано или поздно наступает момент, когда требуется прорыв.

– Конечно, он это понимал. Но, повторяюсь: знания, опыт, мудрость и прозорливость этого человека позволили Фёдорову залить сверхпрочный фундамент института, на котором он будет стоять ещё много десятилетий. При этом кое-какие изменения, безусловно, происходили, происходят сегодня и будут происходить в будущем.

Разумеется, мы не хотим ломать то, что хорошо сделано и хорошо работает. Но в каких-то аспектах система МНТК сама себя обновляет. К примеру, все помнят нашу автоматизированную операционную линию, которую называли по-разному: «ромашка», «карусель». Этой линии больше нет, потому что её время ушло, хотя в 1990-х годах она дала мощный толчок развитию офтальмохирургической помощи в стране. Недавно мы перестроили и переоборудовали диагностические линии и операционные блоки, изменили принцип их работы с учётом требований сегодняшнего дня.

И, кстати, академик Фёдоров, создавая МНТК «Микрохирургия глаза», не планировал, что помимо головного учреждения наукой будут заниматься ещё и филиалы. Зато сегодня научные разработки

медицинский и пациентский сервис являются ключевыми составляющими работы МНТК.

– Можно ли сказать, что к настоящему времени планка развития МНТК достигнута, и всё, о чём мечтали когда-то С. Фёдоров и его единомышленники, к настоящему времени реализовано?

– Как только такие мысли появляются у руководителя и сотрудников, мы должны будем закрыть институт. Результат работы се-

лось не всем институтам медицинского профиля. А Святославу Фёдорову и его единомышленникам это удалось.

– Причём многое сделано впервые. Так, лечебное учреждение в СССР впервые было создано по модели межотраслевого научно-технического комплекса, не имеющей аналогов. Впервые под одной крышей собрали науку, медицину, образование, экспериментальное и промышленное производство. Впервые вышли на международный уровень – то, что сегодня называется медицинским туризмом: ещё в 1980-1990-е годы иностранцы активно ехали лечиться в МНТК. Впервые именно здесь рассчитали, сколько стоит медицинская помощь по направлению «офтальмология», а также предложили новую систему организации и оплаты труда медиков, – перечисляет генеральный директор.

Мы и прежде играли роль неформальных методологических и образовательных центров в данном разделе здравоохранения в тех регионах, где открыты филиалы МНТК, а теперь выполняем эту функцию официально.

Учитывая, что территория России очень большая, у нас один и тот же профиль здравоохранения курируют не по одному НМИЦу, а по два. Так обстоит дело в кардиологии, онкологии, и так же – в офтальмологии. Зоны курации

ком РАН Владимиром Нероевым полная синхронизация действий по созданию эффективной системы оказания офтальмологической помощи в стране. Эта система подразумевает чёткую маршрутизацию пациентов, стратегию технологического развития региональных офтальмологических учреждений, подготовку кадров по профилю «офтальмология» и т.д. Стратегия сформулирована Минздравом России, и в целом она верная.

В то же время есть разделы стратегии, которые, по моему мнению, нуждаются в корректировке. Первое – следует законодательно доработать систему целевой подготовки кадров таким образом, чтобы специалист, который прошёл обучение в ординатуре на нашей базе, поехал работать в тот регион, где получил направление на целевую подготовку. В настоящее время мы сталкиваемся с нежеланием части ординаторов-целевиков возвращаться в свои субъекты РФ, они ищут любые способы остаться в столице.

Второе – необходимо снять формальные ограничения, касающиеся последипломного образования специалистов: кто-то привык проходить повышение квалификации в учреждениях МНТК, кто-то – в других офтальмологических институтах. Мне кажется неприципиальным привязывать учёбу, стажировку врачей, учёных и преподавателей, а также телемедицинские консультации строго к тому НМИЦу, который является куратором для данного субъекта РФ.

И, наконец, третье – тарификация медицинских услуг по профилю «офтальмология» в системе ОМС должна быть единой на всей территории страны. Почему одна и

За 35 лет в МНТК «Микрохирургия глаза» проведено:

– 25 млн консультаций;
– более 7,5 млн операций;
– пролечено около 400 тыс. иностранных граждан из 120 стран.
За 2020 г.:

– один хирург в среднем выполнил 457 операций;
– проведено более 36 тыс. витреоретинальных вмешательств, свыше 30 тыс. лазерных рефракционных вмешательств, более 78 тыс. операций по поводу катаракты, 1,4 тыс. операций кератопластики, 19 тыс. лазерных и 9,7 тыс. хирургических операций при глаукоме.

Доля МНТК в объёме всей оказываемой в России офтальмохирургической помощи – 37%.

годня может быть великолепен, но в управлении учреждением важна ещё и динамика. Если администрация и коллектив не видят следующую ступень развития, это трагедия. МНТК подобное не грозит, так как у нас большие планы и в науке, и в дальнейшем технологическом совершенствовании.

– С 2018 г. МНТК получил статус национального медицинского исследовательского центра. Что изменилось в работе института после этого?

– Появилось больше ответственности за качество оказания офтальмологической помощи по профилю «офтальмология» в регионах нашей зоны курации.

поделены по федеральным округам: за МНТК «Микрохирургия глаза» закреплены Дальневосточный, Приволжский, Южный и Северо-Кавказский федеральные округа, за нашими коллегами – Национальный медицинский исследовательский центр глазных болезней им. Гельмгольца – остальные округа.

– Но можно ли в принципе говорить о формировании единой технологической политики в области микрохирургии глаза на территории РФ в условиях, когда эта задача поручена двум разным офтальмологическим школам, между которыми, как между любыми научными и

та же операция в разных регионах оплачивается по-разному, причём, очень существенно?

– Вы сказали, что наметаете вместе с субъектами РФ, как им достичь показателей, которые определены Минздравом. В каком направлении здесь правильнее двигаться: как и прежде направлять всех сложных и тяжёлых больных в федеральные клиники или стараться создать в каждом регионе офтальмослужбу с набором тех же возможностей, какими обладают МНТК или институт им. Гельмгольца?

– Очень важная и очень болезненная тема. Прежде всего, мы точно не заинтересованы в том, чтобы не развивать офтальмологическую службу в регионах курации, а перенаправлять потоки пациентов в свои клиники. Но мы в такой же степени хотим и обязаны помочь регионам избежать ошибки, когда они пытаются сконцентрировать на своей территории всю высокотехнологичную медицину, не имея на данном этапе такой возможности. То есть здравоохранение субъекта РФ развивается не с точки зрения интересов государства и населения, а наоборот местечковым амбициям: «Хочу, чтобы у меня в регионе было всё своё». Нередко большие затраты на «всё своё» не дают ожидаемых результатов, прежде всего, по качеству.

Мы разработали систему оценки и, согласно прогностическим моделям заболеваемости, можем показать каждому региону, в каких именно направлениях офтальмологии ему необходимо развитие, а какие направления развивать нерационально ни с клинической, ни с экономической точек зрения. К примеру, в Еврейской автономной области нецелесообразно внедрять технологии трансплантации роговицы, так как в ста километрах отсюда – в Хабаровске – находится федеральный офтальмологический центр, где такие операции успешно выполняют и со всем потоком пациентов могут справиться. Или, зачем в Адыгее осваивать дорогостоящие хирургические технологии, когда, согласно эпидемиологическим расчётам, число пациентов не будет превышать сто человек в год, и в то же время рядом есть Краснодар с его филиалом МНТК?

Вы скажете, что мы преследуем-таки свои интересы? Это не так. Просто есть наука эпидемиология. Если мы знаем, сколько людей с таким-то заболеванием будет в таком-то регионе к такому-то году, то можем строить расчёты и по мощностям лечебных учреждений в целом, и по конкретным профилям их работы, и по кадровому потенциалу, и по техническому оснащению, и по предстоящим финансовым вложениям. Это же азбука эффективного менеджмента в здравоохранении!

А что мы имеем сегодня? Территория высказывает намерение развить у себя весь спектр видов помощи по той же офтальмологии, вкладывает в это немалые средства. Смотрим отчёты о работе и видим, что по ряду патологий ни одного прооперированного пациента нет, потому что никто не болеет. Но это ещё полбеды. Хуже, когда, согласно расчётам, такое-то число жителей имеет определённую патологию зрения, однако никто из них не пролечен. Почему? Потому что у региональной клиники нет необходимого оборудования или специалиста, при этом клиника не направила этих больных в федеральные центры, чтобы территориальный фонд ОМС не потерял свои деньги. Разве это нормальная логика? Она ненормальная и аморальная.

– Мы коснулись уже другой темы – финансирование офтальмологической службы. Принцип «деньги идут за па-

циентом», который когда-то казался справедливым для участников системы обязательного медицинского страхования, теперь вредит самому пациенту.

– К сожалению, так и есть. И об этом говорится уже не первый год на совещаниях всех уровней в надежде, что услышат. Принцип «деньги идут за пациентом» звучит красиво, но он завёл нас в тупик, потому что стремление муниципальных и областных больниц сохранить у себя весь объём поступлений из фонда ОМС часто идёт вразрез с интересами пациента, который нуждается в высокоспециализированной и высокотехнологичной помощи. Лечебные учреждения поставлены в такие условия, когда правила им диктует нынешняя система финансирования, и главное из этих правил гласит: «Деньги из региона не выпускать».

Тогда зачем в стране создана мощная сеть федеральных медицинских центров кардиологического, онкологического, травматологического, офтальмологического профилей с уникальным набором технологий и специалистов? Мы предлагаем самые совершенные технологии, но не имеем достаточных объёмов госзадания в системе ОМС. Так, нашему институту, как и другим федеральным учреждениям, в 2021 г. Москва и Московская область не выделили ни одной квоты.

– Правильно ли я понимаю, что москвичи не могут лечиться в МНТК «Микрохирургия глаза» по полису ОМС?

– По территориальной программе госгарантий нет. И в институте им. Гельмгольца не могут. Где же они лечатся по страховому полису? Видимо, в муниципальных учреждениях здравоохранения. И это вновь к вопросу об издержках, которые несёт государство. Сегодня не только в столичном регионе, но и во многих других территориях страны нет проблем с офтальмологическими мощностями, однако они нарастают. Мне кажется, этим процессом нужно управлять.

– Кадровый дефицит – проблема, которая коснулась всех областей российской медицины и, наверное, всех учреждений...

– Кроме МНТК.
– Вообще не затронула? Или вам пришлось снизить традиционные требования к претендентам, чтобы закрыть вакансии?

– Ничего подобного. Не могу судить о более давних временах, но в течение 10 лет, которые я возглавляю МНТК «Микрохирургия глаза», в наших учреждениях стабильная ситуация с кадрами. Причём, это высококвалифицированные специалисты, среди которых более 300 кандидатов и докторов наук. Квалификация хирургов и технологические возможности нашей головной клиники позволяют ежедневно выполнять до 500 операций, при том, что мы не только не открываем новые ставки, но и оптимизируем штатное расписание.

Было бы несправедливо сказать о врачах и не отметить весь остальной персонал учреждения. Институт – это большой живой организм. Чтобы внедрить новые виды диагностики и проводить сложные операции, работает большая команда людей самых разных специальностей, начиная от тех, кто обеспечивает чистоту на территории и работу всех коммуникаций в корпусах, заканчивая медсёстрами, научными сотрудниками и аналитиками. У нас принято отмечать важность вклада в общее дело всех работников независимо от занимаемых ими должностей и наличия учёных степеней.

Беседу вела Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Острая тема

Иммунологи — чиновникам

О важности иммунореабилитации после COVID-19

В одном из последних номеров «МГ» мы рассказывали о собрании научного совета РАН «Науки о жизни», в ходе которого российские учёные высказывались в пользу обязательной медицинской реабилитации людей, переболевших COVID-19. Адресуя свои сообщения организаторам здравоохранения, представители научного сообщества говорили о разных слагаемых постковидного синдрома – тромбозе, пневмофиброзе, жировой дистрофии печени, когнитивных нарушениях и повышенной утомляемости.

В продолжение темы – прозвучавшие в рамках того же мероприятия мнения учёных-иммунологов о том, в какой степени коронавирусная инфекция воздействует на иммунную систему человека, и нуждается ли последняя в дополнительной помощи по восстановлению своих функций после того, как болезнь побеждена.

Ничего нереального

Директор Научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова член-корреспондент РАН Оксана Свитич напомнила, что иммунитет человека не просто страдает при коронавирусной инфекции, но и очень сильно меняется.

– Долог известно, что коронавирус SARS-CoV-2 проникает в организм через верхние дыхательные пути и первым делом сталкивается с механизмами врождённого иммунитета. Но особо следует заметить, что на первой линии обороны присутствуют и элементы мукозального иммунитета, которые элиминируют более 80% патогенов, с которыми в принципе сталкивается наш организм в течение жизни. Так вот, новая коронавирусная инфекция, к сожалению, способна препятствовать нормальной работе наших иммунных механизмов. Существует целый ряд неструктурных белков коронавируса, которые могут ингибировать интерфероны, модулировать не в нашу пользу цитокинные профили, нарушать нормальную работу врождённого иммунитета, а вследствие этого и приобретённого. И всё это также сказывается на мукозальном иммунитете, – пояснила О.Свитич.

Таким образом, нужно помочь иммунной системе в целом и мукозальному иммунитету в частности быстро восстановиться до нормы после COVID-19. По словам специалиста, для этого есть абсолютно реальные и малозатратные способы, которые давно получили научное обоснование и даже были апробированы в клинической практике, но почему-то широко не применяются в отечественном здравоохранении.

Так, ещё в 1993 г. (!) группа советских учёных под руководством академика РАН Бориса Семёнова разработала поликомпонентный вакцинный препарат, который предназначен как для профилактики, так и для терапии инфекционных заболеваний: он способен активировать ключевые эффекторы врождённого иммунитета и стимулировать мукозальный иммунитет слизистых оболочек, кожи и барьерных тканей, а кроме того обеспечивает межвидовую протективную активность.

Без малого 30 лет назад наши соотечественники соединили в одной вакцине антигенные комплексы четырёх бактерий – Staphylococcus aureus, Proteus vulgaris, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli. Такой симбиоз оказался способен решать сразу две задачи: обеспечивать стимуляцию специфического иммунитета в отношении данных патогенов, а также повышать естественную сопротивляемость организма к любым респираторным вирусам. Не только по тем временам, но и в настоящее время это уникальный результат научного поиска. Но кто-нибудь видел данный отечественный препарат хоть в одной из редакций Методических рекомендаций Минздрава России по профилактике и лечению пациентов с COVID-19? Конечно, нет. Зато в этих рекомендациях за год пандемии успело побывать немало сомнительных импортных препаратов, бесполезность которых в итоге всё-таки стала очевидна.

О.Свитич рассказала ещё об одном методе восстановления мукозального иммунитета после COVID-19 – терапии молекулярным водородом. Это тема совместных исследований НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, московской городской клинической больницы № 57 им. Д.Д.Плетнёва и научной группы под руководством академика РАН Александра Чучалина.

– Состав газовой смеси для ингаляции таков: 33,3% кислорода и 66,6% водорода. O₂ здесь необходим в связи с явной дисфункцией лёгких во время болезни и после COVID-19, а H₂ – инертная часть дыхательного газа, но оказалось, что он оказывает благотворное воздействие сам по себе. Давно известно, что водород является мощным антиоксидантом, обеспечивает цитопротекторную активность и уменьшает повреждение тканей, вызванное вирусом SARS-CoV-2, подавляет экспрессию провоспалительных генов, препятствует апоптозу лимфоцитов при коронавирусной инфекции. Исходя из этого, сегодня мы высказываем предположение, что водород влияет на мукозальный иммунитет, который страдает при коронавирусной инфекции и не может полноценно выполнять свои функции после болезни. Мы констатируем, что под действием водорода увеличивается фагоцитоз нейтрофилов и макрофагов на уровне слизистой оболочки носа и ротоглотки, а также появляется баланс в выработке секреторного иммуноглобулина-A, который является основным защитным фактором на уровне мукозального адаптивного иммунитета, – сообщила О.Свитич.

Выход – тройная вакцинация?

Руководитель лаборатории вакцинопрофилактики и иммунотерапии НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, заведующий кафедрой эпидемиологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова доктор медицинских наук Михаил Костинов ответил на вопрос, интересующий многих: есть ли взаимосвязь между сезонной вакцинацией против гриппа и заболеваемостью коронарусной инфекцией. Он привёл результаты научного исследования, которое охватывает 92 тыс. пациентов с коронарусной инфекцией: люди, которые были вакцинированы против гриппа, при заражении COVID-19 на 20% реже нуждались в респираторной поддержке и на 8% реже – в интенсивной терапии. Летальность от коронарусной инфекции в группе больных, привитых против гриппа, оказалась ниже на 17-20%.

Ряд экспертов считают, что полученный иммунитет против гриппа хотя бы частично будет способствовать развитию неспецифического иммунитета против SARS-CoV-2, особенно при применении адьювантных вакцин. Это подтверждается сходством иммунного ответа в отношении обоих вирусов.

– Почему акцент делается именно на адьювантные вакцины? Факты, которые мы получили в течение последних 5 лет изучения данно-

го вопроса, говорят следующее: вакцины, содержащие адьюванты, способны активизировать рецепторы врождённого иммунитета TLR8 и TLR9, которые ответственны за распознавание РНК-вирусов, в том числе, вирусы гриппа и SARS-CoV-2. При попадании вируса в организм привитого человека данные рецепторы быстро активизируются, идёт немедленная инициация иммунного ответа, что сказывается на благоприятном исходе болезни. Кроме того, адьювантные противогриппозные вакцины увеличивают численность дендритных клеток, которые тоже определяют политику ориентирования иммунной системы, – перечислил М.Костинов.

Другой вопрос: существует ли взаимосвязь между вакцинацией против пневмококка и заболеваемостью COVID-19? По словам профессора, в мировом научном сообществе выдвинута гипотеза об обратной пропорциональности: чем выше охват вакцинацией против пневмококка, тем ниже доля тяжёлых случаев коронарусной инфекции и количество смертей от неё. И уже есть научные работы, которые показывают справедливость этой гипотезы, в частности, применительно к странам Евросоюза, Великобритании и США, где предусмотрена вакцинация против пневмококка детей в возрасте 2-3 месяцев и рекомендована людям старше 65 лет.

– Есть основания думать, что, если бы у нас декретированные группы населения были вакцинированы против пневмококка, летальность от коронарусной инфекции была бы ниже на 10%. За счёт чего? Исследования, которые давно проводятся в НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова, показывают, что новый класс вакцин против пневмококка, как и адьювантные вакцины против гриппа, активизируют клеточный механизм иммунитета, который формирует клеточную память. Это с одной стороны. С другой – формируется иммунитет для защиты собственно против пневмококковой инфекции, а всем уже известно, что при тяжёлых формах COVID-19 присоединяется бактериальная инфекция. Если человек привит от пневмококка, риск развития бактериальной пневмонии при коронарусной инфекции намного снижается, – продолжает М.Костинов.

Наконец, главный вопрос, который могли бы задать учёным организаторы здравоохранения: когда проводить вакцинацию против пневмококка, гриппа и COVID-19? На него эксперт по иммунологии и вакцинологии ответил конкретно. Сочетанную вакцинацию против пневмококка и гриппа целесообразно проводить за месяц до начала курса вакцинации от коронарусной инфекции. Тем, кто был привит против COVID-19 или перенёс инфекцию, вакцинация против пневмококка и гриппа можно проводить через месяц при отсутствии противопоказаний.

– В перспективе, я думаю, нас ожидает изучение вопроса о возможности сочетанной вакцинации сразу против трёх этих инфекций, – подытожил М.Костинов.

Учёный также заметил, что одинаково важно заниматься как иммунопрофилактикой инфекций, так и иммунореабилитацией после болезни. Инфекция, вызванная вирусом SARS-CoV-2, глубоко отпечатывается на лимфоцитах, вызывает их фенотипические изменения и приводит к длительным – от 4 до 11 недель – дисфункциям. Вот почему организму нужно помочь восстановить работу иммунной системы, назначая иммунотерапию.

Елена ЮРИНА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 19 (2283)

(Продолжение)

Начало в № 19 от 19.05.2021.

Алкогольный делирий обычно бывает кратковременным. Чаще всего выздоровление наступает критически – после глубокого продолжительного сна, значительно реже – постепенно (литически) или симптомы редуцируются волнообразно, с чередованием ослабления и возобновления, но уже в менее выраженном виде. При относительно благоприятном течении психоза можно говорить о редуцированном алкогольном делирии (табл. 6).

Однако встречаются и тяжёлые формы делириев, некоторые из которых весьма вероятно могут закончиться летальным исходом (табл. 7).

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением опиоидов

Делирий в структуре опиоидного абстинентного синдрома является крайне редким осложнением. В клинической картине психоза отсутствуют выраженное психомоторное возбуждение и наплывы галлюцинаций; как правило, не развиваются неврологические нарушения, а развитие делирия не сопровождается видимым ухудшением соматического состояния больного.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением каннабиноидов

При абстинентном гашишном психозе наиболее часто встречается делириозный синдром. Нечасто, но могут встречаться сумеречные помрачения сознания и острый галлюцинаторно-параноидный синдром. Длительность абстинентного гашишного психоза обычно не превышает длительности алкогольного абстинентного, редко затягиваясь дольше недели. Картина сходна с алкогольным делирием, но практически не выражены сомато-неврологические расстройства: не бывает гиперемии лица, гипергидроза, полиурии, крупноразмашистого и общего тремора, явлений атаксии; специфического запаха, исходящего от больного с алкогольным делирием. Наблюдаются симпатикотонические явления: бледность кожи, блеск глаз, сухость слизистых дыхательных путей и ротовой полости, характерным признаком чего является хриплый голос. Психоз разрешается литически без критического сна. При выходе из этого состояния признаков абстинентного синдрома не обнаруживается, имеются лишь астенические явления и влечение к наркотику. Воспоминания о перенесённом психозе не полны, фрагментарны, иногда отмечается потеря памяти на ближайшие события и на время выхода из психоза.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением седативных или снотворных средств

Абстинентные психозы при отмене барбитуратов возникают на 3-8-е сутки лишения или резкого снижения суточных доз. Чаще всего они представлены делирием, сходным по клиническим проявлениям с алкогольным. В отличие от последнего, отмечается большая выраженность тревоги, напряжённости, злобности, большой удельный вес слуховых галлюцинаций, наличие мышечных галлюцинаций. Редко встречаются яркие зрительные фантастические галлюцинации. Продолжительность таких психозов от 2-3 суток до 2 недель. Также редко встречаются вербальный галлюциноз, галлюцинаторно-бредовые психозы с субступором и паническими реакциями. Длительность барбитурового синдрома отмены составляет в среднем около 4 недель.

При синдроме отмены бензодиазепинов судорожная и делириозная формы осложнений встречаются часто, они сходны с таковыми при злоупотреблении барбитуратами.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением кокаина

После длительного употребления высоких доз кокаина, особенно внутривенно,

синдром отмены может осложниться развитием психотических расстройств. Психоз, как правило, начинается с острого приступа бреда преследования, кокаиновый делирий сопровождается тактильными, слуховыми, реже зрительными галлюцинациями, а также повышенной агрессивностью, особенно по отношению к предметам (стекло, зеркало). При типичном кокаиновом делирии сохраняется ориентировка в собственной личности при дезориентировке в месте и времени. Такие пациенты ведут себя нелепо – нередко стремятся полностью снять с себя

кокаиновой зависимости. В случае возникновения кокаинового делирия высока вероятность внезапной смерти.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением стимуляторов

При отнятии стимуляторов могут наблюдаться психозы в виде помрачения сознания по типу делириозного с речевым и двигательным возбуждением.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением галлюциногенов

Абстинентный синдром при употреблении ЛСД, псилоцибина и мескалина, кетамина, фенциклидина, по данным большинства исследователей, отсутствует. В отдельных случаях при длительном систематическом употреблении могут встречаться нарушения сна, вегетативная дисфункция, общий дискомфорт продолжительностью 7-10 дней, переходящие в выраженное астено-апатическое

Не характерно, не типично.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением летучих растворителей

Острый психоз по типу делириозного развивается на 4-5 сутки синдрома отмены, длится от нескольких часов до 3 суток. Клиническая картина не отличается от классического делирия: иллюзии, истинные зрительные и слуховые галлюцинации и пр.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное сочетанным употреблением ПАВ

Клиника синдрома отмены и психозов зависит от преобладающего психоактивного вещества.

Дифференциальный диагноз:

- соматогенные психозы;
- эндогенные психозы.

Терапия абстинентного состояния с делирием

Диагностика и лечение абстинентного состояния с делирием, вызванного употреблением психоактивных веществ

Федеральные клинические рекомендации

Особые формы делириев: редуцированные

Таблица 6

Гипнагогический делирий	Сценородные сновидения или зрительные галлюцинации при засыпании, закрывании глаз
Гипнагогический делирий фантастического содержания (гипнагогический ониризм)	Фантастическое содержание обильных, чувственно-ярких зрительных галлюцинаций Сценородность При открывании глаз грёзы прерываются, а при их закрывании – вновь возобновляются
«Делирий без делирия»	Типичная форма, нет галлюцинаций и бреда Преобладает неврологическая симптоматика
Абортивный делирий	Нет продрома Единичные зрительные иллюзии и микроскопические галлюцинации Акоазмы и фонемы

Особые формы делириев: тяжёлые

Таблица 7

Профессиональный делирий	Интенсивность галлюцинаций уменьшается, ослабевают или исчезает бред преследования Молчаливое возбуждение или возбуждение с редкими спонтанными репликами Исчезновение люцидных промежутков или их отсутствие с самого начала психоза Оглушение появляется уже днём
Мусситирующий делирий (делирий с бормотанием)	Обычно сменяет профессиональный делирий, реже – другие формы делириев при их неблагоприятном течении или присоединении интеркуррентных заболеваний Развивается очень быстро Практически без галлюцинаторно-бредовых переживаний Глубокое помрачение сознания Специфические расстройства моторной сферы: двигательное возбуждение в пределах постели, в виде хватания, разглаживания, обирания (карфология) Речевое возбуждение – набор коротких слов, слогов Тяжёлые неврологические нарушения: симптомы орального автоматизма, глазодвигательные нарушения – страбизм, нистагм, птоз; атаксия, тремор, гиперкинезы, ригидность мышц затылка; недержание мочи и кала (неблагоприятный клинический признак). Выздоровление возможно

одежду, убегают и прячутся от окружающих. Кокаиновый психоз обычно носит транзиторный, обратимый характер и часто исчезает после ночного сна. Иногда, однако, могут наблюдаться психотические эпизоды, длящиеся несколько дней и более. Делирий является одним из самых серьёзных психических осложнений

состояние. Делириозные расстройства нехарактерны.

В связи с тем, что галлюциногены имеют первичный галлюциногенный эффект, психотические состояния рассматриваются в структуре острой интоксикации.

Абстинентное состояние с делирием, вызванное употреблением табака

Принципы терапии

1) Создание охранительного режима (по возможности исключить внешние раздражители).

2) Постоянное наблюдение за пациентом (при необходимости фиксация, полноценное питание, очистительная клизма, катетеризация мочевого пузыря, выявление и терапия сопутствующих заболеваний – пневмонии, желудочно-кишечных кровотечений, декомпенсации печёночных функций, острый панкреатит, субдуральная гематома, переломы).

3) Патогенетическая терапия (детоксикация, мониторинг содержания жидкости, при обезвоживании – гидротация, коррекция электролитного, кислотно-щелочного баланса, средства, нормализующие мозговую гемодинамику) (препараты и дозы см. таблицу).

4) Симптоматическая терапия (витаминотерапия, ноотропы, гепатопротекторы, противосудорожные препараты, сосудистые средства, и др.).

5) Психотропные средства (бензодиазепины, высокопотенцированные антипсихотики – за исключением тяжёлых форм делирия).

6) Альтернативные способы терапии (β-блокаторы, антагонисты кальция).

Медицинские услуги для лечения и контроля за лечением

Назначаются в соответствии со Стандартами специализированной медико-санитарной или медицинской помощи. Услуги делятся на обязательные, которые в плановом порядке проводятся всем больным, и услуги, которые проводятся в соответствии с состоянием больного, то есть по показаниям (табл. 8).

Немедикаментозные методы лечения

Применение физиотерапевтических процедур является полезным дополнением к комплексной фармакотерапии, так как позволяет повысить эффективность последней.

Физиотерапевтические методы применяются в условиях стационарного лечения, назначаются по показаниям, после консультации физиотерапевта. Минимальный перечень физиотерапевтических процедур в наркологии представлен в таблице 9.

(Окончание следует.)

Таблица 8
Медицинские услуги для лечения абстинентного состояния с делирием и контроля за лечением

Приём (осмотр, консультация) и наблюдение специалиста	
Обязательно	По показаниям
Ежедневный осмотр психиатром-наркологом с наблюдением и уходом среднего и младшего медицинского персонала в отделении стационара	Приём (осмотр, консультация) психотерапевта Приём (тестирование, консультация) медицинского психолога Приём (осмотр, консультация) акушера-гинеколога Осмотр (консультация) анестезиологом-реаниматологом Суточное наблюдение анестезиологом-реаниматологом Приём (осмотр, консультация) дерматовенеролога Приём (осмотр, консультация) инфекциониста Приём (осмотр, консультация) невролога Приём (осмотр, консультация) оториноларинголога Приём (осмотр, консультация) психиатра Приём (осмотр, консультация) психиатра подросткового Приём (осмотр, консультация) терапевта Осмотр (консультация) физиотерапевта
Лабораторные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
	Исследование уровня психоактивных веществ в крови Определение наличия психоактивных веществ в слюне Определение наличия психоактивных веществ в слюне с помощью тест-полоски Тест на кровь в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче Определение наличия психоактивных веществ в моче с помощью тест-полоски Общий (клинический) анализ крови Анализ крови биохимический общетерапевтический Анализ мочи общий
Инструментальные методы исследования	
Обязательно	По показаниям
	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) Эхоэнцефалография Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных Регистрация электрокардиограммы Электроэнцефалография Рентгенография всего черепа в одной или более проекциях Рентгенография лёгких Флюорография лёгких Описание и интерпретация рентгенографических изображений
Хирургические, эндоскопические, эндоваскулярные и другие методы лечения, требующие анестезиологического и/или реаниматологического сопровождения	
Обязательно	По показаниям
	Анестезиологическое пособие (включая раннее послеоперационное ведение)
Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации	
Обязательно	По показаниям
	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы Электросон Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты Воздействие переменным магнитным полем

Таблица 9
Методы физиотерапии, использующиеся в наркологической практике

1	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
2	Дарсонвализация местная при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга
3	Гальванотерапия при заболеваниях периферической нервной системы
4	Токи Бернара при заболеваниях периферической нервной системы
5	Дарсонвализация местная при заболеваниях периферической нервной системы
6	Электрофорез лекарственных препаратов при заболеваниях периферической нервной системы
7	Электросон
8	Воздействие электрическим полем ультравысокой частоты
9	Воздействие переменным магнитным полем

Средства, применяемые для лечения алкогольных делириев

Состояние	Рекомендуемое лечение
Продромальный период алкогольного делирия	Патогенетическая терапия Детоксикация: – плазмаферез – 20-30% объёма циркулирующей плазмы – повидон по 5 г 3 раза в сутки внутрь в разведении водой – декстран (реополиглюкин) 200-400 мл в/в капельно. При ацидозе – стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно. При алкалозе – раствор калия хлорида 1% 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе). Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл в сутки или пентоксифиллин 5 мл на 5% глюкозе в/в капельно. Профилактика отёка и гипоксии головного мозга – раствор сульфата магния 25% по 10 мл 2 раза в сутки; мексидол по 2-5 мл 2-3 раза в сутки. Симптоматическая терапия Витаминотерапия: витамин В ₁ 6% 4 мл в/м, витамин В ₆ 5% 4 мл в/м, никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В ₁₂ 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1 мг внутрь. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20%-ный раствор 5 мл в/м в сутки, семакс 0,1%-ный раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 3 раза в сутки. Гепатопротекторы – метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки. Психотропные средства Терапия, направленная на купирование психомоторного возбуждения, инсомнических расстройств: раствор диазепама 0,5%-ный 2-4 мл в/м, в/в, в/в капельно, до 0,06 г в сутки; раствор феназепама 0,1%-ный 1-4 мл в/м, в/в в/в капельно, до 0,01 г в сутки. Альтернативные способы Атенолол при ЧСС менее 50 уд./мин. – не назначается, ЧСС – 50-79 уд./мин. – по 50 мг, ЧСС выше 80 уд./мин. – 100 мг 1 раз в сутки
Развёрнутый делирий	Патогенетическая терапия Детоксикация: инфузионная терапия в объёме 40-50 мл/кг под контролем центрального венозного давления, электролитного баланса, КЩС крови, сахара крови и диуреза, при необходимости назначаются диуретики, инсулин. – реамберин 400-800 мл 1,5%-ного раствора внутривенно капельно со скоростью 4-4,5 мл в минуту курсом 2-3 дня – цитофлавин 20-40 мл в разведении 200-400 мл 5%-ного раствора глюкозы внутривенно капельно со скоростью 4-4,5 мл в минуту курсом 2-3 дня – реополиглюкин 200-400 мл в сутки – плазмаферез. При ацидозе – стерофундин изотонический 500 мл или ацесоль, дисоль 400 мл, в/в капельно. При алкалозе – раствор калия хлорида 1%-ный 100-150 мл, в/в капельно (при гипокалиемии, адекватном диурезе). Улучшение мозгового кровообращения – инстенон по 2 мл до 2 раз в сутки или пентоксифиллин 5 мл на 5%-ный глюкозе в/в капельно. Профилактика отёка и гипоксии головного мозга – мельдоний 10%-ный раствор 10 мл в сутки, этилметилгидроксипиридина сукцинат (мексидол) – 5% раствор по 2-5 мл 2-3 раза в сутки, раствор сульфата магния 25% по 1 г каждые 6 часов в течение 2 дней Симптоматическая терапия Витаминотерапия: витамин В ₁ 6%-ный 5-10 мл в/в до 2 раз в сутки, витамин В ₆ 5%-ный 5 мл в/в (чередовать с В ₁), никотиновая кислота 1% 2 мл в/м, аскорбиновая кислота 5% 5 мл в/в, витамин В ₁₂ 0,01% 2 мл в/м, фолиевая кислота по 1 мг внутрь. Нейрометаболическая терапия: пирацетам 20% раствор 5-10 мл в/в в сутки, семакс 0,1%-ный раствор по 2-4 капли в нос 2 раза в сутки, пантогам по 0,5 3 раза в сутки. Гепатопротекторы – метадоксин 600 мг в/в в сутки, деметионин по 400 мг 1-2 раза в сутки, тиоктовая кислота по 600 мг 1 раз в сутки. Снотворные средства – реладорм 0,11-0,22 в сутки. Оксигенотерапия или гипербарическая оксигенация. Симптоматическое лечение соматических осложнений. Психотропные средства Для купирования психотических расстройств: галоперидол 5-10 мг в сутки, левомепромазин до 50 мг в сутки, диазепам до 40 мг в сутки парентерально, феназепама до 3 мг в сутки, лоразепам по 2 мг в/в до 6 раз в сутки. При некупирующемся возбуждении, судорожном состоянии – барбитураты короткого действия (тиопентал натрия, гексенал до 1 г в сутки в/в капельно под постоянным контролем дыхания и кровообращения)
Тяжёлые формы алкогольного делирия	Мониторинг жизненно важных функций (дыхание, сердцебиение, диурез), регулярный контроль кислотно-щелочного состояния, К, Na, глюкозы в периферической крови Патогенетическая терапия Сбалансированная инфузионная терапия с учётом имеющихся нарушений (см. ранее). Симптоматическая терапия Краниальная гипотермия. Ноотропные средства: пирацетам 20%-ный раствор 10-30 мл в/в, кортексин по 10 мг внутримышечно в 1 мл 0,9%-ного раствора хлорида натрия; антиоксиданты: мексидол по 5-10 мл 2-3 раза в сутки. Витаминотерапия (см. ранее) Курс ГБО Симптоматическое лечение соматических осложнений

Исследования и результаты

Концептуальный подход к проблеме лечения хронических субдуральных гематом

Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) – полиэтиологическое объёмное внутричерепное кровоизлияние, располагающееся под твёрдой мозговой оболочкой, вызывающее местную и/или общую компрессию головного мозга и имеющее (в отличие от острых и подострых субдуральных гематом) отграниченную капсулу, определяющую все особенности церебральных патофизиологических реакций, клинического течения и лечебной тактики.

Формирование отграниченной капсулы имеет принципиальное значение, так как приводит к появлению во внутричерепном пространстве относительно независимого образования, во многом подчиняющегося собственным закономерностям развития.

Этиология

Наиболее частая причина ХСГ – черепно-мозговая травма, по нашим данным в 73%. Далее следуют сосудистые катастрофы: разрывы артериальных аневризм и артериовенозных мальформаций, геморрагические инсульты, кровоизлияния из первичных и метастатических опухолей головного мозга.

Другими причинами образования ХСГ могут быть коагулопатии на фоне длительного приёма антикоагулянтов, гемофилии, геморрагического диатеза, поражений печени, сепсиса, а также хронический алкоголизм, инфекционные заболевания, токсические поражения, краниоцеребральные диспропорции и т.д.

Следует указать, что всё чаще ХСГ становятся ятрогенными, особенно в связи с распространением шунтирующих операций, при которых они являются осложнением у 4,5-21% пациентов. Однако нередко уточнить этиологию ХСГ не представляется возможным.

Эпидемиология

Главными причинами учащения ХСГ за последние годы являются распространение черепно-мозговых травм и цереброваскулярных заболеваний. Существенную роль играет постарение населения, что в связи с возрастной атрофией мозга, изменениями сосудистой системы, реологическими свойствами крови создаёт дополнительные предпосылки для формирования ХСГ. Аналогичное значение приобретают краниоцеребральные аномалии у детей. Определённое место в учащении ХСГ занимает алкоголизм, а также ряд других неблагоприятных воздействий на головной мозг и другие органы.

Весьма существенно, что, если раньше ХСГ выявлялись почти исключительно у лиц пожилого и старческого возраста, то в настоящее время они значительно «помолодели» и встречаются достаточно часто в молодом и среднем возрасте, а также у детей.

Операции по поводу ХСГ становятся всё более частым нейрохирургическим вмешательством.

Фазность клинического течения ХСГ

Основываясь на концепции фазности развития синдрома компрессии головного мозга, в клиническом течении хронической субдуральной гематомы нами прослежены и выделены 5 фаз, каждая из которых характеризуется рядом свойственных ей особенностей.

I. Фаза клинической компенсации. Общемозговая симптоматика отсутствует. Очаговая симптоматика отсутствует, либо резидуальна и обусловлена перенесённой черепно-мозговой травмой или преморбидной патологией.

II. Фаза клинической субкомпенсации. Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Могут выявляться различные очаговые неврологические или психические симптомы, обычно мягко выраженные. Дислокационная симптоматика отсутствует.

III. Фаза умеренной клинической декомпенсации. Общее состояние больного обычно средней тяжести. Нередки сонливость, элементы оглушения, признаки внутричерепной гипертензии. Нарастают очаговые симптомы поражения, в основном, со стороны двигательной сферы. Могут улавливаться отдельные вторичные стволовые признаки.

IV. Фаза грубой клинической декомпенсации. Общее состояние больного тяжёлое. Сознание нарушено, нередко до глубокого оглушения. Выражены признаки внутричерепной гипертензии. Развиваются синдромы дислокации ствола мозга, чаще на тенториальном уровне. Становятся очевидными расстройства жизненно важных функций.

V. Терминальная фаза. Необратимая кома.

Распределение 558 больных с ХСГ по клиническим фазам при поступлении их в Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко следующее: в фазе клинической компенсации находилось 8,7% больных, в фазе субкомпенсации – 49,8%, в фазе умеренной декомпенсации – 34,9% и в фазе грубой клинической декомпенсации – 6,6%.

При ХСГ чаще наблюдается постепенный (недели, месяцы) темп углубления клинической декомпенсации (у 51,6%); быстрый (дни) темп отмечен у 25,1%, лавинообразный (часы) – у 3,2%, ундулирующее течение – у 6,4%. Последние три варианта преобладают у пожилых и стариков. Клиническая фаза ХСГ была стабильна на протяжении многих месяцев и даже лет у 4,6% больных; у 9,1% наблюдалась только положительная динамика в смене клинических фаз.

При поперечном анализе вариабельной клиники ХСГ нами установлены следующие основные закономерности:

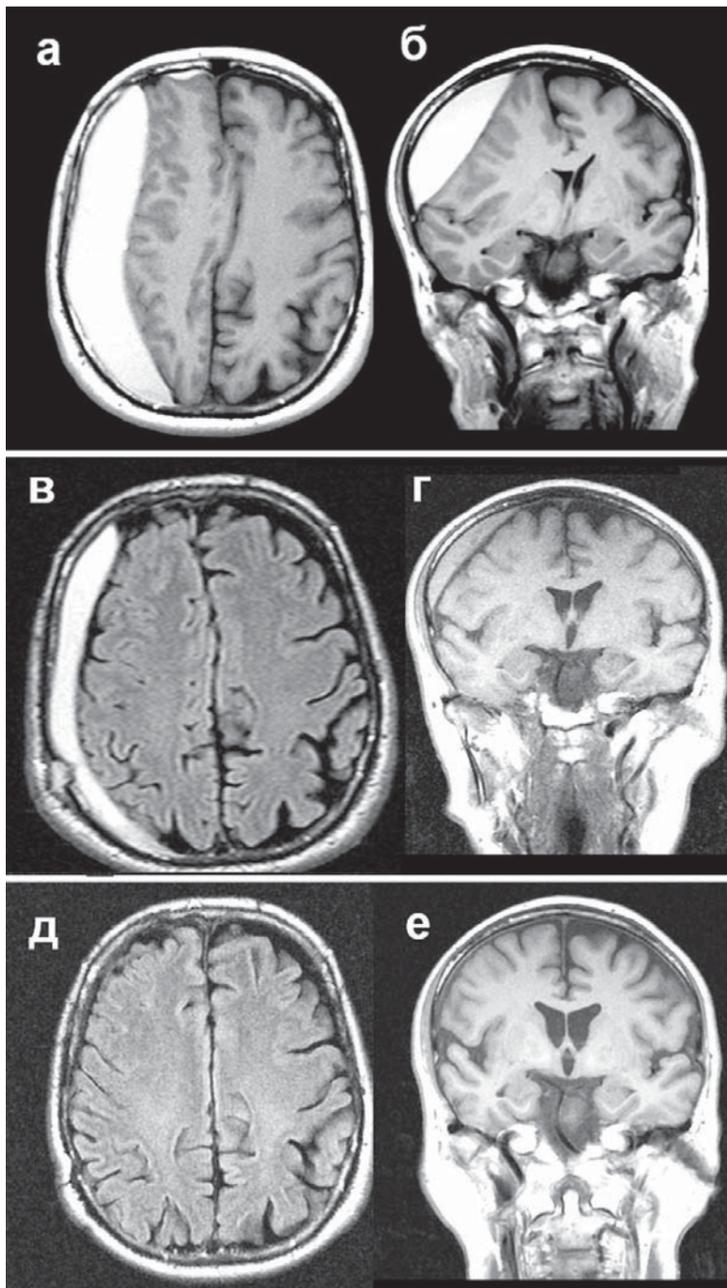
1) частое преобладание общемозговой симптоматики над очаговой во всех возрастных группах;

2) по мере увеличения возраста больных изменяется структура общемозговых симптомов – от гипертензионных в детском, молодом и среднем возрасте до гипотензионных в пожилом и старческом возрасте, что связано с преобладанием в младших возрастных группах отёка мозга и внутричерепной гипертензии, а в старших возрастных группах – коллапса мозга и внутричерепной гипотензии;

3) повышение с возрастом роли сосудистого слагаемого в генезе симптоматики при ХСГ, что вместе с инволюционными факторами обуславливает большую частоту нарушений психики у лиц старческого и пожилого возраста по сравнению с младшими возрастными группами;

4) при доминировании среди очаговой симптоматики двигательных нарушений степень их выраженности и устойчивости обычно усугубляется с возрастом;

5) наблюдается повозрастное смещение соотношения клинических фаз заболевания в сторону их утяжеления; иными словами, чем старше больной с ХСГ, тем чаще у него выявляется грубая декомпенсация. Это связано как с истощающимися с возрастом компенсаторными возможностями, так и с нарастанием инволюционной и приобретённой патологии;



6) фазовые переходы многообразны и во многом связаны с возрастными анатомо-физиологическими особенностями черепа, головного мозга и организма в целом. Если наступает клиническая декомпенсация, то наиболее быстро в фазу грубой декомпенсации входят больные пожилого и старческого возраста, что объясняется тем, что у этой категории больных компримирующее воздействие ХСГ на мозг сопровождается выраженными сосудистыми нарушениями;

7) декомпенсация при ХСГ развивается по пяти ведущим параметрам: общемозговому, стволу, очаговому, соматическому и инструментальному. При этом для ХСГ во всех возрастных группах характерны диссоциации между различными показателями, что необходимо учитывать при установлении клинической фазы заболевания.

Соматический статус играет особую роль в оценке клинической фазы ХСГ у пожилых и стариков. Возрастной и фазовый подходы весьма перспективны для оценки состояния больного, анализа данных инструментальных методов диагностики и выбора адекватной тактики лечения ХСГ.

Светлый промежуток при ХСГ может длиться неделями, месяцами и даже годами. Симптоматика ХСГ полиморфна. Наблюдается

резкое ухудшение состояния больного спонтанно или под влиянием разных дополнительных факторов (лёгкая повторная травма головы, перегревание на солнце, употребление алкоголя, повышение артериального давления, простудные заболевания и т.п.). Клиническая картина при этом может напоминать различные заболевания ЦНС: доброкачественные и злокачественные опухоли мозга, инсульт, спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, церебральный атеросклероз, энцефалит, эпилепсия и др.

В период развёрнутой клинической картины ХСГ часты изменения сознания в виде оглушения или аментивной спутанности с нарушением памяти, ориентировки.

Среди очаговых признаков ХСГ ведущая роль принадлежит пирамидному гемисиндрому. Встречаются также речевые нарушения, гемипалезия, гемианопсия и др. Большой удельный вес в клинике ХСГ имеет экстрапирамидная симптоматика (гипомимия, брадипикинезия, общая скованность, повышение мышечного тонуса по пластическому типу, подкорковый тремор и др.), выходящая за пределы возрастных изменений. Нередки нарушения статики и походки. В фазах клинической декомпенсации проявляется вторичная дислокационная среднемозговая симптоматика (парез взора вверх,

двусторонние стопные знаки, анисокория, спонтанный нистагм и др.)

Над зоной расположения гематомы может отмечаться притупление перкуторного звука.

Диагностика

Наряду с клиникой в распознавании ХСГ велика роль инструментальных методов исследования, среди которых доминируют КТ и МРТ.

Компьютерная томография

Хроническая субдуральная гематома представляет собой на КТ зону изменённой плотности между костями черепа и веществом мозга, обычно серповидной формы с многодолевым распространением и преимущественно парасагитально-конвекситальной локализацией; при этом наружная граница повторяет очертания внутренней поверхности костей черепа, а внутренняя граница – очертания полушария мозга.

Семиотика. По плотности мы разделили ХСГ на гиподенсивные (28 и менее Ед. Н), изоденсивные (29-45 Ед. Н), гиперденсивные (более 45 Ед. Н), а также гетероденсивные.

Гиподенсивные ХСГ встречаются наиболее часто. Снижение плотности содержимого гематомы колеблется от выраженного до незначительного (28-17 Ед. Н), однако всегда превышает плотность ликвора. Чаще гиподенсивная зона гомогенна, но порой улавливаются и разные по интенсивности участки снижения плотности. На этом фоне могут выявляться линейные повышения плотности за счёт визуализации наружного или внутреннего листка капсулы или перегородок при многокамерной ХСГ.

Сопоставление данных КТ с операционными находками показывает, что у большинства больных с гиподенсивными ХСГ в полости гематомы содержится ксантохромная либо коричнево-зеленоватая мутная жидкость, у некоторых – изменённая разжиженная кровь, а также мелкие свёртки крови.

При гиподенсивных ХСГ длительность анамнеза колеблется в широких пределах – от 25 суток до 5 лет, иногда от 14 суток. Феномен снижения плотности содержимого ХСГ преимущественно связан с деградацией фибрина в свёртках крови.

Изоденсивные ХСГ встречаются реже. Плотность содержимого гематомы практически не отличается от вещества мозга. Вместе с тем на КТ обычно выражены признаки объёмного процесса и, что характерно при ХСГ, отсутствуют конвекситальные субарахноидальные пространства на стороне поражения.

Сопоставление данных КТ с операционными находками показывает, что у половины больных с изоденсивными ХСГ в полости гематомы содержится коричнево-зеленоватая жидкость, у других – разжиженная кровь и её свёртки.

Изоденсивные ХСГ отмечены при длительности анамнеза от 18 суток до года. Феномен изоплотности может появляться и раньше: порой спустя 10–14 суток после ЧМТ. Он определяется главным образом соотношением разжиженной крови и её дериватов в полости ХСГ.

Гиперденсивные ХСГ встречаются редко. Повышение плотности содержимого гематомы варьирует от нерезко выраженного до значительного. В большинстве случаев при гиперденсивных ХСГ

в полости гематомы содержатся, наряду с разжиженной кровью, её свёртки. Отметим, что чем в большем объёме в гематоме преобладают свёртки крови, тем выше её плотность. Феномен повышения плотности связан с повторными кровоизлияниями в полость гематомы, которые могут наблюдаться спустя любое время после формирования ХСГ.

Гетероденсивные ХСГ встречаются часто. Представлены на КТ мозаичными картинками: в полости гематомы в различных соотношениях сочетаются участки повышенной и пониженной плотности, реже пониженной плотности и плотности, равной таковой вещества мозга, а в отдельных случаях наблюдаются все три варианта изменений плотности ХСГ.

Для гетероденсивных ХСГ характерен феномен седиментации в виде чёткого разграничения содержимого гематомы на низкоплотную верхнюю часть и высокоплотную нижнюю часть (при положении больного на спине).

При сопоставлении данных КТ с операционными находками установлено, что у 2/3 больных полость гематомы содержит свёртки крови в смеси с зеленовато-коричневатой жидкостью, у остальных – тёмную жидкую кровь и мелкие сгустки фибрина.

Длительность анамнеза при гетероденсивных ХСГ колеблется от 16 суток до 5 лет. Неоднородная плотность связана как с повторными макро – и микрокровоизлияниями в полость гематомы, так и с деградацией ранее излившейся крови. Оседание высокоплотных, ещё не распавшихся, форменных элементов крови обуславливает появление КТ феномена седиментации.

Магнитно-резонансная томография

Ведущим методом неинвазивного распознавания ХСГ, наряду с КТ, стала магнитно-резонансная томография. Её преимущества особенно очевидны при изоденсивных гематомах. Для МРТ не существует рентгеновского барьера изоденсивных тканей и вместе с тем исключительно широки пределы разграничения структур с различным содержанием воды и различными магнитными свойствами.

Для ХСГ характерна высокая контрастность изображения на МРТ по сравнению с прилежащим веществом мозга. Зоны повышенного сигнала, соответствующие расположению и размерам ХСГ, имеют серповидную либо линзообразную форму с чёткими контурами и примыкают к костям свода черепа. При этом определяются также выраженные в разной степени вторичные признаки объёмного процесса, деформация и смещение желудочковой системы, сдавление конвексимальных субарахноидальных щелей на стороне поражения и др.

МРТ является наиболее надёжным полипроекционным методом неинвазивного распознавания хронических внутричерепных гематом независимо от их расположения, объёма и характера содержимого.

Показания для хирургии

Общепризнана необходимость хирургического лечения ХСГ. При этом показания для оперативного вмешательства при ХСГ основываются на общих принципах хирургии травматических объёмных образований головного мозга. Учитываются, главным образом, клиническое состояние пациента и результаты КТ-МРТ исследований (представляющие данные о плотности, локализации, дислокационных изменениях мозга и др.). Давность дооперационных КТ или МРТ не должна превышать двух недель.

Абсолютными показаниями к хирургическому вмешательству при ХСГ являются:

- пребывание больных в фазах клинической декомпенсации;
- выраженные признаки масс-эффекта по данным КТ или МРТ.

Относительными показаниями являются:

- пребывание больных в фазах клинической компенсации или субкомпенсации;
- небольшие размеры ХСГ без значимых клинических, КТ или МРТ дислокационных изменений.

В ряде случаев при стабильном компенсированном состоянии больного возможно динамическое наблюдение, а при положительной динамике (клиническая картина, КТ или МРТ данные) не исключается рассмотрение вопроса о консервативной тактике лечения.

Минимально инвазивная хирургия против радикальной краниотомии

Хронические субдуральные гематомы являются объёмным, доброкачественным, инкапсулированным, растущим образованием, которое, если его не устранить, приводит к нарастающей дислокации и ущемлению ствола мозга и в конечном счёте к гибели больного. По здравому смыслу возможно радикальное решение проблемы – одномоментное полное удаление «кровоного мешка» вместе с его содержимым и капсулой через широкую трепанацию. Так поступали на протяжении многих десятилетий, да и сегодня – нередкость.

Преимущества краниотомии казались очевидными: возможность визуального контролируемого полного опорожнения содержимого гематомы с ликвидацией сдавления мозга, ревизия субдурального пространства и максимальное удаление капсулы гематомы. Последнее считалось одним из обязательных условий хирургии ХСГ.

Не исключалась возможность использования в хирургическом лечении и краниоэктомии, которая представлялась оправданной у больных при отёке мозга с угрожающими нарушениями витальных функций, а также в случаях рецидивирования гематомы.

Как показал опыт, стремление к максимальному радикализму в хирургическом лечении ХСГ сопровождалось серьёзными негативными явлениями, связанными, в первую очередь, с большим количеством послеоперационных осложнений. Рецидивы гематом наблюдались в 2-37%.

Длительно сдавленный хронической гематомой мозг, особенно у пожилых и стариков, не может быстро расправиться. И это создаёт реальную угрозу коллапса мозга и различных других осложнений – от напряжённой пневмоцефалии до внутримозговых кровоизлияний. Летальность при радикальном методе лечения ХСГ достигает 12-18%, а порой и выше.

Проведённые нами исследования доказали, что основной причиной, поддерживающей существование и периодическое увеличение ХСГ является гиперфибринолиз её содержимого. Он обусловлен накоплением в полости гематомы продуктов деградации фибрина, превышающих в 6-60 раз аналогичные показатели в периферической крови у этих же больных. В среде с гиперфибринолизом различные, часто незначительные, внешние и внутренние факторы легко провоцируют макро и/или микрокровоизлияния из неполноценных сосудов капсулы хронической гематомы.

Этот механизм играет решающую роль в патогенезе осумкованной оболочечной гематомы. Поэтому, как это ни звучит парадоксально, удалять ХСГ не следует. Вместо трепанации черепа достаточно минимально инвазивное изменение внутригематомной среды – удаление из полости гематомы продуктов деградации фибрина с кратковременным наружным закрытым дренированием – чтобы запустить процессы саногенеза ХСГ.

При этом клиническое состояние больных обычно улучшается уже в первые сутки после щадящего вмешательства. Темп восстановления клинической компенсации в послеоперационном периоде у большей

половины оперированных больных (55,1%) быстрый (в пределах 1-7 суток), у 37,8% – постепенный (в пределах 1-2 недель).

Надо сказать, что динамика регресса очаговой симптоматики в послеоперационном периоде могла по своему темпу отставать от общего улучшения состояния пациента.

У преобладающего большинства больных (79,5%) очаговая симптоматика исчезает в пределах 1-2 недель. Примерно в одной пятой наблюдений нарушения движений, речи и других мозговых функций регрессируют в первые 1-3 суток.

Естественно, что при оценке уровня клинической компенсации следует учитывать не только резорбцию ХСГ и регресс обусловленных ею симптомов, но также патологию, связанную с различными преморбидными и возрастными факторами, которая, вполне понятно, может оставаться, несмотря на исчезновение ХСГ.

ХСГ препятствуют регрессу посттравматического вегетативного состояния, поэтому их удаление может способствовать выходу из него.

Полная резорбция хронической гематомы и её капсулы по результатам КТ и МРТ мониторинга обычно происходит в течение 1-2,5 месяцев.

Сравнительные результаты новой и старой парадигм лечения ХСГ

Итоги применения разработанного нами концептуального подхода к лечению хронических субдуральных гематом представлены в таблице.

Результаты минимально инвазивной хирургии ХСГ (закрытое наружное дренирование) 558 наблюдений

Квалификация исхода	Процент
Хорошее восстановление	94,7
Повторные операции	4,1
Смертность	1,2

Как видно из таблицы, послеоперационная смертность при ХСГ сократилась на порядок (1,2 против 12-18%); тяжёлые осложнения, обусловленные коллапсом мозга, исчезли.

Длительный катамнез и методы нейровизуализации (КТ, МРТ) подтвердили эффективность и надёжность новой парадигмы лечения хронических субдуральных гематом (рис. 1).

Сравним наши результаты с результатами, полученными на репрезентативном материале тех же лет (2006-2018) коллегами из Польши (Гданьск), использовавшими для удаления ХСГ краниотомию. Ими прооперировано 480 больных с ХСГ. Летальность составила 15,63%; повторные операции потребовались в 18,7% наблюдений.

Итак, суть новой парадигмы лечения ХСГ состоит в том, что как показали наши исследования и клинические наблюдения, удаление продуктов деградации фибрина из полости гематомы является триггером её саногенеза. Для этого, как правило, адекватна минимально инвазивная хирургия хронических субдуральных гематом.

Применение краниотомии в хирургии ХСГ обосновано только при содержимом гематомы в виде плотных свертков крови или её кальцификации; многокамерном строении с мощными трабекулами, занимающими значительную часть объёма гематомы; рецидиве гематомы после нескольких попыток её дренирования.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор.

Александр КРАВЧУК,
профессор.

Владимир ОХЛОПКОВ,
доцент.

Национальный медицинский исследовательский центр нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко Минздрава России.

Преодоление

В столице создана специальная площадка оценки профессиональных навыков медиков. Кадровый центр московского Департамента здравоохранения открыли министр здравоохранения России Михаил Мурашко и мэр Москвы Сергей Собянин.

В рамках добровольной оценки в кадровом центре все желающие специалисты могут пройти процедуру оценки на присвоение статуса «Московский врач» и аттестацию на квалификационную категорию. По запросу медицинской организации возможно проведение

Кадровый центр проверит кандидатов



Важнейший этап аккредитации – экзамен по практическим навыкам

По словам С.Собянина, в российское здравоохранение сегодня вкладываются большие ресурсы: это и укрепление материальной базы, и обеспечение современным оборудованием и новыми технологиями.

«И конечно, очень важен кадровый состав, уровень знаний наших врачей, медсестёр, вообще весь кадровый потенциал системы здравоохранения. Во время пандемии стало очевидно, что нам нужна динамическая модель, при которой идёт постоянное, непрерывное обучение, подтверждение квалификации, тестирование, контроль за навыками врачей и т.д.», – отметил мэр.

Министерство здравоохранения РФ создаёт такую модель работы в целом по стране, добавил он. Свой мощный центр по профессиональной подготовке, переподготовке и аккредитации медицинских работников теперь есть и в Москве.

«Здесь врачи будут подтверждать свои знания. Процесс очень сложный, непростой, необходимо создать базу для тестирования, выработать требования к навыкам врачей. Этот процесс запущен, и я думаю, что в течение года центр станет одним из лучших в нашей стране, он необходим для московского здравоохранения, повышения его качества, которое напрямую, конечно, связано со здоровьем москвичей», – заявил мэр.

Новый центр будет осуществлять контроль при трудоустройстве специалистов в городские медицинские организации, а также заниматься обязательными и добровольными процедурами аккредитации и аттестации.

Возможности кадрового центра позволяют проводить профессиональную оценку по 88 врачебным специальностям. Ранее первичная специализированная аккредитация ординаторов проходила только в федеральных медицинских вузах и медицинских организациях, а также в городской клинической больнице им. С.П.Боткина. Оценка профессиональных навыков специалистов при трудоустройстве в медицинские организации (входной контроль) проводилась частично только для городских поликлиник.

внеплановой аттестации сотрудников.

Оценкой будут заниматься эксперты из числа врачей медицинских организаций Москвы, федеральных клиник и преподавателей вузов, которые входят в состав аккредитационных подкомиссий, ежегодно утверждаемых приказом Минздрава России.

По словам М.Мурашко, в центре отработается порядок общения и алгоритм действий. «Аккредитация построена по всем разделам, включая практические навыки. И это позволяет в конечном итоге повысить уровень и качество диагностики, общения и удовлетворённости пациентов. И конечно, всё это отражается на здоровье граждан. Поэтому этот центр – ещё одна составляющая, изюминка в целой системе московского здравоохранения», – отметил министр.

Новое подразделение разместили в пятиэтажном здании площадью 4,3 тыс. м², ранее в нём располагалось медицинское училище № 8. В мае здесь завершили капитальный ремонт. В центре имеется 11 брифинг-залов для проведения инструктажа, лекций, мастер-классов, проектной работы и обсуждений. 31 симуляционная станция, оснащённая специализированным оборудованием для демонстрации практических навыков работы врача, предоставляет уникальные возможности.

Для медицинских работников нужны как теоретические знания, так и практика. Новый центр позволит специалистам отработать даже самые редкие ситуации, добавил М.Мурашко. «Врач сталкивается со своего рода ремесленным форматом, с одной стороны. С другой, – это высокоинтеллектуальная деятельность. Иногда он может столкнуться с ситуациями, которые встречаются раз в жизни. И для того чтобы оказать помощь даже в крайне редких ситуациях, нужно приобрести определённые симуляционные навыки. И несмотря на то, что опыта может не быть на практическом уровне, отработано должно быть всё в практике на симуляторах», – сказал министр.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

На начало 2020 г. на заседании Совета по вопросам попечительства в социальной сфере при Правительстве РФ было отмечено, что в стране зарегистрировано 5,1 млн заболеваний сахарным диабетом у взрослого населения и почти 50 тыс. – у детей. Причём по сравнению с началом 2019 г. численность пациентов с подобным диагнозом выросла среди взрослых на 4,7%, среди детей – на 5,3%.

Подобная статистика – предмет для тревоги и медиков, и общества. Вопросы заболеваемости, диагностики и лечения мы обсуждаем с заведующим кафедрой эндокринологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО) Минздрава России, доктором медицинских наук, профессором Александром АМЕТОВЫМ.

– Александр Сергеевич, недавно состоялся ежегодный XVII съезд московских эндокринологов. Чем он был интересен и какие темы стали главными?

– Это было интересное мероприятие, с насыщенной программой и множеством дискуссий практического характера.

В частности, очень важно, что в последнее время активно внедряются методы непрерывного мониторинга глюкозы. Помню, как 15 лет назад мы проводили исследования, и на съезде я упомянул, что будет здорово иметь подобный «навигатор» организма, который сможет контролировать уровень глюкозы.

Прошло время, и появились продвинутые модели, позволяющие измерять уровень гликемии, появились новые показатели эффективности сахароснижающей терапии, такие, например, как время в целевом диапазоне, которое показывает сколько процентов времени у человека уровень глюкозы крови был в допустимых пределах.

Доказано, что данный показатель напрямую связан с развитием, как микро-, так и макрососудистых осложнений. Более того, оказалось, что у пациентов с более низким временем нахождения в целевом диапазоне выше риск сердечно-сосудистой и общей смертности.

– За прошедший год тенденция к росту заболеваемости, и раньше-то угрожающая, только усилилась? Ведь многих факторов риска во время локдауна и других ограничений было не избежать. Как это сказалось на ваших пациентах? Есть ли уже данные, свидетельствующие об увеличении числа заболевших и ухудшении состояния уже имеющих диагноз вследствие пандемии COVID-19?

– Я сторонник системности. Все данные, которые сейчас доступны, – это ориентировочная статистика. Необходимо, чтобы в стране был создан динамически функционирующий регистр. Тогда картина станет понятнее для анализа, появится информация по регионам: количество заболевших, уровень смертности, наблюдается ли нехватка лекарств. К сожалению,

подобной системы пока не существует ни по одному заболеванию.

Помимо этого, нужна единая программа по выявлению заболевания. Например, в Германии некоторое время назад каждому человеку, которому исполнилось 45 лет, на Рождество приходила почтовая открытка с тест-полоской для определения уровня сахара в крови. Эффект не заставил себя ждать.

Думаю, все понимают: чем раньше будет диагностироваться данное заболевание, тем легче и

линия и любого другого препарата и физической активностью.

Если в стране на глобальном уровне придёт понимание, чего нужно добиваться, то такой способ будет давать эффективные результаты.

– В последнее время появляется всё больше технических приспособлений для самоконтроля гликемии и препаратов, способствующих нормализации уровня сахара в крови. Насколько они доступны и эффективны? А самое главное: повышают ли

как хотелось бы. Главная проблема заключается в том, что в стране отсутствует программа на государственном уровне, которая будет финансироваться и всеми возможными способами информировать население о сахарном диабете. При этом я не раз сталкивался с ситуациями, когда люди практически ничего не знают о заболевании. Я даже выступал в Госдуме с лекцией о том, как важно вовремя диагностировать состояние предиабета.

К сожалению, масштаб этой проблемы и значимость создания на

ниями, и те, кто занимается прикладными. Был задан актуальный вопрос, можно ли будет вылечивать диабет через 50 лет. Единственно прозвучал отрицательный ответ. Тогда коллеги задали встречный вопрос: «Что можно в таком случае сделать?». Ответ: предотвратить развитие.

Для диабета 1-го типа с большей вероятностью будет создана вакцина, в первую очередь для тех людей, у ближайших родственников которых есть диабет. По диабету 2-го типа будут разработаны специальные программы здоровья, включающие в себя выработку мотивации, ранний скрининг, раннее назначение препаратов, позволяющих остановить развитие и прогрессирование предиабета, и т.п. Каких-то коммерческих публикаций, посвящённых данным препаратам, пока нет, но есть научные исследования по входящему в состав лекарств гормону адипонектину – маркёру метаболического здоровья; способность влиять на него медики считают одной из самых больших перспектив на ближайшее будущее.

– В последнее время на эндокринологических форумах можно встретить врачей других специальностей, в частности, кардиологов. С чем это связано?

– В 2015 г. на конгрессе Европейской ассоциации по изучению диабета прозвучали результаты исследования, где было показано, что при относительно небольшом снижении гликированного гемоглобина у пациентов на 32% снизилась смертность от сахарного диабета, на 35% стали ниже показатели общей смертности и примерно на 30% снизилась госпитализация от сердечной недостаточности, которая часто приводит к смерти. Это означает, что на сегодняшний день у нас есть препараты с негликемическими кардиопротективными свойствами.

Однако данная находка не ставит под сомнение значимость достижения гликемического контроля. Напротив, в недавнем обзоре было показано, что даже в исследованиях сердечно-сосудистых свойств инновационных сахароснижающих препаратов гликированный гемоглобин являлся суррогатной точкой сердечно-сосудистых исходов.

Врачи разработали рекомендации по лечению в соответствии с факторами риска: умеренным, высоким, очень высоким. У нас в стране также выделяют экстремально высокий риск.

Я поддерживаю подобное разделение, ведь это означает своевременное, раннее назначение необходимых препаратов для профилактики. Это абсолютно новая идеология и новая миссия для эндокринолога.

Время не стоит на месте, наука движется вперёд, и в связи с новыми исследованиями врачи корректируют рекомендации, профилактику и лечение от сахарного диабета. Это позволит в будущем существенно уменьшить смертность и увеличить продолжительность жизни пациентов с сахарным диабетом в нашей стране.

Беседу вела
Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Наши интервью

Диабет можно предупредить

Но начинать нужно... в дородовом периоде

с меньшими затратами с ним можно будет бороться. Также необходимо утвердить программу для лиц с ожирением, которое лежит в основе многих заболеваний, включая сахарный диабет 2-го типа. Это позволит своевременно выявлять пациентов с метаболически нездоровым ожирением и своевременно назначать лечение.

В начале марта мы провели конгресс, посвящённый Всемирному дню борьбы с ожирением, к которому в режиме онлайн подключились 11 400 специалистов из 27 стран. Мероприятие получило более 15 тыс. положительных откликов из разных сфер, доказывая тем самым, что ожирение – очень актуальная проблема, связанная со многими заболеваниями.

– Какие возможности есть у медиков для управления заболеванием в эпоху телемедицины и удалённого мониторинга? Как именно проводится и, наверное, продолжают проводиться онлайн-консультации?

– В мире всё это и сейчас активно проводится, а вот у нас не настолько популярно. Дело в том, что и врач, и пациент должны быть заинтересованы в лечении и находиться в постоянном контакте, работая на результат. Сейчас этого не происходит.

Но если так будет, это позволит выгодно, эффективно и безопасно использовать дистанционные возможности. Например, недавно был создан проект непрерывного мониторинга глюкозы с программами для мобильного телефона. Пациенты могут в любой момент оценить свой уровень сахара в крови, но для этого должна быть регулярная связь с врачом, который сможет оперативно интерпретировать показатели в текущий момент и отслеживать баланс между поступлением дозы инсу-

приверженность к лечению?

– Приверженность к лечению – это отдельный вопрос. Как же можно её изменить? Первое: это мотивация, ради чего человек будет следовать тем или иным рекомендациям. Второе: доступность лекарств. Какие-то препараты пациенты действительно получают на льготной основе, но не все.

И третье: самоконтроль и самоуправление – вот что нужно внедрять! Для этого необходимы программы обучения. В 1996 г. эксперты ВОЗ ввели в обиход термин «терапевтическое обучение», и оно было приравнено к любому лекарству по эффективности. Диабет выбран в качестве лучшей модели для демонстрации мотивации, как со стороны врача, так и со стороны пациента, в целях наибольшей эффективности лечения.

– Прошли годы, а инсулинотерапия остаётся по-прежнему востребованной? Или что-то меняется?

– В этом году весь мир отмечает 100-летие с момента открытия инсулина, который стал спасением для многих пациентов с сахарным диабетом. Все эти годы инсулинотерапия развивалась, появлялись инновационные препараты с более физиологичным профилем действия, что значительно улучшило качество жизни пациентов.

И сегодня инсулинотерапия остаётся важным и незаменимым компонентом в лечении и управлении сахарным диабетом, и позволяет нашим пациентам поддерживать достойное качество жизни в течение длительного времени.

Однако пока борьба с диабетом у нас не на таком высоком уровне,



национальном уровне программы по метаболическому здоровью пока явно недооценены.

– Беспокоество и медиков, и общества вызывает тот факт, что диабет постоянно «молодеет». Существуют ли в связи с этим особенности лечения?

– Я считаю, что это пустой разговор. Людям необходимо знать, что предпосылки заболевания появляются ещё в утробе матери. Начинать профилактические меры против диабета нужно уже тогда, и всячески предотвращать перспективы рождения ребёнка с избытком или дефицитом внутриутробного питания.

– Ваши прогнозы дальнейшего развития ситуации с СД? Насколько возможны изменения к лучшему в целом, и от чего это зависит?

– Недавно я был на закрытом совещании в США в качестве эксперта. На мероприятии присутствовали учёные, занимающиеся фундаментальными исследова-

Акценты

Росздравнадзор представил проект классификации неблагоприятных событий, связанных с обращением медицинских изделий (МИ).

Всего ведомство выделило семь категорий, по которым будут кодироваться проблемы при применении МИ, локализация последствий у пациента, методы исследования медизделий и обнаруженные причины, объединённые общим алгоритмом. Классификация закодирована через буквы латинского алфавита (A-G) и числовые обозначения, характеризующие каждую из возникших проблем.

Систематика предотвращения

В первой классификации зашифрован тип неблагоприятного события при применении медицинского изделия – механическая, химическая, оптическая проблемы, несоответствие в совместимости, подключении, взаимодействии с внешней средой, всего 27 наименований.

Во вторую категорию попали мероприятия по испытанию, исследованию и анализу медицинского изделия, вовлечённого в неблагоприятное событие – испытания

различных видов изделий, сырья, из которого они изготавливались, анализ биологических проб, взятых у пациента, а также исследование данных предыдущих экспертиз.

В третью распределены результаты исследований, применённых на предыдущем этапе, в четвертую – причины, выявленные при испытаниях и повлекшие за собой неблагоприятные события.

В пятой и шестой категориях зашифрованы системы организма, пострадавшие в результате при-

менения МИ, и степень нанесения вреда здоровью, в седьмой – части или компоненты медицинского изделия, которые были затронуты неблагоприятным событием.

Проект классификации разработан для выявления и предотвращения неблагоприятных событий при осуществлении мониторинга безопасности медицинских изделий, сообщается в пояснительной записке к документу.

Ранее Росздравнадзор разработал проект приказа, в соответствии

с которым производители и импортеры будут обязаны сообщать сведения о каждом выпущенном или ввезённом в страну медицинском изделии в течение пяти рабочих дней. Профильные данные нужны Росздравнадзору «для проведения анализа в рамках осуществления мониторинга безопасности медицинских изделий».

Леонид ПОЛЯКОВ.

МИА Сити!

Выводы

Один из известных журналов требует повсеместного эпигенетического анализа биопсий, который позволит максимально рано выявлять патологию. Другая компания предложила результаты секвенирования—«чтения» ДНК плазмы крови, позволяющие выявлять более 50 типов клеточных разрастаний, а также определять ткань их происхождения (TOO – Tissue Of Origin). Несколько иной метод диагностики предложен в Сингапурском университете, где искусственный интеллект (AI) научили различать клеточные изменения на фоне их закисления (изменения pH). Журнал APL представил результаты испытания AI для диагностики с помощью цифровой камеры, различающей стандартные красный, зелёный и синий цвета, занимающей 35 минут. Закислять в Фрайбургском университете (Германия) предложили с помощью всем известной соды, которая подстёгивает Т-лимфоциты на борьбу с клетками острой миелоидной лейкемии.

Это один из методов иммунотерапии, при которой используются моноклональные антитела (MAT), а также стимуляция Т-лимфоцитов с помощью их химерных рецепторов (CAR – Chimeric Antigen Receptors), то есть белков клеточной поверхности, реагирующих на антигены изменённых клеток. В Пенсильванском университете Филадельфии решили «сократить» путь до клеток-мишеней, предложив использовать CARM, то есть макрофаги с биоинженерными рецепторами (NBt). Известно, что сигнал лимфоцитам презентируют именно макрофаги, которые могут к тому же самостоятельно начинать «очистительное» воспаление. Макрофаги могут выходить из сосудов и проникать в ткани и плотные разрастания, что также можно рассматривать как преимущество. Иммунотерапии помогает облучение, что решили использовать в Корнеллском медцентре Нью-Йорка. Два года спустя учёные в статье JCI представили детальную картину молекулярных изменений мутантной клетки, подвергшейся рентгеновскому облучению. На своей поверхности она представляет Т-лимфоциту неоантиген и белковый FAS, выделенный поначалу у мышей линии FS (Fs-Associated Surface antigen). В норме он сигнализирует рецептору Т-лимфоцита, что клетка своя, однако под действием облучения способствует – наряду с Т-клеточным интерфероном и опухоль-некротизирующим белком-фактором – атаке сенсibilизированных иммунных клеток.

Поиски терапии идут во всех направлениях, в том числе и в

нейтроботы, созданные в Технологическом институте Харбина, названные так за «объединение» иммунных нейтрофилов и магнитного поля. Намагничивание нейтрофилов обеспечивается введением в них нанокапсул с «зернами» окисла железа, которые клетка охотно поглощает. Преимущество нейтробота в том, что модифицированная клетка легко проходит в органы и ткани и даже преодолевает гемато-энцефалический барьер, надёжно защищающий мозг.

му росту и метастазированию. И нельзя в конце не рассказать о совместном «продукте» пекинского Института науки и его «дочки» в Шанхае. В качестве ещё одного актора противораковой терапии китайские учёные обратились к... тромбоцитам (тромбоцитам), без которых невозможно свёртывание крови. Сотрудники Уппсальского университета (Швеция) выявили в 2020 г., что в опухоли тромбоциты секретируют большие количества ростовых белков-факторов.

Нейтро и боты



Нанороботы, выходящие из сосуда для атаки на клетки (темные на заднем плане – убитые)

области наноинженерии. Специалисты пекинского Научно-технологического центра как-то предложили использовать нанороботы. Авторы использовали тромбин, «реагирующий» на повреждение изменённых сосудов опухоли, что способствовало их тромбозу, что считалось перспективной терапией. Но недавно Science Robotics представил

В Чжэцзянском университете выявили новый тип кольцевидных РНК, подавляющий клеточный рост (SA). Эффект достигается благодаря подавлению белка интегрин, служащего рецептором для связи клеток с волокнистым матриксом, который в свою очередь регулирует подвижность клеток и их миграцию, нарушение которых приводит к инвазивно-

В том же году пекинский Институт биоинжиниринга предлагал использовать микрокапсулы из молочной кислоты (лактата) в качестве раковой вакцины. Годом ранее Шанхай предложил в Science Immunology использовать для фотодинамической терапии инфракрасный лазер (NIR).

И вот последняя статья, которая озаглавлена «Использование активируемого NIR тромбоцитарного арсенала для комбинированной фототермальной иммунотерапии». Новый китайский подход сочетает в себе новейшие технологические достижения и глубокое понимание природы молекулярных процессов. Тромбоциты как известно соединяют высокую способность к агрегации друг с другом и в то же время хорошо выдерживают тепловую нагрузку после лазерного облучения (проникающего глубоко в ткань), генерируя в опухоли гипертермию. Помимо теплового воздействия тромбоциты переносят вглубь опухоли активные компоненты в ответ на опухолевые неоантигены. Новый метод успешно опробован на девяти моделях, отвечающих клиническим требованиям. В качестве дополнительного свидетельства учёные использовали «гуманизированных» мышей с ксенографтом от пациента.

По радио обещают помочь людям, узнавшим о своём диагнозе, которым одновременно говорят, что в РФ ежегодно ставят 600 тыс. сходных диагнозов...

шили количество макрофагов путём подавления активности гена, отвечающего за синтез воспалительного белка просапозина (Prosaposin). Выключение генов просапозина и белкового рецептора липопротеидов низкой плотности избавило мышей от развития атеросклероза.

Помимо сердечных ран хирургам приходится лечить большие дефекты тканей и органов, которые не затягиваются вследствие нарушения процессов регенерации из-за недостатка кровоснабжения. Для решения этой проблемы сотрудники Университета Огайо в Колумбусе предложили использовать... прямой ток (DC – Direct Current). Оказалось, что такой ток резко – в семь раз – увеличивает проницаемость сосудистой стенки (до 10 микролитров/мин). Это ведёт к большему поступлению питательных веществ из сосудов в окружающую ткань и активации ферментов, стимулирующих митоз (клеточное деление). Авторы пишут в заключении, что приложение тока выявило роль эндотелия как интерфейса электро-механической регуляции сосудов, что очень важно при самых разных патологических процессах.

Исследования

С мяса на хлеб

Вегетарианцы вопреки мнению их противников потребляют то же количество калорий, что и приверженцы протеиновой диеты.

Но калории калориям рознь, поскольку с белками едоки усваивают энергоёмкие аминокислоты, а также жирорастворимые витамины. И при вынужденном переходе на углеводную диету прежде всего меняют свой генетический «портрет» именно клетки слизистой, монослоем покрывающие ворсины кишечника. По крайней мере об этом свидетельствуют результаты работы, проведенной в Йеле, в ходе которой мышей перевели с богатой углеводами диеты на диету с высоким содержанием протеинов. Характер и уровень активности генов в энтероцитах менялся уже через 5 дней, что подтвердил анализ специфических РНК в отдельных клетках слизистой (scRNA – single-cell РНК). Результаты, полученные на отдельных клетках затем подтвердились с помощью кишечных органоидов, которые выращивались в среде с высоким содержанием глюкозы, что имитировало углеводную диету. Специальная окраска клеток показала увеличение уровня ферментов, расщепляющих углеводы, и транспортного белка, «проводящего» глюкозу в клетки.

Авторов удивил тот факт, что при отсутствии кишечных Т-лимфоцитов клетки слизистой не меняли генной активности, которая характерна при переводе на углеводную диету. Из этого был сделан вывод о том, что немаловажную роль в транзите клеток слизистой играют лимфоциты дельта-гамма. Последние отличаются от циркулирующих в крови и лимфе альфа-бета «родственников» парой белковых цепей, из которых состоят рецепторы этих иммунных клеток. Альфа-бета рецепторы получают антигенные сигналы от мечниковских макрофагов, после чего запускают иммунный ответ в виде синтеза антител и активации клеточной атаки натуральных киллеров и цитотоксических лимфоцитов. Совсем иное дело клетки с рецепторами из цепей гамма и дельта, которые отвечают за неспецифический иммунитет. Их роль весьма ярко проявилась на фоне ковидной инфекции, поскольку именно они стимулируют выделение защитной слизи клетками воздухоносных путей. Раньше об этом говорили применительно к гриппу и воспалению.

Новые данные о роли кишечных лимфоцитов, играющих роль пищевых сенсоров, учёные опубликовали в Science. Они пришли к выводу, что потребляемая пища важна для организма и состояния желудочно-кишечного тракта не только своей калорийностью. Дело в том, что кишечник является проводником самых разных патогенов, сдерживанием которых и занимаются гамма-дельта лимфоциты. В связи с широкой программой вакцинации против COVID многие узнали о необходимости недель для выработки специфического ответа иммунной системы. Кишечные же лимфоциты сталкиваются с патогенами каждый день по несколько раз, поэтому неспецифический иммунитет должен действовать быстро и эффективно. Именно поэтому важно то, что кишечные лимфоциты являются одновременно и регуляторами состояния клеток слизистой кишечника при изменении состава пищи (диетозависимая регуляция).

Подготовил Игорь ЛАЛАЯНЦ, кандидат биологических наук.

По материалам APL Bioengineering, Science Translational Medicine, Nature Biotechnology, Nature Medicine, Scientist.

Взгляд

Кровь под током

На рубеже XX века была открыта серповидно-клеточная анемия, возникающая в результате замены одной буквы ген-кода, что приводит к замене одной аминокислоты на другую (валин).

С появлением микроскопа прояснили также вопрос и с бляшками холестерина, похожие на кашу-АТЕРОС. Появление бляшек не только сужает просвет сосуда, но также приводит к склерозу-уплотнению (жесткости) сосудистой стенки, резко снижающему её эластичность и прочность. Так образуется атеросклероз сосудов, с развитием которого пытаются бороться с помощью низкокалорийных диет и лекарств статинов, снижающих синтез холестерина печенью.

В крови идёт постоянная борьба двух систем – тромбирования пораненных сосудов и её «разжижения», за что отвечает ТАП, или тканевой активатор пламиногена,

представляющий собой белок удержания тромбоза (фибриногена и протромбина). К сожалению тромбы всё же образуются, что приводит к нарушениям кровоснабжения сердечной мышцы (инфаркту). В норме сосудистое русло постоянно перестраивается за счёт новообразования сосудов, то есть ангиогенеза, стимулируемого в частности одной из микро-РНК (miR), выделяемой в полости внеклеточных везикул (ECV – ExtraCellular Vesicles). Сотрудники Чжэцзянского университета (Китай) с помощью miR сумели подстегнуть ангиогенез после экспериментального инфаркта у мышей и макаков. Механизм действия miR связан с активацией фермента матричной металлопротеиназы, который расщепляет волокна бесклеточного матрикса-основы, на которой «сидят» клетки, что приводит к их освобождению. При этом в процесс «оживления» сосудов включаются клетки их эндотелия выстилающие сосуды изнутри,

а также фибробласты. Последние известны тем, что действием на них получают (индуцированные плюрипотентные) стволовые клетки. Помимо этого снижается расщепление внеклеточного протеина VEGF, или ростового фактора сосудистого эндотелия.

В январе 2021 г. журнал APL опубликовал статью сотрудников Бостонского и Гарвардского университетов, которые проследили динамику клеток эндотелия и фибробластов при «закрытии» раны. Эндотелий с помощью VEGF даёт рост новым сосудам, а фибробласты необходимы для синтеза фибр-волокон матрикса. В марте экспериментаторы Медшколы Маунт Синай в Нью-Йорке, а также Амстердамский университет и Технический университет Эйндховена показали в том же STM, что воспаление, приводящее к образованию атеросклеротических бляшек определяется макрофагами, которых много и в бляшках у людей. Учёные умень-

Жизнь как она есть

Чрезмерно длинные рабочие дни ежегодно становятся причиной смерти сотен тысяч человек, говорится в докладе Всемирной организации здравоохранения. Это первое исследование такого рода, оно было проведено совместно с Международной организацией труда (МОТ).

В апреле в соцсети появилась запись 45-летнего пользователя Джонатана Фростика, которая широко разошлась по другим платформам. В своём посте Фростик описал первый звоночек, показавший ему, что он слишком много работает.

Он – программный менеджер в банке. В одно из воскресений

И хотя он не обвинял работодателя в своих чрезмерных рабочих часах, многие придерживаются другого мнения. «Компании выжимают из людей всё по максимуму, не задумываясь об их состоянии», – написал один пользователь.

«Мы осознаем важность здоровья и благополучия нашего

должье обычного, а пойти при этом некуда.

«У нас есть данные, подтверждающие, что во время национальных локдаунов продолжительность рабочего дня увеличилась в среднем на 10%», – говорит сотрудник ВОЗ Франк Пега.

Доклад организации также указывает, что долгие рабо-

Гипотезы

Хоть лоб широк,
да мозгу мало!

Коронавирус может вызывать серьёзные поражения мозга, всё больше данных поступает об этом, поэтому специалисты сосредоточились на изучении механизма этого воздействия.

Новое исследование показало, что у пациентов с тяжёлым течением COVID-19 уменьшается объём серого вещества в лобно-височной области мозга, что имеет долгосрочные негативные последствия.

Учёные из Университета штата Джорджия первыми исследовали влияние COVID-19 на серое вещество и взаимосвязь с различными симптомами, применяя многомерный подход. Используя морфометрический анализ, они изучили результаты компьютерной томографии у 58 неврологических пациентов с тяжёлым COVID-19 и у 62 – без него.

Результаты показали, что пациенты с наиболее серьёзными осложнениями имели меньший объём серого вещества в верхней и средней лобных извилинах при выписке из стационара, и это состояние сохранялось спустя 6 месяцев при контрольном обследовании.

Объём серого вещества в этой области также был значительно снижен у пациентов, получавших кислородную поддержку по сравнению с больными, которым не понадобилась такая терапия. У добровольцев, которые перенесли тяжёлую лихорадку, наблюдались изменения объёма серого вещества в нижней и средней височной извилинах.

Эксперты сделали вывод, что лихорадка и дефицит кислорода, вызванные коронавирусом, могут быть связаны с уменьшением серого вещества. Они также отметили, что подобное явление наблюдается при различных психических заболеваниях, например, шизофрении, поэтому изменения в сером веществе, возможно, вызывают депрессию, перепады настроения и неврологические симптомы, которыми страдают многие пациенты после COVID-19.

Авторы исследования считают, что изменения в лобно-височной доли могут быть использованы в качестве биомаркера для вероятного прогноза течения коронавируса и оценки протоколов лечения.

Смертельный стресс

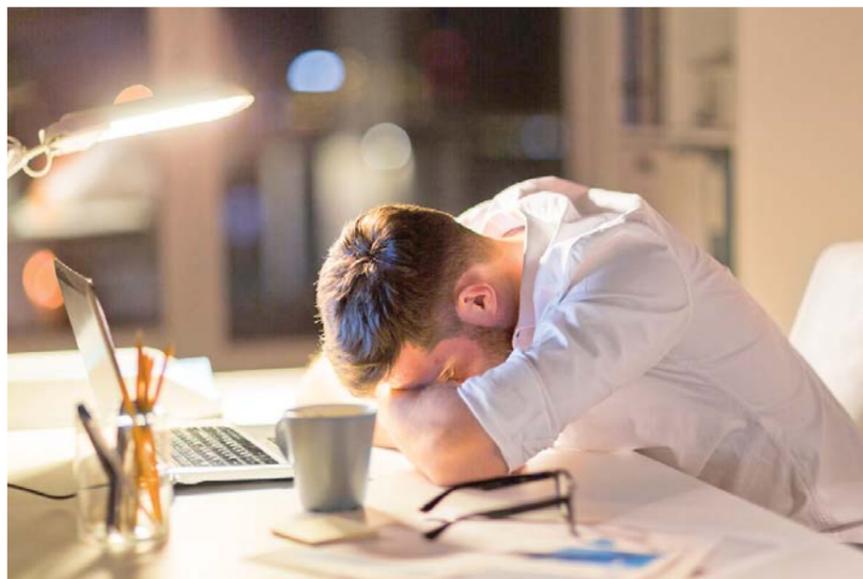
Длинный рабочий день ежегодно убивает более 700 тыс. человек

В докладе сказано, что в 2016 г. от инсультов и инфарктов, связанных с напряжённым рабочим графиком, в мире умерли 745 тыс. человек. Наиболее тревожная ситуация отмечена в Юго-Восточной Азии (где крупнейшей страной является Индия) и в Западно-Тихоокеанском регионе (к нему по классификации ВОЗ относится Китай). По данным исследования, с 2000 г. число таких смертей выросло на 29%.

Три четверти умерших составляют мужчины среднего и старшего возраста. В ряде случаев смерть наступала уже после выхода человека на пенсию, но исследования показали, что необратимые нарушения в состоянии здоровья появлялись ещё в рабочий период жизни и были связаны со стрессом и усталостью.

Исследование не охватывает период пандемии коронавируса, но эксперты ВОЗ уверены, что она лишь ухудшит ситуацию.

Собранные данные выявили, что в случае если человек работает 55 часов в неделю или больше, риск инсульта повышается на 35%, а инфаркта – на 17% по сравнению с рабочей неделей, состоящей из 35-40 часов. При этом число людей, которым приходится работать больше обычной 40-часовой недели, растёт – и сейчас составляет примерно 9% населения планеты, отмечают в ВОЗ.



он сидел за рабочим столом у себя дома, хотел приступить к работе, но вдруг почувствовал сдавленность в груди и пульсацию в горле и руке. Ему стало трудно дышать. «Я пошёл в спальню, чтобы прилечь. Жена вызвала скорую», – рассказал Фростик. Это был инфаркт. Поправившись, Джонатан решил кардинально пересмотреть свой подход к работе. «Я больше не сижу целыми днями в зуме», – говорит он.

История Фростика нашла отклик у сотен пользователей соцсетей. Многие тоже поделились тем, насколько они загружены на работе, и как это отражается на их состоянии здоровья.

персонала и соблюдения правильного баланса между работой и личной жизнью, – написали в банке и пожелали Фростику скорейшего выздоровления. – В последние годы мы предпринимаем ещё больше усилий в этом направлении. Широкий отклик общественности (на ситуацию Фростика) показал, что люди озабочены, и мы призываем всех ставить во главу угла свои здоровье и благополучие».

Эксперты ВОЗ говорят, что в условиях пандемии те, кто не потерял работу, стали трудиться ещё больше. Это связано с тем, что люди перешли на работу из дома, где можно засидеться за компьютером

чие часы становятся причиной трети всех заболеваний, связанных с условиями труда.

По мнению исследователей, к такому результату приводят две причины. Первая заключается в реакции организма на стресс, вторая – в том, что человек, засиживаясь за работой, начинает больше курить, употреблять нездоровую пищу, меньше двигаться, недосыпать, а в качестве отдыха потребляет больше алкоголя.

По данным Национального бюро статистики Британии, британцы, работающие в период пандемии из дома, в среднем перерабатывают шесть часов в неделю, не получая за них плату. Те, кто продолжает ходить на службу, «дарят» работодателю 3,6 часа в неделю.

ВОЗ призывает работодателей обратить на новый доклад самое пристальное внимание при оценке профессиональных рисков для здоровья своих сотрудников.

Ограничение рабочих часов может быть даже выгодно работодателям, так как в меньший временной промежуток эффективность персонала может возрасти, считает Ф.Пега.

Почему бы и нет?

Всевидающий глаз

Привязанность пользователей смартфонов к своим устройствам порой создаёт угрозы для их безопасности. Так, использование смартфона за рулём грозит ДТП, а пешеходы со смартфонами рискуют попасть под машину или столкнуться с препятствием, если смотрят в экран гаджета на ходу.

Инженер и дизайнер Паенг Мин Ук предложил необычный подход к решению этой проблемы. Он создал прототип третьего глаза – надеваемого на лоб и помогающий избежать препятствий. По центру устройства расположен ультразвуковой датчик, который закрывается полупрозрачным веком. Гаджет работает на основе платы Arduino с гироскопом, который следит за движениями. Благодаря этому датчик активируется только тогда, когда человек наклоняет голову, чтобы посмотреть в смартфон. Одновременно с этим поднимается веко.

В процесс работы датчик устройства фиксирует расстояние до объектов и

предупреждает о возможном столкновении при помощи звукового сигнала.

Напомним, летом прошлого года власти японского города Ямато (пригород Токио) ввели запрет на использование смартфонов пешеходами на улицах и в парках на ходу. Запрет был введён при поддержке населения 240-тысячного города. При этом наказаний за нарушение нового правила не предусмотрено.

Несколько лет назад один из японских операторов изучил, как смартфон может отвлекать пешеходов от окружающей обстановки. Исследование показало, что люди, которые смотрят на экран устройства, теряют 95% поля зрения. Компания также создала алгоритм, симулирующий пересечение самого оживлённого пешеходного перехода в мире, расположенного рядом с токийской станцией Сибуя людьми, которые отвлеклись на смартфон. Симуляция показала, что если переход одновременного будут пересекать 1,5 тыс. человек с гаджетами в руках, то на переходе произойдёт 446 столкновений, а 103 человека будут сбиты с ног.

Ситуация

Полиция Испании задержала 40-летнего жителя города Манакор (остров Мальорка) за то, что он намеренно заразил коронавирусом по меньшей мере 22 человек. Сообщение об этом инциденте появилось на сайте местного полицейского управления.

он кашлял, говорил со всеми подряд и намеренно снимал маску.

«Я собираюсь заразить вас всех коронавирусом», – сообщил о своих намерениях коллегам мужчина.

Уже к вечеру он получил положительный тест на коронавирус, что здорово встрево-

«Я собираюсь
заразить вас всех»

По данным властей, мужчина игнорировал все проявившиеся у него симптомы болезни, а также настойчивые предложения коллег уйти домой. После ПЦР-теста заражённый не стал дожидаться результатов и уже на следующий день пришёл на работу, а также сходил в спортзал.

Даже когда температура у него поднялась до 40 градусов, а коллеги и менеджер компании уже не просили, а требовали, чтобы он ушёл домой, мужчина не выполнил это требование. Помимо этого,

жило коллег. Полиция провела проверку, и выяснилось, что «ковидом» заболели пятеро сотрудников компании, которые, в свою очередь, заразили нескольких своих родственников, в том числе маленьких детей. В спортзале, который часто посещал подозреваемый, напрямую заразились три человека и также передали вирус родным.

Подготовила Инна КАТАРИНА.

По материалам
BBC, Daily Mail, Público.

Врач-пациент

Синонимом слова «врачи» является устойчивое выражение: люди в белых халатах. Поэтому название состоявшейся в Москве фотовыставки «Врачи в халатах» выглядело совершенно обыденным.

Оказалось, на самом деле под-разумевались халаты... домашние. И этот необычный ход дал возможность не только показать достаточно известных (а главное – горячо любимых пациентами) специалистов в неформальной обстановке, но и раскрыть их характеры, взгляды на жизнь и на профессию.

В этом большая заслуга, в первую очередь, организаторов выставки – фонда по борьбе с лейкемией, возглавляемого Анастасией Кафлановой, а также фотохудожника Ольги Павловой и журналиста, писателя, главного редактора «Русфонда» Валерия Панюшкина.

Причём в данном случае, несмотря на то, что это всё же фотовыставка, заслуга журналиста не менее значима. Глубокие, берущие за душу, вызывающие восхищение и уважение размышления героев снимков нужно было суметь преподнести так ярко и чётко, выкристаллизовав главное и подчеркнув индивидуальность каждого. Настолько, что во время чтения этих текстов кажется, будто герои снимков беседуют именно с тобой.

Люди в белых халатах

Внимание и понимание – это улица с двухсторонним движением

невозможно, но те, кто вылечился, первым делом вспоминают, как к ним относились, как с ними разговаривали и как их слушали.

«Невероятно важно разговаривать. Это ключевая штука, – продолжает тему хирург-проктолог, онколог Бадма Башанкаев, судьба которого тоже была предопределена с детства: он родился в День медика в семье врачей. – Если диагноз онкологический, важно не дать человеку испугаться, надо внушить ему, что мы с ним идём вместе, что сделаем всё возможное, что свою часть работы лично я выполняю лучше многих. А если диагноз проктологический, то обязательно надо пациента разговаривать и понять, что привело к болезни».

Онколог Марина Тихонова и в жизни, и на снимках выглядит совсем юной. Фотограф сумела ухватить эту её «девчоночью» сущность, открытость, оптимизм.

«Я лечу подростков и молодых взрослых, – отмечает она. – По сути, своих ровесников. Обычно чуть младше меня, но бывает, что и старше. Мне не нужно придумывать никаких специальных приёмов, чтобы добиться взаимопонимания. Мы и так похожи, будто старые друзья. Я понимаю их страхи и обиды, потому что сама испытываю такие же. Формальные проявления эмпатии (вот эти все «смотреть в глаза», «взять за руку») мне не очень нужны, потому что у нас много неформальных. Мы много времени проводим вместе – они тут летают, я тут работаю. Слушаем примерно одну и ту же музыку, одеваемся примерно одинаково, когда не надо надевать больничное. Я вижу пациентов чаще и

дольше, чем своих институтских друзей. Конечно, это преимущество скоро пройдёт. Но надеюсь, понимание того, как важно разговаривать с пациентом на одном языке, останется навсегда».

«Вообще разговор с пациентами-подростками – самый сложный, – вторит Марине хирург-онколог Наталья Ускова. – Они как будто уже взрослые, но на самом деле ещё совсем дети. Вроде как уже хотят решать сами за себя, но когда им становится страшно или больно, норовят закрыться и переложить ответственность на родителей. Что делать с ними, как установить с ними контакт – очень часто бывает непонятно. И я думаю, хорошо было бы в медицинском институте проводить специальные курсы общения с пациентами, особенно с подростками. Ведь нас этому никто не учит, приобретать опыт приходится уже на работе. Мы перенимаем опыт у старших коллег, это полезно, но, к сожалению, очень несистемно».

Михаил Фоминых пришёл в онкогематологию из военной медицины. И обнаружил, что «пациентами надо не просто командовать, но желательно как-то разговаривать с ними».



М. Тихонова

«Со всеми пациентами я здороваюсь за руку, присаживаюсь на край кровати, смотрю в глаза, переспрашиваю, всё ли им понятно, – говорит он. – Задаю вопросы. Людям важно задавать вопросы. Слушать ответы и опять спрашивать. Без этого не поймёшь, не утонул ли пациент в собственном страхе и отчаянии, слушает ли вообще меня».

Радиотерапевт Екатерина Тимошкина вспоминает: «до третьего курса медицинского института я вообще не видела пациентов. Так тогда было принято. Нас учили анатомии, физиологии, химии, но ничего не рассказывали об общении с живыми людьми. Практика на лечебных кафедрах началась только с четвёртого курса. И тут я заметила, что людям важно делиться не только медицинскими подробностями своей болезни, но и тем, как они пережили те или иные этапы лечения, как им было больно и страшно».

Как и многие другие герои выставки, хирург-эндоскопист, онколог Светлана Подлипаева с выбором профессии определилась в детстве, когда её бабушке ошибочно поставили диагноз «онкология», что стало невероятным стрессом для всей семьи.

«Я поступала в медицинский институт с желанием не просто лечить людей, но ещё и разговаривать с теми, кого лечу. Объяснять им свои действия, спрашивать согласия, добиваться понимания и сотрудничества. Потому что успех лечения напрямую зависит от того, хорошо ли пациент понял меня и осознаёт ли важность моих предписаний».

Онколог Михаил Ласков тоже размышляет об умении общаться с пациентами, понимать их и им сочувствовать. Причём это не умозрительный разговор: Михаил даже посещал специальные занятия.

«В медицинском институте нас учили анатомии, физиологии, разным специальностям, но не учили эмпатии. Разговору с пациентом и сочувствию не принято было учить. Да и сейчас нет такого курса. Считается, что эмпатия – это врождённое качество, но я за годы

работы понял, что его можно развивать и научиться проявлять», – утверждает он.

Михаил убеждён: «даже когда пациент говорит что-нибудь явно антинаучное, например о знахарях и травниках, его надо слушать, потому что всегда находится какое-то важное обстоятельство, заставившее его обратиться к целителям, а не к нам. Что-то же дал ему этот травник, чего не смогли дать мы. Надежду? Внимание? Ожидание чуда? Вот это и надо выяснить, потому что чудес в современной медицине не меньше! И если пациенту удобнее говорить о своём лечении в категориях чудес, то почему бы и нет?».

А следующее заявление и вовсе может показаться неожиданным: «Я никогда не мешаю пациентам обращаться к шаманам и знахарям, если это не препятствует

лечению, и если те не требуют отказаться от химиотерапии. Если знахарство вредит, то тут, конечно, сложнее. Я пытаюсь понять, почему пациент выбрал это, ищу способы его переубедить. Если уж не получается, я отступаю. Как правило, важнее сохранить с пациентом контакт, чем настоять на своей правоте».

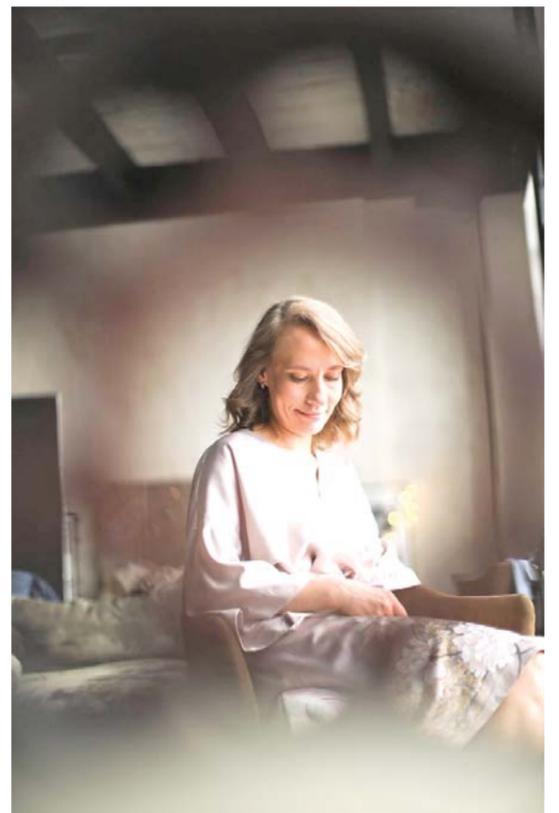
Конечно же, при обсуждении темы диалога врача и пациента не обошлось без упоминания эмоционального выгорания. Бурные споры о том, где та грань, за которой эмпатия начинает работать против врача, развернулись во время пресс-конференции в день открытия выставки, но вопрос так и остался открытым. Поскольку, как верно заметил онкогематолог Алексей Винокуров, «сочувствие пациенту и эмоциональное выгорание находятся где-то рядом. Одни способны найти в себе силы на каждодневное сопереживание, а другие, поработав несколько лет, перестают сочувствовать, выгорают, с ними происходит какая-то профессиональная деформация... Очерствение – это серьёзная проблема, про которую можно писать диссертации по психологии».

Как понять, сможешь ли ты сохранить свою чувствительность и

не сойти с ума, я не знаю. Мне кажется, это вопрос выбора. Выбирая профессию врача, человек должен спросить себя, а сможет ли он день за днём встречаться с болью и смертью – и при этом не быть к ним равнодушным? Наверное, если знаешь, что рано или поздно станешь чёрствым, то в профессию идти нельзя. Но как узнать заранее?»

А онколог, химиотерапевт Алексей Илюхов признаётся, что выработал собственный стиль общения с пациентами.

«Я не помню, где этому научился. Не помню, чтобы какой-то старший коллега объяснял мне, почему все решения следует принимать и проговаривать вместе с пациентом. Но я знаю, что если принять решение за пациента, если просто предписать ему те или иные действия, то он, вероятно, не станет исполнять наши предписания. Забудет принимать лекарства, сам себе переменит дозировку, послушает родственника, который ни с того ни с сего решит, что лечиться вообще не надо или надо, но не так, как говорят врачи. Или же будет менее вовлечён в процесс, более напуган и растерян, следовательно, результаты лечения окажутся хуже. Это естественно. И это, кстати, относится не только к медицине. Вообще в жизни надо проявлять больше сочувствия друг к другу – она от этого становится лучше».

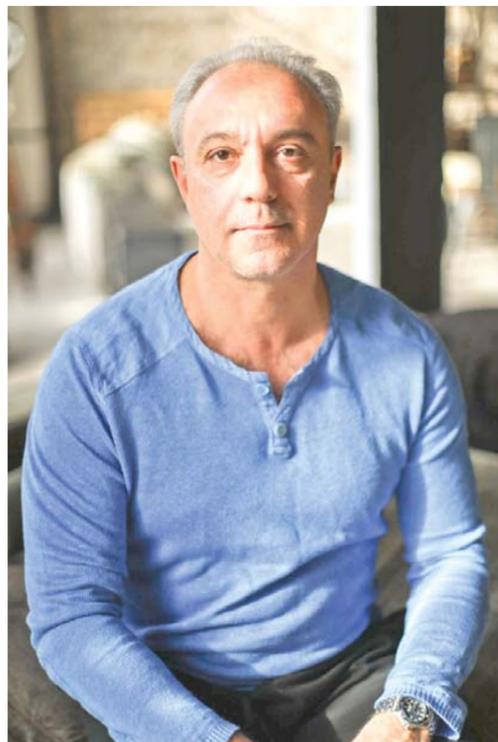


Н. Ускова

Последнее утверждение, пожалуй, можно назвать одним из самых важных. Поскольку внимание и понимание – это всегда «улица с двухсторонним движением». И если врач вкладывает в пациента не только свои знания и умения, но ещё и беспокойство, неравнодушие, – он получает и профессиональный результат, и человеческую отдачу. Именно слова: «Спасибо, доктор!» не позволяют считать работу медика рутинным делом.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.



А. Масчан

«Я с шести лет знал, что стану врачом. В семье никогда не обсуждалось, кем я стану, когда вырасту, говорили только о том, каким именно врачом я буду. Представления о профессии у меня сводились к одной картинке: я видел себя в белом халате. Этим мои мечты и ограничивались, – рассказывает онкогематолог Алексей Масчан. Он вспоминает, как тяжело было осознавать, что не можешь помочь ребёнку, когда терапии рака крови практически не существовало.

«Когда рак крови научились лечить, стало очень важно оберегать психику ребёнка и его родителей, при этом не уходя далеко от правды. Не вываливать одним махом весь свой авторитет и объём знаний, а выбирать, что именно пациент способен воспринять в данный момент. Важно не опускать глаза, не произносить заученные конструкции, а говорить от сердца. Для первого разговора достаточно, чтобы пациент понял, что он болен, что надо лечиться и что у нас есть всё необходимое, чтобы сделать для него всё возможное».

А. Масчан убеждён: «И хотя объективными методами зафиксировать пользу эмпатии, кажется,

1980 г. – год летней Олимпиады в Москве. Второкурсник Второго столичного Меда Юрка Кубанин деятельно готовился к зимним каникулам. Предстояла недельная поездка на малую родину – ставропольщину, где жила вся большая кровная родня. Да и не кровная, после недавней женитьбы младшего брата. Сам Юра был давно и прочно, сразу после дембеля, женат, жил с супругой и сыном у её родителей в областном подмосковном городе. Мотался «на перекладных» каждый день по институтским кафедрам и клиникам, по полтора часа в один конец. И это, считай, побожески. Всех иногородних ещё на этапе абитуриентства честно предупреждали: общежития до окончания игр отданы под размещение гостей, ремонтируются к их приезду, крутятся, как хотите. Крутились, куда деваться. Другок – Женька Ляшенко – из своего Наро-Фоминска только до Киевского вокзала по два часа добирался. Пока встанешь, то да сё, автобус до пригородной платформы, дрема в электричке...

Сборы в долгожданную поездку, как водится, не обошлись без звонка матери – что в гостинице привезти, кроме традиционно-знаменитых столичных конфет? Вопрос не праздный. В стране уже всюю гуляла загадка для взрослых: что такое – длинная зелёная, с красной полосой, и пахнет колбасой? Ответ был известен и детям: электричка Москва – Тула. Если ребёнок – туляк, разумеется. Сами догадайтесь, что за разгадку называли, скажем, калужане.

В преддверии международного события страна трамбовала закроба, чтобы не ударить перед гостями в грязь лицом. Ощущались, и чем ближе к событию, тем сильнее, перебой со снабжением и на благообитном юге державы, несмотря на всю его развитую аграрность и статус житницы России.

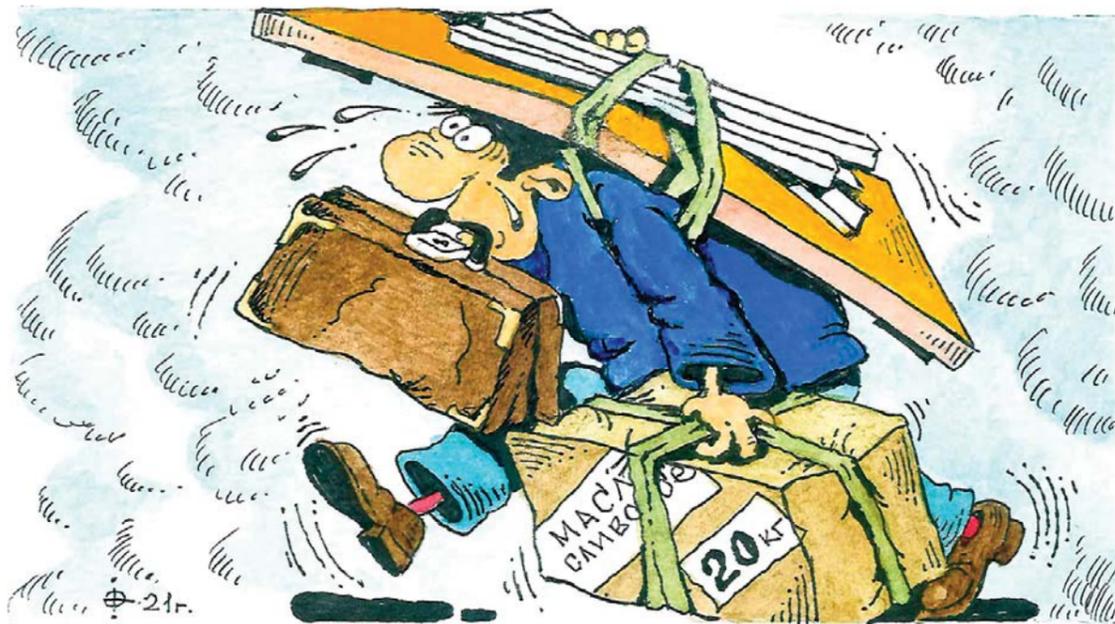
Поэтому, просьба матери – привезти побольше сливочного масла, Юрку не удивила. Сколько? Побольше, чтобы всем хотя бы по полкило досталось.

Легко сказать, по полкило. В Москве забегаешь по магазину, добывая в каждом по куску в руки. Да и то, кусок куску рознь выходил. Кому триста граммов продавщица отхватит, кому – четырёхста. Складывай их потом штабелями в промасленной бумаге. «Пачковое», стандартной двухсотграммовой фасовки вообще уходило влёт.

Проблему пришлось решать с помощью так называемого блата. Во многих советских фильмах («По семейным обстоятельствам», «Мимино», к примеру, и конечно в классике жанра: «Ты – мне, я – тебе») он высмеивался, как уродливое явление современности. Дескать, «кое-где... у нас порой...». На самом деле, блат существовал повсеместно на всех уровнях. Только калибр дефицитных благ,

А ещё был случай

Стол с маслом



добываемых через «связи», варьировался сообразно социальным калибрам сторон.

В общем, как шутил тогдашний народный кумир-сатирик Аркадий Райкин, «через завсклад, через товаровед...», удалось разжиться (с божеской переплатой) целым брикетом сливочного масла, в заводской прямоугольной коробке плотного картона. Одним куском. Всем достанется, и не по полкило. Удача, так удача.

Второй заказ матери был проще в исполнении. Кухонный раздвижной стол. Положа руку на сердце, Юрка попытался поспортиваться. Переть из Москвы громоздкий предмет мебели? Неужели дома настолько всё тотально в дефиците? Не настолько. С «книжками» нет проблем. Но такого стола, как хочется, нет. Деваться некуда – мама.

Стол, с отвинченными ножками, перевязали багажными брезентовыми ремнями, тяжело, но подъёмно. Коробку с маслом крест-накрест перехватили бельевой верёвкой. Третье «место» – портфель с исподним и суточным пайком, считай, пушинка.

Носильщик на стоянке такси Курского вокзала споро погрузил всё на тележку, покотил к вагону. Повезло, поезд подавался на главный, первый перрон, обойдётся без лифтов, подземных переходов. Настроение прекрасное, всё складывается, впереди каникулы...

Вдруг, откуда-то сбоку требовательный голос: «Остановитесь!»

Юрка даже не сразу сообразил, что это – ему. Точнее, им с носильщиком. И, судя по тому, как беспрекословно подчинился последний, невзрачный человек в «гражданке», отдавший при-

каз, был на вокзале лицом не случайным.

– Ваши вещи? – спросил человек, не представившись.

– Мои, – сказал Юрка, поняв, что проще скорее ответить, чем «качать права». Поезд уже стоял у платформы.

– Что в коробке?

– Масло. Сливочное. На ней же написано.

– Сколько?

– Двадцать килограммов, написано же.

Человек мельком предъявил красное удостоверение с фото в милицмейской форме.

– Кати в дежурку, – велел носильщику.

В маленькой полутёмной камерке, в торце здания, стоял лишь обшарпанный стол с телефоном. Носильщик занёс Юркины вещи.

– Свободен. Больше не понадобись, – сказал человек носильщику.

У Юрки упало сердце. Называется – приехали. Машинально глянул на часы, до отправления поезда оставалась пятнадцать минут.

Человек сел на край конторского стола, покрутил диск телефона.

– Товарищ капитан? Здравия желаю! Сержант Барсуков. Я тут, похоже, спекулянта отловил. Двадцать кило сливочного масла. Оформлять будете?

Под демисезонным пальто Юрку прошиб пот. Он зримо представил себе, как в ходе дознания придётся «сдавать подельников» (и первым делом, шурина – экспедитора столичного хлебозавода – непосредственного «добытчика» вождельного товара). Лихорадочно мысленно калькулировал – сколько могут «впаять» за косвенное участие в хищении социалистической собственнос-

ти. Со спекулятивными целями (а какими же ещё!), да ещё в составе организованной преступной группы. Условно дадут или как? Из института, точняк, выпрут. Порадовал родню гостинцем. Что б коробку хотя б газетами закутать! Крепинушка.

Тем временем, телефонный разговор продолжался:

– В заводской таре. Да нет, не прятал, открыто вёз. Кто таков? Юрка сказал.

– Студент-медик. Второй курс Второго Меда. Куда едет? По билету, в Невинномысск. Говорит, где-то рядом с Минводами. Зачем столько масла? Говорит, родня большая. На гостинцы, подарки...

Юрка ещё раз глянул на часы. Десять минут. Полная безнадёга.

– Что ещё везёт? – сержант ухмыльнулся. – Стол, товарищ капитан. Какой стол? Обыкновенный. Кухонный. Раздвижной такой. Да, больше ничего. Два багажных места. Портфель ещё, с личными вещами...

На какое-то время диалог прервался. По всему, на том конце провода дивились такому странному набору «контрабанды». Больно несоместимые по ассортименту предметы для теневых товарно-финансовых схем. Не тянул студент на мажорного барыгу.

Очевидно, всё же милицмейские капитаны понимали в жизни больше сержантов. За что им огромное спасибо.

– Понял, товарищ капитан. Есть! – сержант Барсуков положил трубку. – Ну, вот что, гражданин Кубанин... Езжайте... Пока что...

Милиционер, многозначительно постукивая Юркиным паспортом с вложенным в него билетом по своей левой ладони, потянул мхатовскую паузу...

– Но имейте в виду, сообщим по месту вашего следования. Там разберутся!..

Вернул, наконец, документы. Пять минут до отхода поезда!

Искать нового носильщика с тележкой было бессмысленно. «На честном слове и на одном крыле», как поётся в одной военной песне, коротким перебежками Юрка дотащил багаж до вагона, забросил в тамбур. Самому, мокрому насквозь, садиться пришлось уже на ходу. Выручил всё же первый, главный перрон.

Сутки в дороге прошли в препакопнейшем настроении. Сегодня многим уже не понять, как это – жить без мобильной связи. В те времена можно было лишь дать телеграмму из купе бригадира поезда. Но делать этого не хотелось. Что объяснишь в двух словах в телеграмме? Что тебя, весьма вероятно, будет встречать и милиция... Вперемешку с роднёй. Какие уж тут каникулы. Какое настроение...

Мысли металась в поиске лазеек из неприятной ситуации. Может, выбросить «криминальное масло» к чертям собачьим? Ночью, тайком, на каком-нибудь длинном перегоне. Всю коробку. К столу – какие у кого могут быть претензии? Гори оно всё синим пламенем!

Нет, разум подсказывал – это не выход. Проводница, возьми её в оборот борцы с преступностью, никаких не имеет резонных хулугов выгораживать. Без раздумий подтвердит: «С маслом сядил гражданин, с маслом»...

Поезд медленно заходил на станцию, проводник открыл дверь вагона, выжидая полной остановки. Юрка в тоске выглядывал из-за её плеча, выискивая мать среди немногочисленных встречающихся, и синие околыши милицмейских фуражек. Или они тоже будут «по гражданке»? Поди, угадай их! А то, возьмут сзади тихо под локоток...

Обошлось. На понт, как оказалось, взял сержант Барсуков. Наверное, чтобы лично себя не уронить в глазах задержанного.

Это сейчас – правозащитники, адвокаты, гражданские права и свободы, прочая терминология. А тогда... Ну, да дело прошлое.

Как бы то ни было, в каждый приезд после всех этих событий к матери в гости, Юрке доводилось сиживать за знакомым кухонным столом. И каждый раз, погладив незаметно для всех мебельку по полированной ножке, мысленно благодарил: «Спасибо, приятель! От статьи отвёл».

Хорошо, хоть масла досталось всем. От души!

Юрий СУПРУНОВ.

Новосибирск.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора, редактор сайта), Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – А.ПАПЫРИН.

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.

Е-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
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 № 1154

Тираж 14 370 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.