

Медицинская

21 августа 2019 г.
среда
№ 32 (7899)

Газета®

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

Эхо трагедии

Первыми пришли на помощь

Кубанские медики спасли пострадавших в автокатастрофе



Более 200 медицинских работников Кубани участвовали в операции по спасению жизней, пострадавших в дорожно-транспортном происшествии под Новороссийском. Недавно на Черноморском побережье произошло крупное дорожно-транспортное происшествие с участием экскурсионного автобуса и кроссовера.

«В оказании помощи были задействованы 30 бригад скорой помощи из Новороссийска и соседних районов. Краевые врачи, главные внештатные специалисты, в том числе детские, консультировали и продолжают консультировать паци-

В сложной ситуации бригады действовали слаженно

ентов, – сообщил министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов.

Все ресурсы городской больницы были мобилизованы в первые 12 минут после происшествия.

«В приёмном отделении работали сразу три смены медицинских работников, которые оформляли пострадавших, выполняли лабораторные и диагностические исследования, сортировали по тяжести состояния и распределяли по отделениям. К работе одновременно были подключены несколько бригад квалифицированных

специалистов и задействованы 13 операционных, – отметила заместитель главного врача городской больницы № 1 Новороссийска по медицинской части Валерия Лосева.

Сегодня большинство людей уже выписаны, а в ведущей краевой больнице врачи продолжают делать всё для того, чтобы как можно скорее вернуть оставшихся на лечении четырёх пациентов к привычной жизни.

Александр БРУСЕНЦОВ,
внешт. корр. «МГ».

Краснодар.

Официально

Взаимодействие федеральных государственных медицинских учреждений с волонтерами регламентирует приказ Министерства здравоохранения РФ № 96н от 26.02.2019, который зарегистрирован 15 июля Министерством юстиции РФ и, соответственно, вступил в силу.

В связке с волонтерами

Согласно приказу, опубликованному на официальном интернет-портале правовой информации, оказывающие медпомощь учреждения обязаны размещать на своих сайтах информацию о готовности взаимодействия с волонтерами и об имеющихся потребностях в содействии. Об осуществлении волонтерской деятельности необходимо поставить в известность пациентов, разместив сведения об этом в общедоступных

местах, обозначив права и обязанности волонтеров.

Организации, курирующие волонтеров, должны предоставить медучреждению, с которым намерены взаимодействовать добровольцы, списки с указанием их ФИО, даты рождения и данные документов, удостоверяющих личность. В случае если волонтер намерен выполнять медицинские вмешательства, к общему набору сведений необходимо приложить

СНИЛС, копии документов, подтверждающих наличие медицинского образования, либо справку, выданную образовательной организацией, в которой обучается волонтер.

Добровольческая организация должна представить в медучреждение проект соглашения о взаимодействии и направления. Руководство учреждения либо подписывает его, либо направляет волонтерской организации свои замечания и предложения.

Волонтерская деятельность в медучреждениях осуществляется в нашей стране в соответствии со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах здоровья граждан в Российской Федерации».

Анастасия ЩЕГЛОВА,
внешт. корр. «МГ».



Михаил АНДРОЧНИКОВ,
заместитель председателя
Профсоюза работников
здравоохранения РФ:

Если паритет в заработных платах медицинским работникам за одинаковый труд государством, как работодателем, не обеспечивается, значит, государственные финансовые структуры здравоохранения не решают возложенных на них задач.

Стр. 4

Наталья СИРОТА,
декан факультета клинической
психологии Московского
государственного
медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова,
профессор:

Если мы позволим тревоге или депрессии захватить больного, то усилия, которые приложили врачи к его лечению, очень скоро окажутся напрасными.

Стр. 10



Алексей ШЕСТАКОВ,
заведующий хирургическим
отделением № 1 Российского
научного центра хирургии
им. Б.В.Петровского,
доктор медицинских наук:

Без видеоэндоскопических методик программа Fast Track, с моей точки зрения, если и не бессмысленна, то уж точно малоэффективна. Ускоренная реабилитация не работает в открытой хирургии.

Стр. 11

Ориентиры

Онкология отступает

Разработанная директором Школы радикальной тазовой хирургии (Лейпциг, Германия) Михаэлем Хёкелем методика лечения рака шейки матки позволяет излечить это онкологическое заболевание в 95% случаев. Представив её на международной научно-практической конференции в Костромском онкологическом диспансере, немецкий профессор прооперировал 30-летнюю костромскую пациентку.

Операция длилась около четырёх часов и транслировалась в конференц-зале медучреждения. В течение всего этого времени доктор Хёкель подробно комментировал каждый шаг своих действий за операционным столом для коллег – 38 участников конференции из разных городов страны.

Посвящённая новейшим методикам лечения рака шейки матки конференция работала в Костроме два дня. В первый день профессор Хёкель провёл семинар, на котором поделился своим методом лечения этого заболевания, а на следующий день вместе с коллегой – профессором кафедры онкогинекологии Лейпцигского медицинского университета Бахрием Актасом – провёл операцию мастер-класс для

российских онкологов. Основанная на созданной учёным теории методика доктора Хёкеля позволяет не проводить после оперативного вмешательства по поводу рака шейки матки ни лучевую, ни химиотерапию.

В Костромской области, по сообщению главного врача онкодиспансера Владимира Унгурия, за прошлый год было выявлено около 90 случаев рака шейки матки. Треть из них – на ранней стадии заболевания. «Только на ранних стадиях мы можем добиться полного хирургического радикализма и добиться излечения», – говорит В.Унгурия.

Борьбе с онкологическими заболеваниями в области уделяется особенно пристальное внимание.

Обмен передовым опытом в рамках нацпроекта «Здравоохранение» в регионе будет продолжен. Осенью в Кострому приедут специалисты Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена. Они проведут мастер-классы по удалению опухолей желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей.

Константин ШАРЬИН,
МИА Сито!

Костромская область.

Новости

В добрый путь

В Пятигорском медико-фармацевтическом институте – филиале Волгоградского государственного медицинского университета состоялся первый выпуск ординаторов по трём фармспециальностям: «Фармацевтическая технология», «Управление и экономика фармации», «Фармацевтическая химия и фармакогнозия». Свои дипломы получили 11 выпускников.

«Мы создаём все условия, чтобы наши выпускники могли постоянно повышать квалификацию и выстраивать свою карьеру в соответствии с современными запросами системы здравоохранения, фармацевтической и медицинской промышленности, а также с личными приоритетами», – отметил директор института Всеволод Аджиенко.

Подготовку кадров высшей квалификации по программам ординатуры для российской фармации – явление новое. Медико-фармацевтический институт вошёл в число «первопроходцев». Среди тех, кто в 2017 г. решил продолжить учёбу и получить диплом провизора, – много выпускников института, но есть и представители других вузов.

Анна СТЕПКО.

Пятигорск.

Иммунизация добралась до сельской глубинки

В Чеченской Республике стартовал первый тур «подчищающей» иммунизации против полиомиелита в соответствии с постановлением главного государственного санитарного врача по республике № 3 от 28.06.2019 «О проведении подчищающей иммунизации против полиомиелита и введения ограничительных мероприятий в детских образовательных организациях».

В рамках этого мероприятия сотрудники Минздрава республики посетили Шалинскую центральную районную больницу и приняли участие в совещании администрации Шалинского муниципального района по вопросам улучшения показателей охвата профилактическими прививками против полиомиелита детей. По итогам двух дней в районе привито более 100 детей, своевременно не получивших прививки против полиомиелита.

Вакцинация проводится бесплатно всем детям, проживающим на территории республики, а также тем, кто прибыл из неблагополучных по полиомиелиту территорий, вынужденным переселенцам, кочующим группам населения. «Подчищающая» иммунизация продлится до конца сентября.

Роман МАЙСКИЙ.

Чеченская Республика.

Главные врачи осваивают бережливые технологии

На Ставрополье активно внедряется новая модель медицинской организации, ориентированной на пациента. Эта модель предусматривает устранение потерь и сокращение затрат в цепочке «пациент – врач». Предполагается, что со временем поликлиники избавятся от очередей в регистратуре и у кабинета врача, зона ожидания станет более комфортной, а врач сможет в полной мере заниматься пациентом, не отвлекаясь на документацию. Практически все поликлиники края приступили к её реализации.

Учёба главных врачей проходит в Методическом центре по обучению основам бережливого производства в сфере охраны здоровья, открытого на базе Ставропольского государственного медицинского университета.

Обучение проходит по программам «Базовые инструменты бережливого производства», «Методология достижения критериев новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь», «Льготное лекарственное обеспечение» и др., нацеленным на выработку навыков практического использования инструментов бережливого производства.

В рамках проекта предусмотрены также выездные обучающие циклы с применением деловых игр и кейс-технологий.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Внимание – детям!

В Благовещенском районе состоялось торжественное открытие обновлённой детской поликлиники центральной районной больницы, в котором приняла участие заместитель председателя правительства Алтайского края Ирина Долгова.

Для населения района детская поликлиника – важный социальный объект, поскольку здесь обслуживается почти 6,5 тыс. маленьких пациентов. На проведение работ было потрачено более 4 млн руб. из краевого бюджета и около 2 млн – из бюджета больницы. Маленькие пациенты будут обследоваться и лечиться с помощью современного оборудования. В больнице появились дефибриллятор, рефрактометр, аппарат ЭКГ, тонометр для измерения внутриглазного давления, щелевая лампа, небулайзер, электроотсос. При отделении организована «Открытая регистратура».

Ремонт поликлиники был проведён в рамках регионального проекта «Развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям», который входит в нацпроект «Здравоохранение». Одна из задач этого проекта – привести в соответствие с современными требованиями все детские поликлиники и поликлинические отделения края.

Елена ОСТАПОВА.

Барнаул.

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

Работают мастера

Пиелопластика новорождённому

Врачи областной детской клинической больницы № 1 (Екатеринбург) впервые в своей хирургической практике и впервые на территории Уральского федерального округа провели новорождённому лапароскопическую пиелопластику на стенте по поводу врождённого порока развития почки.

Наличие данного порока и необходимость его хирургической коррекции были установлены ещё на этапе внутриутробного развития. Согласно системе маршрутизации на территории области, пациентка из Краснотурьинска была направлена на родоразрешение в областной перинатальный центр.

Здесь было принято решение провести новорождённому оперативное вмешательство лапароскопически. Его выполнил заведующий хирургическим отделением № 2 заслуженный врач РФ Владислав Чудаков. На момент операции ребёнку было 17 дней, и весил он всего 3 кг.

«Лапароскопические операции по поводу патологии почек у детей раннего возраста и старше в больнице начали проводить с 2016 г.



В ходе эндоскопического вмешательства

На сегодняшний день около 50% всех операций в детской хирургии здесь проводятся эндоскопически. Их преимущества – минимальная потребность в обезболивании, хороший косметический эффект, сокращение госпитального этапа реабилитации. С приобретением необходимой аппаратуры мы развиваем данное направление и в неонатальной хирургии», – отметил В.Чудаков.

Операция длилась 3 часа, а уже через два после неё ребёнок был возвращён маме, начато кормление грудным молоком.

На следующий день малыш полностью восстановился, и обезбоживание ему больше не потребовалось.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

Профилактика

Каникулы с пользой

В загородных детских здравницах Прииртышья продолжается акция «Летний лагерь – территория здоровья».

Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение распространения наркомании среди подрастающего поколения и выработку ценностных ориентаций на здоровый образ жизни, стартовали ещё в июне, с началом первых выездов детей в загородные лагеря и лагеря дневного пребывания.

К участию в акции привлечены специалисты Областного центра медицинской профилактики, Регионального молодежного центра, Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, наркологического диспансера, Управления по контролю за оборотом наркотиков УМВД России по Омской области.

Специалисты профильных ведомств рассказывают ребятишкам, отдыхающим в лагерях, о

вреде наркотиков, об уголовной ответственности за незаконный оборот наркотических и психотропных веществ, о том, как противостоять влиянию сверстников, навязывающих вредные привычки.

Активно участвуют в акции «Летний лагерь – территория здоровья» представители педагогического отряда «Маяк», которые работают с ребятишками в лагере.

– Мне интересна эта тема, так как в современной жизни мы часто сталкиваемся с этой проблемой. А благодаря данной акции мы будем знать, чем грозят такие привычки и куда обращаться в случае, если над тобой или твоими близкими нависла угроза наркомании, – поделилась участница акции Дарья Чукреева.

В рамках плановых и внеплановых проверок проведены обследования всех функционирующих загородных детских оздоровительных учреждений (100%) и 238 лагерей с дневным пребыванием детей. Проводились лабораторные

исследования питьевой воды, почвы, готовых блюд – на калорийность, на содержание витамина С, качества продовольственного сырья.

Во время проверок работы первой смены Управлением Роспотребнадзора были выявлены нарушения обязательных требований санитарного законодательства в 134 летних оздоровительных учреждениях, приняты меры административного воздействия и составлено 138 протоколов. По предварительной оценке, сообщили в пресс-службе ведомства, выраженный оздоровительный эффект отмечался у 92% детей, слабый эффект – у 6%, отсутствовал оздоровительный эффект лишь у 2%. Сотрудники Роспотребнадзора по области продолжают выезжать за проверки в детские оздоровительные лагеря.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Начало

Первые ласточки

В Калининградской области впервые состоялся выпуск ординаторов-дерматовенерологов медицинского института Балтийского федерального университета им. Иммануила Канта. По результатам Государственной итоговой аттестации сертификаты получили пять выпускников, все с высшим аттестационным баллом «отлично».

Поздравляя дипломированных дерматовенерологов на рабочем совещании, главный врач Центра специализированных видов медицинской помощи Калининградской области Юрий Букин пожелал им

плодотворной работы и успехов во всех начинаниях. За два года, проведённые в ординатуре, молодые доктора уже зарекомендовали себя как грамотные специалисты, овладевшие самыми современными навыками в диагностике и лечении пациентов.

«Каждая из вас прошла трудный путь постижения профессии во всех подразделениях нашего центра, – подчеркнул Ю.Букин. – Пожелаем нашим первым ласточкам с гордостью носить звание врача-дерматовенеролога и помогать пациентам в их лечении. Статус ординаторов-первопроходцев в специальности среди выпускников

мединститута накладывает на вас особую ответственность – быть лучшими, чтобы мы вами гордились».

Для трудоустройства выпускникам ординатуры были предложены должности в медицинских организациях муниципалитетов, в которых нет врачей-дерматовенерологов.

В последние годы среди студентов-медиков университета возрос интерес к дерматовенерологии. Впервые в истории области в медицинском институте на базе центра с июня этого года открыта самостоятельная кафедра дерматовенерологии и косметологии, где будет формироваться местная школа врачей-дерматовенерологов и восполняться кадры лечебных учреждений.

Ирина СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Ситуация

Разложить по полочкам

Проблема с нехваткой препарата ламивудин для ВИЧ-инфицированных обостряется с каждым днём. Как заявил эксперт ОНФ, руководитель Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАН Вадим Покровский надо увеличить бюджет на закупку таких лекарств и создать федеральный резерв препаратов, чтобы при нехватке передавать их в те или иные регионы.

Аукционы на закупку одного из основных препаратов для ВИЧ-инфицированных – ламивудина – в третий раз были объявлены несостоявшимися. Поставщики снова не вышли на торги из-за низких цен, установленных Минздравом. Тем временем в ряде регионов запасы препарата на исходе.

В.Покровский пояснил, что в этом году, согласно новым правилам закупки препаратов на аукционах, Минздрав должен выставить

минимальную цену. Однако фармацевтические компании решили, что эта цена ниже, чем их затраты на производство, доставку и т.д. Теперь закупки и поставки отложены, судя по всему, до четвёртого аукциона, где единственный вариант для Минздрава – повысить цену препарата.

Даже если проведут четвёртый аукцион, фирмам понадобится какое-то время, чтобы произвести и поставить препарат, заявил В.Покровский. На всё это уйдёт несколько месяцев, а проблема обостряется с каждым днём. В некоторых регионах ламивудин уже заканчивается.

С одной стороны, Минздрав вёл правильную политику, когда выставлял цены на препараты всё ниже, и это позволяло закупать за те же деньги больше лекарств, а значит, больше людей получало лечение.

«С другой стороны, на примере препарата ламивудин мы видим, что эта тактика исчерпала себя, на

будущий год надо планировать увеличение бюджета на закупку препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, потому что это может повториться и с другими препаратами. На случай таких непредвиденных ситуаций было бы разумно создать федеральный резерв препаратов и при нехватке передавать их в те или иные регионы», – резюмировал он.

Общероссийский народный фронт поддержал обеспокоенность В.Покровского, однако предлагает убедиться, что это не сговор фармацевтических компаний. Необходимо понять, сколько стоят препараты при производстве, каковы накладные расходы, за какую цену фирмы продают этот препарат в другие страны, какую наценку они устанавливают в России и сколько на этом зарабатывают. Народный фронт готов опубликовать эти данные и сравнить предлагаемую производителями цену с ценой, предлагаемой Минздравом России.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сити!

Проблемы

Неверная трактовка

Минздрав России отдельно разбирается с каждым случаем срыва госзакупок жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), при этом считает их причиной неверную трактовку заказчиками действующего законодательства.

Так в министерстве пояснили причину срывов госзакупок жизненно важных лекарств, которые приобрели масштабный характер: в первой половине 2019 г. число несостоявшихся аукционов увеличилось вдвое, до 60,8 тыс.

«В целях корректного применения методов расчёта начальной максимальной цены контракта и

недопущения увеличения количества несостоявшихся аукционов Минздравом России были проведены переговоры с производителями и поставщиками лекарственных препаратов, неоднократные видеоселекторные совещания с руководителями органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья, в том числе по вопросу определения НМЦК.

Каждый отдельный случай срыва государственных закупок лекарственных препаратов на уровне субъекта РФ тщательно разбирается», – говорится в сообщении Министерства здравоохранения.

В пресс-службе отмечают, что Минздравом были даны разъяснения для заказчиков и поставщиков по вопросу использования цен, переход на которые в 2019 г. осуществляется поэтапно, но заказчики при определении цены зачастую использовали справочные значения.

«Неверное толкование заказчиками норм законодательства в сфере закупок, в том числе лекарственных препаратов, приводит к увеличению количества несостоявшихся аукционов на закупку лекарственных препаратов в субъектах РФ», – добавляют в министерстве.

Ирина АНДРЕЕВА.
МИА Сити!

Перспективы

В ожидании целительных лучей

Потребность в них остаётся очень высокой

Онкологическая статистка не радует: согласно последним данным, средний рост впервые в жизни выявленных злокачественных образований составил 1,2% по сравнению с 2017 г. Всего в 2018 г. на территории Москвы и Московской области взято на учёт с установленным впервые в жизни диагнозом злокачественных новообразований более 66 тыс. пациентов. Специалисты считают, что не менее 50% из них нуждаются в лечении с помощью лучевой терапии. Это один из трёх главных методов лечения пациентов с онкологическими заболеваниями, который заключается в воздействии на опухоль ионизирующим излучением.

«Современные методики радиотерапии позволяют достичь по ряду локализаций опухоли результаты, сопоставимые с хирургическим лечением, но при этом

с меньшим риском нарушения функций. При этом здоровые ткани благодаря современным технологиям создания и управления пучком ионизирующего излучения получают минимальное и обратимое повреждение или вовсе его не получают», – рассказывает главный врач центра ПЭТ-технологий в Подольске Марина Черных. – И потребность в таком лечении очень высокая».

По её словам, самые эффективные и безопасные способы лечения используются в онкорadiологических центрах в Подмосковье, где в 2018 г. было пролечено 1350 пациентов, причём в рамках обязательного медицинского страхования.

Российским пациентам сегодня доступны и лечение с помощью лучевой терапии с синхронизацией по дыханию, и стереотаксическая радиотерапия, и радиохирургия, и брахитерапия.

Сейчас в Московской области услуги по лечению лучевой терапией оказывают 5 центров, но на ближайшие годы запланировано открытие новых, что связано с уже существующим и растущим спросом на данный вид лечения.

Основными сдерживающими факторами для развития этого направления эксперты называют низкое количество специалистов – врачей-радиологов и радиотерапевтов, устаревший парк оборудования, который на сегодняшний день находится в эксплуатации в онкологических учреждениях.

«Мы надеемся, что вскоре каждый пациент, нуждающийся в лечении онкологического заболевания, в частности с помощью лучевой терапии, сможет получить её, не выезжая из страны», – говорит М.Черных.

Елена ЛЬВОВА.
МИА Сити!

На контроле

Молчать – себе дороже

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) наложила с начала этого года на лечебно-профилактические учреждения около 1,3 млн руб. штрафов за отсутствие информации о бесплатной медицинской помощи.

Медорганизации, согласно действующему законодательству, обязаны предоставлять пациентам информацию о порядке, объёме и условиях оказания медпомощи в соответствии с программой государственных гарантий её бесплатного оказания гражданам. Эта информация должна размещаться на специальных стендах в медицинских организациях и на официальных сайтах учреждений.

«Тем не менее Росздравнадзором в ходе контрольных мероприятий ежегодно выявляются нарушения установленных требований: в ряде организаций информация предоставляется не в полном объёме, а в некоторых отсутствует полностью», – сообщает пресс-служба ведомства. – Так, более 300 медучреждений, где пациентов лишили права знать о возможности получения бесплатной медпомощи, были оштрафованы Росздравнадзором в прошлом году на сумму в 2 млн 595 тыс. руб., а в первом полу-

годии этого года 161 организация оштрафована на 1 млн 272 тыс. руб.».

Росздравнадзор предупреждает медицинские организации об ответственности за несоблюдение установленных требований законодательства, а граждан призывает незамедлительно сообщать об их нарушении.

«Отсутствие доступной информации для граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи является грубым нарушением законодательства, дезинформирует пациентов и косвенно влечёт за собой подмену бесплатных медуслуг на платные, что категорически недопустимо. По поручению министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой Росздравнадзор держит данный вопрос на особом контроле», – говорится в материале пресс-службы.

Молчание, как говорится, – золото, но молчать, когда речь идёт о бесплатной медицинской помощи, выходит дороже.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сити!

Криминал

Взялись за начальников?



Главным Следственным управлением Следственного комитета РФ по Северо-Кавказскому федеральному округу завершено расследование уголовного дела в отношении бывшего заместителя начальника госпиталя медико-санитарной части МВД России по Ставропольскому краю Карэна Гулиева, обвиняемого в совершении преступления, предусмотренного ч. 3 ст. 30, ч. 4 ст. 159 УК РФ (покушение на мошенничество в особо крупном размере).

По версии следствия, 15 марта 2019 г. Гулиев, находясь в своём автомобиле у здания вышеназванного лечебного учреждения, получил от жителя Ставрополя денежные средства. За них им было обещано решить вопрос с получением пострадавшим и его родственником заключения военно-врачебной комиссии, которое должно было подтвердить причин-

но-следственную связь полученных травм с прохождением службы в органах внутренних дел. Вознаграждение за мошеннические действия составило 2,3 млн руб. Но подобных полномочий и возможностей Гулиев не имел. Поэтому и не выполнил обещанное. В результате мошенник (обратившийся) посчитал себя обманутым. Он обратился в правоохранительные органы с требованием восстановить справедливость. Так Гулиев был задержан сотрудниками отдела № 17 («К») Оперативного управления ГУСБ МВД России.

Как сообщает сайт СКР России, следствием собрана достаточная доказательная база. Уголовное дело с утверждённым обвинительным заключением направлено в суд для рассмотрения по существу.

Алексей ПИМШИН.
МИА Сити!

Ставропольский край.

И вчера, и сегодня ориентир ЦК профсоюза – последовательно и настойчиво защищать права и интересы медицинских работников. Работа с властью в конструктивном ключе позволяет осуществлять планы социально-экономического развития медицинской отрасли. А установленные основы правового регулирования в сфере труда ведут к социальной стабильности в медицинском сообществе. Но это не означает, что все вопросы в обеспечении единых подходов при формировании условий и размеров оплаты труда с учётом специфики деятельности решены. Речь об этом идёт на различных совещаниях, конференциях, встречах. Корреспондент «МГ» Галина ПАПЫРИНА попросила заместителя председателя Профсоюза работников здравоохранения РФ Михаила АНДРОЧНИКОВА прокомментировать, какие первоочередные меры нужно предпринять, чтобы не снизился жизненный уровень медиков страны.



уверенностью сказать, что половина средних медработников, работающих в отрасли, имеет «медианный» заработок, который ниже, чем средний по региону, где они живут. На встрече с Т.Голиковой, Президент РФ отметил, что ему известно о том, что работник здравоохранения может получать зарплату на уровне прожиточного минимума.

– Очевидно, что медицинские работники работают на скорой помощи и в отделениях БСМП с большой нагрузкой, если не ска-

ответственного принятия решений является одним из главных факторов профессионального выгорания у медицинских работников. У нас об этом мало задумываются. Врачи, фельдшеры, медсёстры и медбратья, работающие в секторе экстренной помощи, эксплуатируются, что называется, «по полной». Также средняя заработная плата – это работа от 240 до 300 часов в месяц. Многие трудятся в таком режиме годами. Мы считаем, что, прежде чем говорить о вертолётах, летящих по небу, надо решить проблемы тех, кто ходит по земле. Профсоюз поддержит любые начинания и реформы, если медработнику – врачу, фельдшеру, медицинской сестре – будет обеспечено безопасное рабочее место, нормальные условия труда и достойная зарплата.

– Какие льготы имеют работники скорой помощи и отделений больниц, которые оказывают срочную медицинскую помощь больным и пострадавшим?

– Сегодня в территориальные соглашения включают дополнительные выплаты молодым и дефицитным специалистам (где-то – льготная ипотека, где-то – финансирование летней оздоровительной кампании), вносятся земские и т.д. В основном финансируются социальные программы, инициированные федеральным центром. Положения о преференциях распространяются, как правило, на медработников всех учреждений здравоохранения. Скорая помощь отдельно нигде не выделена.

В принципе же необходимы льготы, закрепляющие медицинских работников на местах. Профсоюз считает, что такой льготой может быть государственная гарантия поступления в медицинский вуз детей медицинских работников, работающих на скорой помощи при наличии стажа работы, например не менее 15 лет.

– В последние годы профсоюз занимает позицию конструктивного диалога с властью. Дает ли ожидаемую отдачу работа трёхсторонних комиссий?

– Отдача есть, если наши партнёры готовы к диалогу. В определённом смысле рассмотрение проектов актов исполнительной власти на трёхсторонних комиссиях – это страховка от непродуманных решений. Сейчас территории подталкивают к объединению станций скорой помощи и центров медицины катастроф. В результате и работник скорой помощи, и центра медицины катастроф в новом юридическом лице утрачивают право на досрочную пенсию. В Уфе уже есть «пострадавшие», которым территориальное отделение Пенсионного фонда отказало в назначении досрочной пенсии.

– Какие шаги в области законодательного регулирования экстренной медицинской помощи отраслевой профсоюз считает необходимыми осуществить сегодня? Как всё-таки улучшить ситуацию с кадрами, оплатой труда?

– Это должен быть федеральный уровень как в плане законодательного регулирования, так и иного нормативного.

Профсоюз разделяет подходы Минздрава России к совершенствованию системы подготовки кадров, пересмотру образовательных программ, условий допуска специалистов к профессиональной деятельности и оценке их квалификации, к ликвидации кадрового дефицита. Но по-прежнему остро стоят вопросы о достойной оценке труда и социальной поддержке врачей, среднего персонала, работников скорой помощи. Поэтому основная задача отраслевого профсоюза на ближайший период – непосредственное участие в решении этих жизненно важных проблем, что обеспечит престижность медицинского труда.

– Михаил Михайлович, в Волгограде прошло заседание выездного «круглого стола» с участием главных специалистов и других представителей Минздрава России, членов Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, руководителей Волгоградской области, главных врачей медицинских учреждений, на котором вы также принимали участие. Поделитесь деталями прошедшей дискуссии?

– Сегодня глобальная идея – это построение экстренной транспортной логистики под трёхуровневую систему медицинской помощи и, как следствие, объединение с центрами медицины катастроф, централизация диспетчерских служб скорой помощи, широкое использование санитарной авиации и создание медицинских округов, отличных от территориально-административных. Сразу оговорюсь, что не все участники были согласны с таким подходом. Собранным была организована экскурсия в отделение скорой помощи городской клинической больницы скорой медицинской помощи № 25 Волгограда. Спроектированное, построенное как отдельный блок, оно является сегодня единственным реализованным в РФ проектом такого типа. Конечно, затрагивались и правовые, и экономические аспекты экстренной медицинской помощи. Глава Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Д.Морозов сообщил, что комитет рассматривает изменения в законы в части установления презумпции согласия на медицинское вмешательство по факту обращения за скорой помощью. Выступавшие предлагали легализовать в целях безопасности видеofиксацию происшедшего на вызове, делились опытом алгоритмизации работы, собственными подходами к организации взаимодействия экстренных служб. Некоторые выступления и вовсе звучали как сборники предложений по различным аспектам экстренной медицинской помощи. В целом все сообщения и доклады были достаточно информативны.

– Как вы считаете, учитывается ли позиция профсоюза по вопросам, касающимся оплаты труда сотрудников, которые оказывают экстренную медицинскую помощь?

– Что касается заработной платы, наше мнение многократно озвучивалось, и в развёрнутом виде содержится в программных документах профсоюзной организации. Кратко повторю: труд работников, обладающих одинаковым образованием, сходными компетенциями, имеющих один и тот же квалификационный уровень и трудовой стаж, за равное количество рабочих часов должен оплачиваться одинаково. Размер заработной платы врача, фельдшера скорой помощи, например, в Твери, не должен отличаться от зарплаты точно такого же (по кругу полномочий) работника в Ижевске.

Сегодня это не так. Многие работники здравоохранения, располагающие одинаковыми профессиональными и трудовыми условиями, могут получать заработную плату, отличающуюся в полтора, два и даже три раза в ту или иную сторону в зависимости от территории, где они проживают. Именно это обуславливает многие кадровые проблемы и диспропорции, внутреннюю трудовую миграцию.

Наши предложения – это установление отраслевой системы оплаты труда на федеральном уровне

Профсоюз – врачу

Соответствовать своему назначению

Путь к социальной стабильности в медицинском сообществе прокладывает Профсоюз работников здравоохранения России

(Правительством РФ, Минздравом России как по размерам базовых окладов, так и по структуре и размерам компенсационных и стимулирующих выплат), где на субъекты РФ возложены лишь обеспечение и контроль соответствия федеральному стандарту заработной платы на местах. Прежде всего это должно касаться работников экстренных служб и скорой помощи. Выступая на «круглом столе», я напомнил нашим социальным партнёрам о необходимости крайне осторожного подхода к изменению сложившейся сегодня структуры заработной платы на скорой помощи. Единые рекомендации РТК по регулированию социально-трудовых отношений содержат положения об увеличении окладной (жёсткой, обязательной) части заработной платы до 55-60%. При этом подразумевается, что увеличиваться оклад должен не за счёт сокращения компенсационных и стимулирующих (надтарифных) выплат. А именно так часто и происходит. Убирают «ночные» и «стажевые» выплаты. Непродуманные действия медицинских администраций в этом вопросе приводят к затяжным трудовым конфликтам.

Концептуально общая позиция отраслевого профсоюза и предложения не противоречат принятому в здравоохранении страховому типу финансирования. По внутреннему содержанию любая финансовая модель – это прежде всего денежный фонд, который формируется лишь по источникам формирования, механизмам перераспределения, расходования финансового ресурса и контроля. И фонд ОМС, и Фонд социального страхования РФ, и Пенсионный фонд РФ, и бюджеты всех уровней в этом смысле одинаковы. Основным содержанием их деятельности является аллокативная функция – наиболее рациональное размещение дефицитных финансовых ресурсов. Так ли это происходит с деньгами, идущими на здравоохранение? С точки зрения профсоюза – не так. Мы считаем, что если паритет в заработных платах медицинским работникам за одинаковый труд государством как работодателем не обеспечивается, значит, все государственные финансовые структуры здравоохранения не решают возложенных на них задач и не соответствуют целям, ради которых существуют.

О чём говорил Президент РФ В.Путин на встрече с заместителем председателя Правительства РФ Т.Голиковой? Он говорил о суммах, которые предстоит потратить на здравоохранение, то есть наиболее рационально разместить в соответствии с поставленными целями. Далее он обозначил две основные проблемы, которые этому препятствуют, – разрыв между уровнями управления и неисполнение принятых решений. Президент РФ сослался на низкий уровень заработных плат в здравоохранении и

обозначил необходимость с целью привлечения в первичное звено здравоохранения работников, «...предпринять ряд энергичных шагов сейчас и в уровне заработной платы, нужно обязательно поговорить по обеспечению жильём сотрудников здравоохранения, врачей и специалистов, да и среднего медперсонала».

Посылы Президента РФ не отличаются от тех требований, которые выдвигает наш профсоюз в переговорах с Минздравом России, министерствами здравоохранения субъектов Федерации. В июне мы в очередной раз направили свои предложения по совершенствованию оплаты труда и социального пакета для работников здравоохранения Президенту России и министру здравоохранения. Похоже, дело сдвигается с мёртвой точки.

– Как профсоюз оценивает в целом уровень оплаты труда в региональном здравоохранении. Хотелось бы услышать о территориях, выполняющих указ Президента о повышении зарплат, и тех субъектах, которые никак не могут выйти на рекомендованные показатели?

– По итогам прошлого года контрольные показатели повышения среднемесячной заработной платы, не достигнуты в целом по РФ среди всех трёх категорий работников сферы здравоохранения. Аудит Счётной палаты подтвердил это. Так, вместо 200% от среднемесячной заработной платы (трудового дохода) в целом по стране по категории «врачи» этот показатель составил лишь 198%; вместо соотношения 100% к трудовому доходу по категориям «средний медицинский персонал» и «младший медицинский персонал» показатели дошли, соответственно – 97,6 и 90,4%. При этом из 81 субъекта, в которых представлен Профсоюз работников здравоохранения РФ, не достигнуты установленные контрольные показатели: по врачам – в 28 субъектах РФ, по среднему медицинскому персоналу – в 13, по младшему медицинскому персоналу – в 49.

Наш профсоюз много лет говорит о несоответствии публикуемых Росстатом данных реальным зарплатам медработников. Люди смотрят в расчётные листки и видят совсем другие суммы. Более ясное представление о реальных получаемых суммах даёт медианная (математическое понятие) зарплата, выше которой получают 50% работающих. Остальные 50% – ниже. При стандартном расчёте медианная зарплата в РФ на 30% ниже средней, во всех видах деятельности, включая здравоохранение. Контрольный показатель зарплат для фельдшеров и медсестёр – 100% от средней по региону, соотношение среднего медперсонала к врачам в РФ в среднем – 2,5 к одному. Сопоставив эти цифры, можно с

затем с перегрузкой. Как обстоят дела с обеспечением кадрами для столь сложных направлений медицины?

– Для ответа на этот вопрос приведу штатную и фактическую численность персонала скорой медицинской помощи на территории Липецкой области, опубликованную в материалах к заседанию «круглого стола». Штатных врачей должностей – 315,5, физических лиц основных работников – 89 (28,2%), штатных должностей среднего медперсонала – 1042,25, физических лиц основных работников – 704 (67,5%).

Дефицит кадров в первичном звене был всегда – и 10, и 20, и 30 лет назад – что в поликлинике, что на «скорой». Как его уменьшали в советские времена? – сохраняли суточный график работы, создавали ощутимую со стационаром разницу в зарплате и максимально ускоряли прохождение очереди на жильё (в среднем 10-12 лет) или сразу давали квартиры. Все рецепты известны.

Сегодня скорая помощь в большинстве территорий фельдшеризирована – это реальность. При низких тарифных ставках заработной платы работающим на выездных бригадах приходится трудиться на 1,5-2 ставки, часто работая в составе бригады с одним медработником. Из норм времени, численности и нагрузок на скорой помощи в количественном выражении сегодня есть только штатные нормативы и время прибытия на вызов (часть нормы времени). Поскольку количество медицинских работников в подразделениях скорой помощи почти повсеместно в 1,5-2 раза меньше нормативного, соответственно и руководители любыми способами пытаются сократить время выполнения вызовов и увеличить нагрузку выездных бригад во столько же. Известная формула 20-20-20 (20 минут – «доезд», 20 минут на вызове, 20 вызовов в сутки), вложенная в уста одного из героев фильма «Аритмия», до сих пор существует как некий ориентир эффективной работы скорой помощи.

Такой истощающий характер труда не приемлем. Всем известно, что спецификой деятельности работников urgentных служб является принятие и немедленная реализация профессиональных решений при минимальной объективной информации, ограниченности во времени и высокой степени ответственности. Эта ограниченная рациональность базируется на особенностях личности специалистов экстренных служб. Здесь нет разницы между врачом и фельдшером. Таких специалистов необходимо отбирать, «выращивать» и сохранять. Это касается и экстренной хирургии, и анестезиологии-реаниматологии, но прежде всего скорой помощи. Мировая статистика по burnout говорит, что высокая частота ситуаций

– У данного негативного явления не одна причина, а целая их совокупность. Первая – отношение людей к отечественному здравоохранению стало портиться с началом его коммерциализации. В советские времена в системе охраны здоровья в принципе не существовало коммерческой составляющей, медицина в СССР была по-настоящему бесплатной, и у человека не было ощущения, что на его болезни кто-то может заработать.

С тех пор как в лечебных учреждениях появились кассы и прейскуранты, естественный вопрос, который возникает у пациента, когда ему предлагают заплатить, – а настолько ли всё серьёзно, чтобы отдавать деньги за лечение? А так ли на самом деле дорого стоит эта операция, или здесь чья-то прямая выгода?

Вторая причина – антиреклама медицины, которая усердно создаётся усилиями средств массовой информации. В погоне за тиражами печатных изданий и рейтингами телеканалов журналисты наперегонки публикуют сообщения о неблагоприятных исходах лечения пациентов, причём выводы об однозначных ошибках врачей делаются ещё до того, как самая первая комиссия завершит разбирательство. Разумеется, у населения страны постепенно складывается стойкое впечатление, что в нашей медицине всё как-то не очень хорошо.

Третья причина – вина самого врачебного сообщества. Самозабвенно занимаясь лечением больных, мы зачастую не задумываемся о том, как нас воспринимает общество, и что нам уготовано контрольно-надзорными органами из-за того, что абсолютное большинство наших коллег очень плохо подковано в плане нормативно-правового обеспечения медицинской деятельности. Они хорошо знают свою специальность, а всё, что составляет надстройку современного здравоохранения – регламентирует врачебную деятельность, сопровождает её законодательно, – для них «белое пятно». Для любого нормального врача в дилемме «что важнее: хорошо полечить больного или правильно заполнить бумаги» ответ будет в пользу первого варианта. Между тем неправильно оформленная история болезни или медкарта пациента могут стать главной «уликой» в «деле врача».

И, наконец, ещё одна причина того, что врач в России как общественная фигура утратил авторитет, – появление в отечественном законодательстве термина «медицинская услуга». Данная фраза впервые была прописана ещё в самой первой редакции «Основ законодательства об охране здоровья граждан в РФ». Все помнят, насколько негативной тогда была реакция

Мнение

Чего изволите-с?

Отношения пациента и врача как заказчика и исполнителя ведут к пропасти

В последнее время мы наблюдаем очень тревожную тенденцию: меняется главная медицинская парадигма, согласно которой врач в глазах пациента – специалист, который всё знает и всё умеет, и его рекомендации не ставятся под сомнение. Сегодня пациент врачу не доверяет, его рекомендации подвергает сомнению, более того, он вообще более склонён лечить себя сам, а если и приходит к врачу, то нередко сам диктует доктору, что необходимо ему назначить.

Когда это началось, и обратимо ли это? Можно ли считать происходящее неизбежным следствием информатизации, прочно вошедшей в нашу жизнь? Ведь запрашивать информацию о болезнях и их лечении по интернету стало «обычным делом». Или же налицо результат разбалансированности самой системы здравоохранения – её экономики, организационных процессов?

По просьбе «МГ» свою оценку ситуации дал вице-президент Национальной медицинской палаты, председатель Новосибирской областной ассоциации врачей, заслуженный врач РФ Сергей ДОРОФЕЕВ.



медицинского сообщества: мы служим медицине и людям, но при этом не обслуживаем пациентов, а помощь им оказываем. Однако у авторов законопроекта было желание подвести здравоохранение под одни правила со всеми иными сферами деятельности, где есть «заказчик» и «исполнитель», то есть по формальному признаку: пациент заказывает услугу, а врач исполняет заказ.

К сожалению, эта фраза закрепились и сохранилась в Федеральном законе № 323-ФЗ. В нём понятие «медицинская помощь» объясняется как совокупность медицинских услуг. И эта ошибочная трактовка привела к тому, что на медицинскую деятельность стало распространяться действие закона о защите прав потребителей. В нём всё изложено чётко: требования к качеству услуг, правила их оказания, ответственность перед потребителем за некачественно оказанные услуги. Основная идея закона такова: любая услуга, которую мы получаем, – будь то ремонт обуви, мойка автомобиля или операция полной замены аорты больному человеку – должна быть стопроцентно качественной. А если услуга оказана не стопроцентно качественно, «заказчик» может потребовать от «исполнителя» переделать и выплатить компенсацию морального вреда. И ещё – это особенно важно! –

закон провозглашает, что потребитель всегда прав.

Бесспорно, с точки зрения потребителя такое право, данное ему законом, – это хорошо. Но с точки зрения медицинских работников – это очень плохо. Потому как при оказании медицинской помощи мы не можем гарантировать, что она всегда будет стопроцентно качественной. Более того, в ряде случаев медицинская помощь изначально не может быть качественной, если рассматривать её с позиции закона о защите прав потребителей: к примеру, когда речь идёт о безнадежно больном или умирающем пациенте. Мы не можем при циррозе поставить пациенту новую печень. Не можем гарантировать полное выздоровление после инфаркта миокарда или инсульта. Мы не можем обещать родителям, что их недоношенный, родившийся 500-граммовым ребёнок выживет.

Рассмотрим иную ситуацию: врач оказал пациенту помощь в тяжелейшей ситуации, спас от смерти. Но после этого человек должен всю жизнь постоянно принимать лекарства, он будет иметь ограничения по физической нагрузке или окажется в инвалидной коляске. Это можно считать качественно оказанной услугой? С точки зрения врача – да, а с точки зрения потребителя и закона – нет. Ведь, если следовать букве

этого закона, человек пришёл к врачу больным, а должен выйти от него здоровым. Ну не абсурд ли?

Те критерии качества, которые мы разрабатываем внутри медицинского сообщества, не имеют ничего общего с положениями закона о защите прав потребителей. Критерии качества в выполнении хирургического вмешательства совсем не такие, как критерии качества костюма, сшитого портным, или супа, варенного поваром ресторана. Между тем защищённый и «вдохновлённый» законом потребитель медицинских услуг, он же «заказчик», не получив того, что он хотел бы получить от врача, вправе предъявить претензии и потребовать наказания «исполнителя». И строго в соответствии с буквой того же закона пациент всегда прав, а медработник всегда не прав. О каком уважении и доверии общества к врачам можно после этого говорить?!

Формулировка «медицинская помощь – это совокупность медицинских услуг» является камнем преткновения и источником негатива, который в последние годы сопровождает медицинскую деятельность. И я считаю, что это должно быть исправлено. Для начала – в тексте Федерального закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Мне видится правильным следующее определение: медицинская по-

мощь – это совокупность медицинских вмешательств. Такая формулировка максимально близка к сути того, что мы делаем. Ведь и сегодня мы в истории болезни не пишем, что пациенту была оказана услуга, мы пишем о проведённом лечении. И письменное согласие у него мы берём не на оказание услуг, а на выполнение медицинских вмешательств.

Толчком к тому, чтобы пациенты стали активно обращаться в суд с обвинениями в адрес врачей, стало Постановление пленума Верховного суда России от 2012 г., которым подтверждается, что медицинская помощь, оказываемая пациентам в рамках ОМС, признана услугой и подлежит надзору в соответствии с законом о защите прав потребителей. Интересно, что тот же Пленум Верховного суда вывел услуги адвокатов и нотариусов из-под действия закона о защите прав потребителей, сославшись на то, что эти категории юристов якобы занимаются оказанием услуг гражданам по заданию государства. Странная дифференциация. А медицинская помощь в системе ОМС оказывается населению страны не по заданию государства? Разве она не является в России одной из главных социальных гарантий?

По моему мнению, чтобы исправить ситуацию коренным образом, необходимо устранить самую главную причину конфликта врача и социума – отказаться от фразы «медицинская услуга». Для этого следует внести изменения в Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан РФ», а именно, пункт 3 статьи 2 «Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе» изложить в следующей редакции: «Медицинская помощь – медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья».

Также нам следует обратиться в Верховный суд с предложением ещё раз вернуться к данному вопросу и пересмотреть своё решение относительно распространения действия закона о защите прав потребителей на работу учреждений здравоохранения.

Подготовила Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

В центре внимания

По оценкам экспертов Общероссийского народного фронта, за первые пять месяцев 2019 г. более 28 тыс. закупок лекарств в стране остались без участников торгов. Одной из причин является несовершенство механизма определения начальной цены контрактов, который отражён в приказе Министерства здравоохранения РФ № 871н.

Этот документ был нацелен на выравнивание закупочных цен по всей стране. Но вступление в силу с 1 января этого года норм приказа об обязательном использовании референтной цены привело к излишне низкой стартовой цене контракта, которая невыгодна для поставщиков. Отсюда срывы сроков поставки лекарств и перебои в обеспечении населения и клиник.

Так, в начале года Российской научный центр рентгенодиагно-

Низкая цена контракта

гии не смог купить онкологический препарат эрибулин на сумму более 20 млн руб. при цене за 0,5 мл – 13 128 руб. (без НДС). Закупка проводилась по референтной цене, указанной в методике Минздрава. В мае его не смог приобрести и Сахалинский областной клинический диспансер на сумму почти 1,4 млн руб. по «средневзвешенной цене» 10 941 руб. за 0,5 мл (без НДС).

Другой пример – лекарство для лечения болезни Верльгофа элтромбопаг. В феврале 2019 г. Минздрав Омской области не смог купить препарат на сумму 4,7 млн руб., объявив закупку на основании референтной цены. Та же участь постигла и Алтайский край.

Напряжённые ситуации складываются в обеспечении больных сахарным диабетом в Саратовской, Тюменской, Белгородской и ряде других областей. Так, в мае в Санкт-Петербурге безрезультатно завершился аукцион по поставке инсулина стоимостью 9,5 млн руб.

«Единственное публичное мероприятие по вопросу введения референтных цен прошло по инициативе ОНФ. До введения методики она ни разу публично не обсуждалась ни с представителями производителей, ни с экспертным сообществом, что в корне неправильно», – отметил эксперт проекта ОНФ «За честные закупки» Константин Перов.

Министерство здравоохранения РФ пыталось исправить ситуацию, выпустив разъясняющие письма, проводя различные мероприятия. В феврале после обращения ОНФ ведомство попыталось законодательно отложить ввод одного из самых сложных механизмов – расчёт референтной цены, но из-за ошибок при подаче заявления в Министерство юстиции приказ не был зарегистрирован. К документу не были приложены данные об общественном обсуждении и антикоррупционной экспертизе. В итоге было решено скрыть значения «референтных цен» в Единой информационной системе. На данный момент юридически при-

каз Минздрава действует, но его исполнение затруднено.

«Сама идея установления формирования референтных цен – правильная, но её реализация всё перечёркивает. И дальше экспериментировать с судьбами людей нельзя. Необходимо приостановить действие пункта о «референтных ценах» и совместно с экспертами срочно пересмотреть и поменять подходы к определению начальной максимальной цены контракта при закупке лекарств», – заявил координатор проекта ОНФ депутат Госдумы РФ Антон Гетта.

Андрей ДЫМОВ,
МИА Сито!

Специалисты утверждают: кожные болезни сильно изменились. Их количество увеличилось, они стали протекать атипично. Объясняется это изменением климата на планете. Кожа первой контактирует с окружающим миром, а по-скольку меняется микробиом на её поверхности, то и болезни по-другому выглядят. Их количество, по мнению дерматологов, будет расти из года в год. Уже сегодня в структуре заболеваемости детского населения России хронические болезни кожи и подкожной клетчатки по количеству занимают 3-4-е место. Впереди – только травмы и некоторые инфекционные и паразитарные болезни, которые собственно хроническими не являются.

Опережая взрослых

При этом заболеваемость детей и подростков, по словам профессора Николая Мурашкина, существенно выше, чем взрослого населения. Сколь велика разница, можно продемонстрировать на примере атопического дерматита. Среди детей он составляет 1588 случаев на 100 тыс. населения, среди взрослых – всего 155.

Не может не вызывать опасения тенденция увеличения заболеваемости псориазом. Да и другой кожной патологией тоже.

Родителям ребёнка с серьёзной болезнью кожи остаётся только посочувствовать. В поликлиниках детские дерматологи – большая редкость. Со стационарным лечением ещё сложнее. Если обратиться за помощью к дерматологической помощи детскому населению, то наиболее употребимым словом, характеризующим её компоненты, будет глагол «отсутствует». Нет необходимой материально-технической базы, нужных специалистов, да и вообще понимания, кто должен помогать таким пациентам. Зачастую они ощущают себя ничейными. Согласно нормативным документам, всё выглядит, конечно же, не столь безнадежно. Но на деле ситуация удручающая. Во многих кожно-венерологических диспансерах помощь детям вообще не оказывается. В ряде кожно-венерологических диспансеров (КВД) ведётся смешанный приём и детей, и взрослых. В некоторых оказывают исключительно консультативную помощь, а диспансерное наблюдение не предоставляется, ребёнка направляют в поликлинику по месту жительства, где зачастую вообще отсутствуют детские дерматологи.

Кстати, мамы в большинстве своём опасаются обращаться с детьми в КВД, прежде всего из-за боязни заразиться венерическими болезнями. Да и само это учреждение в сознании людей ассоциируется совсем не с детством, вызывая психологический барьер. Одна из современных мамаш мне рассказывала, какие чувства пришлось пережить, когда ребёнка из поликлиники направили в КВД:

– На подходе к диспансеру было ощущение, что все на меня смотрят и ехидно улыбаются: дескать, гулёна, наградила ребёнка интересной болезнью. А сынишка всего лишь лишай подхватил, общаясь с бездомными животными.

Как и у кого лечиться

К уже сказанному следует добавить, что нет должной оснащённости службы всем необходимым для лечения детей. Существующий порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» предусматривает один пеленальный столик и одного врача на 30 коек при наличии детского отделения (которые, кстати, в большинстве КВД нашей страны отсутствуют).

Лишь в единицах регионов развёрнуто стационарное отделение для детей с дерматозами. Чаще в КВД есть только детские койки в

отделениях для взрослых, а то и вовсе они не наличествуют. Пребывание хронических больных и пациентов с заразными кожными заболеваниями нередко осуществляется в одном отделении.

Даже если есть детское отделение в кожном диспансере, случаются отказы в госпитализации, из-за того что там боятся связываться с детьми маленького возраста ввиду отсутствия оснащения для оказания данного вида помощи (обычно на сей счёт издаётся некое внутреннее рас-

К тому же клиническая картина дерматозов детского возраста имеет особенности. Например, сегодня есть данные, что атопический дерматит у детей и атопический дерматит у взрослых – это два разных заболевания, имеющих разные иммунологические основы и разные подходы к терапии. Эти данные подчёркивают необходимость по-новому лечить пациентов в детском возрасте, что позволяет предотвратить хронизацию процесса в более старшей возрастной группе.

пример, атопический дерматит. По степени снижения качества жизни он превосходит даже детский церебральный паралич, существенно обгоняет другие системные хронические заболевания.

Отнюдь не детские проблемы

Псориаз и коморбидность – ещё одна проблема, с которой столкнулась современная педиатрия.

– Мы раньше не видели таких детей, их не было. Сегодня

А педиатры не знают, что с такими пациентами делать, потому что это не их проблема, невозможно положить больного с подобным дерматологическим заболеванием на педиатрическую койку, никакое обязательное медицинское страхование не оплатит. В результате эти дети не доживают до взрослого возраста.

Есть кожные заболевания, встречающиеся только в неонатальном периоде. Особый предмет – болезни кожи у недоношенных детей. Обычный дерматолог

По следам конгресса

Чей ты, ребёнок с дерматозом?

Маленьким пациентам с хроническими заболеваниями кожи помощь зачастую не оказывается



Малыш, больной иктиозом

поряжение руководителя). В связи с этим госпитализация детей с дерматозами во многих регионах осуществляется в непрофильные отделения: гастроэнтерологии, аллергологии и пр.

«Мой ребёнок с псориазом сейчас лежит в детской инфекционной больнице. Посоветовали нам туда лечь в КВД, сказали, что там и обследуют, и хорошо пролечат. Из обследования взяли только кровь и мочу на анализ, обещали сделать УЗИ внутренних органов. Лечение включает таблетки тавегил, витаминный комплекс аевит и мазь. Не знаю, что делать, как и у кого лечить ребёнка», – пишет на форуме встревоженная мама.

А вот другая история: «У дочери появились два маленьких пятна на голове и лице. Я сразу же побежала к дерматологу. Врач назначил скрин-кап, сказал мазать 21 день. Пятна прошли через 2 дня, но появились другие... И мы продолжили мазать, как прописали. По окончании курса на голове выступили большие пятна, на теле – маленькие. Я – опять в КВД, там руками разводят. Один врач говорит, что аллергия, другой – что похоже на псориаз. И опять назначают гормональную мазь».

Что греха таить, дерматовенеролог, имеющий общую подготовку, слабо ориентируется в патологии детского возраста. В Федеральных государственных образовательных стандартах по профилю «дерматовенерология» не предусмотрено изучение общепедиатрических вопросов, которые неминуемо встают в процессе оказания помощи детям. Врач-дерматовенеролог не подготовлен в вопросах вскармливания, физического развития, анатомо-физиологических особенностей, вакцинации, ведения детей с сочетанной патологией, он не знает, как выглядят кожные симптомы общесоматических заболеваний у малышей и т.д.

Абсолютно по-другому выглядит у детей клиника и такого заболевания, как псориаз: иные симптомы, нежели у взрослых. То же самое можно сказать и о менее распространённых кожных болезнях. Соответственно, лечебная тактика различается, начиная с дозировок лекарственных средств, которые взрослый специалист дерматолог не знает.

– Использование у детей лекарственных препаратов по принципу лечения маленьких взрослых – причина больших осложнений. Непонимание того, что подходы к терапии одних и тех же болезней у детей и взрослых разные, приводит к тяжёлым последствиям, – считает заведующий отделением дерматологии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей профессор Николай Мурашкин.

Применение у детей банальных стероидных средств, предназначенных для взрослых, оборачивается серьёзными ятрогениями. Так, длительное использование при псориазе стероидов наружно может стать причиной системных изменений с развитием метаболического синдрома, гипертонии и др. Как рассказывают доктора, подростки хотя бы чистыми и до бесконечности мажутся гормональными мазями, которые назначают в лучшем случае взрослый дерматолог, в худшем – педиатр. Ведь для подростков такое заболевание – трагедия. Здоровье кожи является основой для коммуникации, социальной адаптации ребёнка. Наличие колоссального количества высыпаний не позволяет ему свободно общаться со сверстниками. Он сторонится друзей, ровесники сторонятся его. Особенно тяжело это переживается в подростковом возрасте. Тотальное поражение кожных покровов приводит порой даже к суицидальным попыткам. Недавнее зарубежное исследование показало, сколь обременителен, на-

отмечаем большое количество пациентов с болезнью Крона и псориазом, с псориатическим артритом и псориазом, с увеитом, псориатическим артритом и псориазом, – поделился с коллегами наблюдениями Н.Мурашкин. – Общественный дерматолог в кожнодиспансере никогда не окажет помощь такому ребёнку. Более того, эти дети теряются, они начинают лечиться у педиатров, у других специалистов и своевременной адекватной терапии не получают.

Отдельная проблема – врождённые болезни кожи. Многие ребята с этими заболеваниями не доживают до совершеннолетия, и взрослые дерматологи вообще не встречаются с данной патологией. Сколь важна своевременная качественная помощь грамотного специалиста, говорит пример с одной из разновидностей иктиоза. Если дерматолог в первые сутки назначит терапию, то ребёнок через короткое время будет выглядеть почти нормально, качество его жизни не сильно пострадает. Но если время упустить, кожа у ребёнка будет совершенно иной.

Ещё одна проблема – дети-бабочки. Порой в Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей (где оказывают помощь малышам с этой патологией) таких ребятшек привозят в обычных бинтах, потому что на местах нет навыка, да и желания у докторов заниматься пациентом. Между тем буллёзный эпидермолиз – тяжелейшее состояние, которое с первых дней жизни должно правильно лечиться. Ребёнок с простой формой этого заболевания при своевременной терапии, нормальном наблюдении детского дерматолога, имеющего специальные знания, будет чувствовать себя совершенно по-другому. А таких детей оставляют в территориях, по сути, гнить. Им не оказывают помощь взрослые специалисты, потому что они этим не занимаются.

из КВД, по словам Н.Мурашкина, даже не поймёт, что имеется на коже ребёнка, и не даст никакой оценки, потому что у него нет знаний, он не подготовлен для этого.

Кому ноша по плечу?

Получается, врач-дерматовенеролог, имеющий общую подготовку, не способен оказывать квалифицированную помощь детям с дерматозами. А врач-педиатр не разбирается во всех тонкостях кожных болезней.

Как отметил академик РАН Александр Баранов на конгрессе педиатров России, детская дерматология – самая запущенная область в охране здоровья детей. Лечение у ребёнка болезней кожи взрослым дерматологом или непрофильным специалистом, низкая осведомлённость дерматологов общего профиля, назначение иммуносупрессивной, биологической терапии в детском возрасте является одной из причин ятрогенных осложнений и даже ранней инвалидизации детей. И мириться с этим нельзя. Министерство здравоохранения РФ должно обратить внимание на проблему, наметить конкретные пути её решения. По мнению академика, целесообразно ввести специальность детского дерматолога и назначить главного специалиста Минздрава России. Ведь количество детей с болезнями кожи и подкожной клетчатки, а именно с хроническими дерматозами, значительно опережает численность всех других хронических болезней в нашей стране, по которым выделены должности и специалисты.

Между тем педиатров в регионах сегодня волнует вопрос, куда направлять детей с тяжёлыми хроническими дерматозами. Поскольку детских дерматологических отделений нет, ребяташки лечатся в педиатрическом отделении, где недоступны необходимые исследования. Что делать с тяжёлыми больными, у которых встаёт вопрос об инвалидности? Ведь один из критериев её предоставления – госпитализация в профильное отделение. А куда госпитализировать, если отсутствует специализированное детское дерматологическое отделение? Получается, что всех тяжёлых нужно направлять на федеральный уровень, для того чтобы им дали инвалидность?

Словом, детская дерматология нуждается в переменах, в грамотных квалифицированных специалистах. Но параллельно нужно повышать квалификацию врачей первичного звена, прежде всего педиатра, который непосредственно контактирует с основной массой пациентов и который должен направлять детей к узкому специалисту.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Острая тема

Оптимизация без оптимизма

Бесконечное реформирование системы здравоохранения уверенности не добавляет

За первое полугодие 2019 г. в стране введены в эксплуатацию 160 объектов здравоохранения, выдержав временную паузу, отпартовала в августе Федеральная служба государственной статистики (Росстат). В то же время свежий статистический сборник Минздрава России констатирует: число медицинских организаций в стране за последние два года неуклонно сокращалось, в том числе оказывающих медицинскую помощь населению, – с 6381 до 6228. Коечный фонд уменьшился за прошлый год почти на 10 тыс. коек, сократилось и стационарное звено. Число диспансеров сократилось за год с 654 до 640.

Под маской реорганизации

Наименьшая обеспеченность койками, согласно официальной статистике, – в Ингушетии (45,2 на 10 тыс. населения). В ряду субъектов РФ с невысокими показателями также – Москва (54,5), Чеченская республика (56,1), Республика Татарстан (56,7), город Севастополь (58,1) и Ленинградская область (59,3).

Больше других регионов обеспеченность койками значительно выше среднего показателя по России в Чукотском автономном округе (132,1 на 10 тыс. жителей), Магаданской (109,4) и Сахалинской (102,3) областях, в Республике Тыва (102,2).

На довольно высоком уровне она в Республике Саха (Якутия) – 92,1, выше 80,0 на 10 тыс. населения – в Курганской, Тверской, Новосибирской, Смоленской, Орловской и Томской областях, Ненецкой автономной области, Республике Коми и Камчатском крае.

Такая вот невеселая статистика. Сокращение числа медицинских организаций, «упакованное» в заверения об оптимизации и реорганизации, обернулось сокращением рабочих мест, увеличением переработок медперсонала, удешевлением бюджетных затрат на медицину и ростом расходов на неё из личного кошелька россиянина. Статистика ведь наука хотя и точная, но в реальной жизни, когда упаковывается в красивые прогнозы и обещания, оболочка оптимизации и эффективности, зачастую становится лживой...

Оптимизация больно ударила по российскому здравоохранению. По данным профсоюза «Альянс врачей», с 2002 по 2017 г. в России было сокращено 5 тыс. больниц, число поликлиник – на тысячи. Но о реальных масштабах теперь

уже скрытой оптимизации можно только догадываться. В редакцию то и дело приходят сообщения, что чиновники от медицины зачастую по указанию сверху обосновывают «неэффективность» какого-то очередного медучреждения.

В феврале в Саратове противостояли с Минздравом области родители детей. Причина та же: оптимизация детских поликлиник № 10, № 3 и № 5 и закрытие под этим же «флагом» детской инфекционной больницы № 6.

В Ростовской области региональный Минздрав объявил о продолжении оптимизации малокомплектных родильных отделений. Это, дескать, связано, с одной стороны, с низкой рождаемостью, а с другой – с тем, что количество патологических родов имеет тенденцию к росту, и с ними в состоянии справиться только в высокотехнологичных клиниках.

Такие примеры можно приводить бесконечно. А ведь ещё в декабре прошлого года был принят федеральный закон об особом порядке ликвидации и реорганизации медорганизаций, в соответствии с которым принятию решений в каждом конкретном случае должна предшествовать обязательная оценка возможных последствий. То есть он призван был положить конец дальнейшему безоглядному сокращению количества медучреждений в стране.

А может, не всё так безнадежно?

Чтобы ответить на этот вопрос, обратимся опять же к статистическому сборнику Минздрава России. В амбулаторном звене, свидетельствует он, налицо увеличение медучреждений – с 1118 в 2017 г. до 1219 в 2018 г. Общая мощность медицинских организаций, оказывающих медпомощь в амбулаторных условиях, также увеличилась – с 3 335 500 до 3 346 149 посещений в смену.

По Федеральной адресной инвестиционной программе в 2018 г. в эксплуатацию было введено 644 объекта здравоохранения суммарной площадью около 1,2 млн м². Аналогичный показатель за

2017 г. – 545 объектов площадью более 1 млн м².

Вот так бы и двигаться, пусть с небольшим, но всё же ускорением, и по другим параметрам укрепления базы здравоохранения. Ведь строительство медицинской инфраструктуры – один из главных пунктов стартовавшего в 2019 г. Национального проекта «Здравоохранение».

То, что без развития первичного звена здравоохранения не удастся достичь целей, предусмотренных в Указе Президента России от 07.05.2018, и повысить продолжительность жизни до 78 лет, а к 2030 г. до 80, ясно как божий день. «Основная часть людей идёт прежде всего в первичное звено», – говорил глава государства. Ещё в июне прошлого года, отвечая в ходе прямой линии с населением на просьбу о содействии от жителей города Струнино Владимирской области, где больницу лишили статуса районной и закрывали отделения, он заявил, что первичное звено не должно уничтожаться, и поручил затем заместителю председателя Правительства РФ Татьяне Голиковой подготовить предложения по его развитию. «Зная, что строятся ФАПы, амбулатории, передвижные мобильные медицинские центры, я всё же обеспечен именно первичным звеном здравоохранения», – пояснил на встрече с ней В.Путин.

В капитальном ремонте, по словам Т.Голиковой, нуждаются сейчас 2,5 тыс. зданий поликлиник. Мало того, в большей части регионов медицинские учреждения не готовы предоставить гражданам возможность пройти в одном месте распиаренную диспансеризацию. Впрочем, что от неё можно ждать, если по новым нормативам на осмотр пациента участковый педиатр и терапевт должны тратить не более 10 минут, а врач общей практики – 12... Не хватает по-прежнему в «первичке» и врачей. Как сообщила курирующая в кабмине социальные вопросы вице-премьер, «на сегодняшний день у нас нехватка врачей составляет 25 тыс.», нехватка среднего медицинского персонала – 130 тыс.».

По всем этим причинам, видимо, чиновники от медицины и занялись так называемой интенсификацией, а проще – взялись за увеличение нагрузки на медучреждение. А ещё – за организацию домовых хозяйств, где могут оказать первую медицинскую помощь, и даже привлекают к ней почталыонов, о чём «МГ» недавно писала. Плюс не утихающая борьба с курением и алкоголем, распространение здорового образа жизни, и т.д.

Не каждому по карману

Требуется жёсткий контроль соблюдения законодательства в области здравоохранения, заявил на расширенном заседании коллегии Генеральной прокуратуры в конце июля генпрокурор Юрий Чайка. Отмечено, что масштабными проверками выявлены недостатки работы исполнительной власти регионов по организации стационарной и скорой медицинской помощи, комплектованию штатов больниц и поликлиник квалифицированными специалистами, оснащению необходимым оборудованием. Министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой внесено по итогам заседания представление в связи с недостатками правового регулирования названных проблем и обязательного медицинского страхования. Ну а что министр может одна, если в целом ряде субъектов Федерации по состоянию на август не были, например, выделены земельные участки для строительства фельдшерско-акушерских пунктов и врачебных амбулаторий?

Непродуманная оптимизация нанесла серьёзный ущерб здравоохранению признала наконец и Т.Голикова. «Традиционные возможности, которые предоставлялись нашим гражданам, пусть даже в усечённом объёме, к сожалению, с оптимизацией были во многих регионах утрачены. Сейчас возвращаемся назад», – заявила она.

На фоне столь печальной картины в стране продолжает расти объём платных медицинских услуг, происходит сокращение до минимума бесплатных, из ОМС периодически загадочным образом исчезают различные обследования. Для того чтобы пациенты охотнее

раскошелялись, в общедоступных медучреждениях создаются искусственные очереди. Всё это, похоже, уже часть государственной политики. Во всяком случае, президентский декабрьский указ 2017 г. «Об основных направлениях государственной политики по развитию конкуренции» и утверждённый кабмином план развития конкуренции в здравоохранении Федеральной антимонопольной службы работают. Согласно последнему, минимальная доля рынка частных клиник должна достигнуть в стране к 2022 г. 10%.

А что делают коммерческие структуры, чтобы оптимизировать прибыль? Правильно, избавляются от неликвидных активов, увольняют сотрудников, сокращают заработную плату работающим. Точно так происходит и в государственном, и в муниципальном здравоохранении. Вам не кажется, что такая деструктивная деятельность нарушает право людей на охрану здоровья и медицинскую помощь, гарантированное статьёй 41 Конституции РФ?

Если власти продолжат сокращать число медицинских организаций такими же темпами, прикрываясь теперь уже не оптимизацией, когда несколько медицинских организаций сливались в одну якобы для экономии и более эффективного управления, а интенсификацией и эффективностью, дело может кончиться тем, о чём предупреждает ряд экспертов. А именно: мы повторим горький опыт Майских указов Президента от 2012 г., справиться с задачами которых наше здравоохранение так и не смогло, а количество медучреждений в стране окажется к 2021-2022 гг. в районе 3 тыс., то есть на уровне Российской империи 1913 г.

Или всё же найдём силы и возможности реализовать Национальный проект «Здравоохранение» с его объёмом финансирования в размере 1,36 трлн руб., со всеми федеральными подпрограммами и их региональными сегментами? Извлечём уроки из так называемой оптимизации? Ведь пока, признаётся, здоровье у нас в стране – не каждому по карману.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

На два дня в бамовской столице Тынде «прописалась» школа передового опыта, в рамках работы которой обсуждались ключевые вопросы транспортной медицины, а именно важнейшие аспекты трудового долголетия железнодорожников, сохранения здоровья членов их семей, пенсионеров «рельсовой» отрасли, всех жителей притрассовых городов и посёлков. В нынешнем году отмечается 45-летие Байкало-Амурской магистрали, это событие и послужило поводом для деловой встречи.

Проведение школы передового опыта инициировали Дальневосточная дирекция здравоохранения ОАО «Российские железные дороги» и отделенческая больница на станции Тында, а проходила она в формате конференции. Её участниками стали руководители и сотрудники лечебно-профилактических учреждений сети Дальневосточной, Забайкальской и Восточно-Сибирской железной дорог, специалисты Центральной дирекции здравоохранения РЖД, а также вузовские учёные.

В приветственном слове к собравшимся заместитель началь-

Здоровье БАМа – в приоритет



Начальники Восточно-Сибирской и Забайкальской дирекций здравоохранения М.Стрежнева (справа) и Е.Рябова

ника Дальневосточной железной дороги по кадрам и социальным вопросам Валерий Тюленев сказал, что качественная и доступная

медицина – наиважнейший фактор удержания специалистов на БАМе, проложенном, как известно, в безлюдной тайге, за тысячи киломе-

тров от крупнейших российских городов и медицинских комплексов.

Большое внимание коллеги проявили к докладу Людмилы Солохиной, профессора кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья Дальневосточного государственного медицинского университета. В нём анализировались сегодняшние тенденции медико-демографических показателей здоровья дальневосточников, степень их влияния на формирование трудового потенциала. Векторы развития учреждений здравоохранения сети «РЖД-Медицина» на Восточно-Сибирской железной дороге в границах Байкало-Амурской магистрали озвучила с трибуны школы передового опыта начальник дирекции из Иркутска Марина Стрежнева. Они связаны с поступлением современного лечебно-диагностического оборудования, совершенствованием качества медицинских услуг, внедрением цифровых технологий, повышением клинической и экономической эффективности деятельности при соблюдении еди-

ных стандартов сети учреждений «РЖД-Медицина». Есть огромный задел и большие перспективы, безусловно, и у негосударственных учреждений здравоохранения, работающих на Восточном участке Байкало-Амурской железной дороги. Об этом подробно рассказал исполняющий обязанности начальника Дальневосточной дирекции ОАО «РЖД» кандидат медицинских наук Тарас Кононенко.

На межрегиональной конференции в Тынде поднимались и многие другие злободневные темы, представляющие интерес как для управленцев, так и для практических врачей. Среди них значились: организация медицинской помощи в отдалённых притрассовых посёлках, введение клинических рекомендаций в практику медицинских организаций, алгоритм деятельности дорожных специалистов на отдалённых малонаселённых территориях БАМа, физиотерапевтические методы лечения при заболеваниях позвоночника у работников железнодорожного транспорта и др.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
корр. «МГ».

Амурская область.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 30 (2196)

Определение

Рекомендация 1. Болезнь минимальных изменений (БМИ) – это не-пролиферативная гломерулопатия, не имеющая каких-либо морфологических критериев при световой микроскопии, обусловленная повреждением (иммунным или неиммунным) подоцитов (подоцитопатия), которое диагностируется исключительно при ультраструктурном анализе в виде диффузного слияния ножковых отростков подоцитов. Повреждение подоцита определяет формирование в клинике заболевания нефротического синдрома (НС).

Эпидемиология

БМИ составляет 76,6% всех морфологических вариантов первичного гломеруло нефрита (ГН) у детей.

Наибольшая встречаемость у детей раннего возраста.

БМИ чаще отмечается у мальчиков в соотношении 2:1.

Возможны семейные формы, обусловленные мутациями генов структурных белков подоцита.

Рецидивов в трансплантате нет.

Классификация

Первичная (идиопатическая) БМИ

Основой развития идиопатического нефротического синдрома у детей является дисфункция Т-клеточного звена иммунной системы или генетические мутации. Однако БМИ может быть ассоциирована со множеством других патологических состояний, таких как аллергия, онкопатология, лекарственные воздействия.

Генетически обусловленная БМИ (гены): щелевой диафрагмы и цитоскелета подоцитов – NPHS1, NPHS2, TRCP6, CD2AP, ACTN4, INF2, MYH9, MYO1E; фосфолипазы – PLCE1; гломерулярной базальной мембраны – LAMB2; факторов транскрипции – WT1, LMX1B; лизосомных белков – SCARB2; митохондриальных белков – COQ2; посредника реструктуризации ДНК-нуклеосомы – SMARCAL1.

Состояния, ассоциированные с БМИ

Аллергия: пыльца, грибы, коровье молоко, домашняя пыль, укусы пчёл, медуз, шерсть кошки.

Лекарственные препараты:

Нестероидные противовоспалительные препараты, ампициллин, препараты золота, препараты лития, ртутьсодержащие препараты, триметадион.

Злокачественные заболевания:

болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, Рак толстой кишки, карцинома лёгких.

Другие: вирусная инфекция, болезнь Кимуры, сахарный диабет, миастения Грависа, вакцинация.

Механизм развития

Следует рассматривать два механизма развития БМИ: *иммуноопосредованный*. В настоящее время исследования *in vivo* и *in vitro* продемонстрировали высокую активность Т-лимфоцитов в ответ на антигенную стимуляцию. В последующем происходит дифференцировка Т-клеток с преимущественным образованием Th2, экспрессирующих IL-4 и IL-13. Более того, активация NFκB транскрипционного фактора наблюдается при всех случаях рецидивов НС при БМИ. Антагонистом NFκB является IκB, концентрация которого под влиянием глюкокортикоидов увеличивается. Эффективность ритуксимаба при лечении БМИ предполагает роль В-клеток в патогенезе БМИ.

Неиммунный. Структура подоцита изменяется в результате изменения структурных белков подоцитов, обусловленного мутациями генов. До 66% случаев НС на первом году жизни у детей составляет генетически обусловленный НС. Частота генетических форм НС у детей при идиопатическом НС неизвестна. Однако следует помнить, что морфологический диагноз БМИ у детей с генетически обусловленным НС носит транзиторный характер, так как в последующем он трансформируется в ФСГС. Неиммунный характер формирования

БМИ наблюдаются в 30-70% случаев в отличие от других форм гломеруло нефрита. Триггерными факторами могут быть ОРВИ, детские инфекции, атопические реакции.

Артериальная гипертензия наблюдается крайне редко и характеризуется кратковременностью. Повышение артериального давления при БМИ связано с компенсаторным механизмом на выраженной гиповолемии. При резкой гиповолемии возможно развитие нефротического криза с болями в животе, кожной эритемой и сердечно-сосудистым шоком с циркуляторной недостаточностью.

Течение БМИ делится на острое с исходом в стойкую ремиссию (20-30%), рецидивирующее и часто рецидивирующее течение. По отношению к стероидной терапии выделяют следующие формы: стероид-чувствительная, стероидозависимая и стероидрезистентная.

Морфологические критерии БМИ

Световая микроскопия. На светооптическом уровне – при БМИ клубочек выглядит неповреждённым, иногда может присутствовать минимальная мезангиальная пролиферация (до 3 клеток), что создаёт трудности в дифференциации с минимальными изменениями при мезангиопролиферативном гломеруло нефрите. У детей с часто рецидивирующим БМИ некоторые клубочки могут быть инволютированы.

Клетки канальцев инфильтрированы белками и липидами из-за увеличенной реабсорбции. Наличие атрофии и фиброза канальцев должны вызвать подозрение на наличие фокально-сегментарного гломеруло склероза.

Иммуногистохимия. При иммуногистохимическом исследовании отмечается отсутствие отложения иммуноглобулинов и компонентов комплемента.

Диагностика и лечение болезни минимальных изменений у детей

Клинические рекомендации

Таблица 1

| Уровень | Оценка рекомендаций | | |
|----------------------------------|--|--|---|
| | Со стороны пациентов | Со стороны врача | Дальнейшее направление |
| Уровень 1 «Эксперты рекомендуют» | Подавляющее большинство пациентов, оказавшихся в подобной ситуации, предпочли бы следовать рекомендуемому пути, и лишь небольшая часть из них отвергли бы этот путь | Подавляющему большинству своих пациентов врач будет рекомендовать следовать именно этому пути | Рекомендация может быть принята в качестве стандарта действия медицинского персонала в большинстве клинических ситуаций |
| Уровень 2 «Эксперты полагают» | Большая часть пациентов, оказавшихся в подобной ситуации, высказались бы за то, чтобы следовать рекомендуемому пути, однако значительная часть отвергла бы этот путь | Для разных пациентов следует подбирать различные варианты рекомендаций, подходящие именно им. Каждому пациенту необходима помощь в выборе и принятии решения, которое будет соответствовать ценностям и предпочтениям данного пациента | Рекомендации, вероятно, потребуют обсуждения с участием всех заинтересованных сторон до принятия их в качестве клинического стандарта |
| «Нет градации» (НГ) | Данный уровень применяется в тех случаях, когда в основу рекомендации укладывается здравый смысл исследователя-эксперта или тогда, когда обсуждаемая тема не допускает адекватного применения системы доказательств, используемых в клинической практике | | |

Таблица 2

Оценка качества доказательной базы
(составлена в соответствии с клиническими рекомендациями KDIGO)

| Качество доказательной базы | Значение |
|-----------------------------|---|
| A – высокое | Эксперты уверены, что ожидаемый эффект близок к рассчитываемому |
| B – среднее | Эксперты полагают, что ожидаемый эффект близок к рассчитываемому эффекту, но может и существенно отличаться |
| C – низкое | Ожидаемый эффект может существенно отличаться от рассчитываемого эффекта |
| D – очень низкое | Ожидаемый эффект очень неопределённый и может быть весьма далёк от рассчитываемого |

БМИ определяет развитие стероид-резистентной формы БМИ.

Клиническая картина

Клиническим синдромом БМИ является внезапно развившийся НС. Отягощённый аллергологический анамнез и аллергические проявления у детей с

Принципы диагностики

Рекомендация 2. Диагноз БМИ устанавливается на основании клинико-лабораторной картины НС и быстрого положительного ответа на стероидную терапию (НГ). Морфологическая диагностика является резервным методом при атипичном клиническом ответе на терапию.

Лечение

Лечение первого эпизода стероид-чувствительного НС при БМИ (НГ)

Рекомендация 7. При развитии НС у детей до года до начала кортикостероидной терапии следует проводить нефробиопсию.

Электронная микроскопия. Диффузное «сглаживание» ножек подоцитов является гистологическим маркером БМИ при сочетании с вышеизложенной световой микроскопией и иммуногистохимическим исследованием.

Рекомендация 3. Клиническая диагностика идиопатической БМИ должна базироваться на развитии НС у детей раннего и дошкольного возраста (НГ).

Наличие в анамнезе состояний, ассоциированных с БМИ и ранний возраст дебюта НС следует рассматривать как факторы, определяющие развитие БМИ.

Развитие НС на первом году жизни и в подростковом возрасте должны насторожить врача в пользу генетически обусловленного НС или другой морфологической формы НС.

Дифференциальная диагностика

Рекомендация 4. Дифференциальную диагностику проводят с другими формами ГН, дебютировавшие НС (НГ). Дифференциальная диагностика проводится в случае развития стероид-зависимой и стероид-резистентной формы НС.(1В)

Рекомендация 5. Клинические проявления БМИ не различаются при идиопатическом и вторичном вариантах заболевания. В этой связи дифференциальная диагностика этих форм должна базироваться на исключении всех возможных вторичных причин БМИ (НГ).

Рекомендация 6. Детальное морфологическое исследование ткани почки, включающее в себя световую, иммуногистохимическую и электронную микроскопию, является обязательным для диагностики БМИ (НГ).

Лечение первого эпизода стероид-чувствительного НС при БМИ

Рекомендация 8. Кортикостероидная терапия (преднизолон) на период не менее 12 недель (1В).

Рекомендация 9. Применять преднизолон внутрь ежедневно в один или два приёма (1В) в начальной дозе 60 мг/м²/24 ч или 2 мг/кг/24 ч, максимально до 60 мг/24 ч (1D).

Рекомендация 10. Назначать преднизолон внутрь ежедневно в течение 4-6 недель (1С) с последующим переходом на приём препарата через день (альтернирующий приём), начиная с дозы 40 мг/м² или 1,5 мг/кг (максимум 40 мг через день) в один приём (1D) в течение 2-5 месяцев, с постепенным снижением дозы (1В).

Поддерживающая терапия

Рекомендация 11. Не применять статины для коррекции гиперлипидемии и не применять иАПФ или БРА у нормотензивных пациентов для снижения протеинурии при лечении первого эпизода нефротического синдрома при БМИ (2D).

Лечение рецидивирующей формы НС при БМИ

Рекомендация 12. У детей с редкими рецидивами СЧНС проводить лечение преднизолоном в дозе 60 мг/м² или 2 мг/кг (максимально 60 мг/24 ч) в один или два приёма до тех пор, пока не будет констатирована полная ремиссия в течение 3 дней (2D).

Рекомендация 13. После достижения ремиссии назначается преднизолон в дозе 40 мг/м² или 1,5 мг/кг (максимально 40 мг) через день в течение как минимум 4 недель (2С).

Рекомендация 14. При рецидивах ЧР и СЗ СЧНС назначать преднизолон ежедневно до тех пор, пока полная ремиссия не будет констатирована в течение не менее 3 дней, и затем преднизолон в режиме через день в течение не менее чем 3 месяцев (2С).

Рекомендация 15. У детей с ЧР и СЗ СЧНС назначать преднизолон в режиме через день в низких дозах, необходимых для поддержания ремиссии, во избежание серьёзных побочных эффектов (2D).

Рекомендация 16. У детей со СЗ СЧНС для поддержания ремиссии назначать преднизолон ежедневно в наиболее возможных меньших дозах, необходимых для поддержания ремиссии без серьёзных побочных эффектов в тех случаях, когда режим приёма через день не эффективен (2D).

Рекомендация 17. У детей с ЧР и СЗ СЧНС, получающих преднизолон в режиме через день, на период эпизодов респираторных и других инфекций назначать преднизолон ежедневно с целью уменьшения риска обострений (2С).

Лечение ЧР и СЗ СЧНС кортикостероид-сберегающими препаратами

Алкилирующие препараты при лечении часто-рецидивирующей и стероид-зависимой формы стероид-чувствительного НС при БМИ.

Рекомендация 18. Назначать стероид-сберегающие препараты у детей с ЧР и СЗ СЧНС в тех случаях, когда развиваются побочные эффекты кортикостероидной терапии (1В).

Рекомендация 19. При ЧР (1В) и СЗ (2С) СЧНС использовать в качестве стероид-сберегающих препаратов алкилирующие агенты – циклофосфамид или хлорамбуцил.

Рекомендация 20. Назначать циклофосфамид в дозе 2 мг/кг/24ч в течение 8-12 недель (максимальная кумулятивная доза 168 мг/кг) (2С).

Рекомендация 21. Не начинать терапию циклофосфамидом до тех пор, пока не будет достигнута ремиссия с помощью кортикостероидов (2D).

Рекомендация 22. Назначать хлорамбуцил в дозе 0,1-0,2 мг/кг/24 ч в течение 8 недель (максимальная кумулятивная доза 11,2 мг/кг) в качестве альтернативы циклофосфамиду (2С).

Рекомендация 23. Не проводить второй курс алкилирующих препаратов (2D).

Левамизол при лечении часто рецидивирующей и стероидозависимой формы стероид-чувствительного НС при БМИ.

Рекомендация 24. При лечении ЧР и СЗ формы СЧНС (1В) назначают левамизол в дозе 2,5 мг/кг через день (2В) в течение как минимум 12 месяцев (2С), так как у большинства детей при отмене левамизола возникают рецидивы.

Рекомендация 25. Применять циклоспорин в начальной дозе 4-5 мг/кг/24 ч в два приёма (2С).

Рекомендация 26. Применять такролимус в начальной дозе 0,1мг/кг/24 ч в два приёма вместо циклоспорина в случае выраженных косметических побочных эффектов циклоспорина (2D).

Рекомендация 27. Мониторировать концентрацию ингибиторов кальцинейрина (КНИ) для уменьшения токсичности (НГ).

Рекомендация 28. Назначать КНИ в течение как минимум 12 месяцев, так как у большинства детей при отмене КНИ развиваются обострения (2С).

Рекомендация 29. Назначать ММФ в начальной дозе 1200 мг/м²/24 ч или МК начальной дозе 720 мг/м² в два приёма в течение как минимум 12 месяцев, так как у большинства детей при отмене ММФ развиваются рецидивы (2С).

Рекомендация 30. Применять ритуксимаб только у тех детей со СЗ СЧНС, у кого частые рецидивы возникают, несмотря на применение оптимальных комбинаций преднизолона и кортикостероид-сберегающих препаратов, или у тех, у кого развиваются серьёзные побочные эффекты этой терапии (2С).

Рекомендация 31. Не использовать мизорибин в качестве кортикостероид-сберегающего препарата при ЧР и СЗ СЧНС при БМИ (2С).

Рекомендация 32. Не использовать азатиоприн в качестве кортикостероид-сберегающего препарата при ЧР и СЗ СЧНС при БМИ (1В).

Показания к нефробиопсии у детей со СЧНС при БМИ

Рекомендация 33. Показаниями у биопсии почки у детей с СЧНС являются (НГ):

- отсутствие эффекта при рецидивах после первоначального ответа на кортикостероиды
- высокий индекс подозрения в отношении иной основной патологии
- ухудшение функции почек у детей, получающих КНИ.

Лечение стероид-резистентной формы НС при БМИ

Рекомендация 34. Оценка детей со СРНС: лечение проводить кортикостероидами как минимум 8 недель, прежде чем констатировать стероид-резистентность (2D).

Рекомендация 35. Для оценки детей со СРНС требуется (НГ):

- диагностическая биопсия почки
- оценка функции почек по СКФ и рСКФ
- количественная оценка экскреции белка.

Рекомендации по лечению СРНС

Рекомендация 36. Использовать ингибиторы кальцинейрина в качестве инициальной терапии у детей со СРНС (1В).

Рекомендация 37. Проводить терапию КНИ в течение как минимум 6 месяцев и прекращать её, если к этому времени не достигнута частичная или полная ремиссия протеинурии (2С).

Рекомендация 38. Продолжить терапию КНИ в течение как минимум 12 месяцев, если через 6 месяцев достигнуто хотя бы частичная ремиссия (2С).

Рекомендация 39. Комбинировать терапию малыми дозами кортикостероидов с терапией КНИ (2D).

Рекомендация 40. Проводить лечение иАПФ или БРА детям со СРНС (1В).

Рекомендация 41. При высокой активности СРНС следует использовать пульс-терапию метилпреднизолоном (МП) в сочетании с КНИ по схеме Вальдо (см. табл. 3):

У детей, не достигших ремиссии на терапии КНИ:

Рекомендация 41. Использовать микофенолата мофетил (2D), высокие дозы кортикостероидов (2D) или комбинацию этих препаратов (2D) у детей, не достигших полной или частичной ремиссии на КНИ и кортикостероидах.

● отложить вакцинацию живыми вакцинами до тех пор, пока доза преднизолона не будет снижена до 1 мг/кг/24 ч (< 20 мг/4 ч) или до 2 мг/кг через день (< 40 мг через день)

● живые вакцины противопоказаны детям, получающим кортикостероид-сберегающие иммуносупрессивные препараты

● для уменьшения риска инфицирования детей с подавленным иммунитетом иммунизировать здоровых лиц, проживающих совместно с детьми, живыми вакцинами, но обеспечить отсутствие контакта детей с выделениями мочевой, пищеварительной и дыхательной систем вакцинированных лиц в течение 3-6 недель после вакцинации

● при контакте с ветряной оспой не привитым детям, получающим иммуносупрессанты, при возможности назначать противозостерный иммуноглобулин.

Таблица 3

Схема Вальдо

| Неделя | МП 30 мг/кг в/в | Преднизолон | Циклоспорин А |
|--------|-----------------|----------------------|---------------|
| 1-2 | 3 раза в неделю | - | - |
| 3-8 | 1 раз в неделю | 2 мг/кг через день | 6 мг/кг/24 ч |
| 9-29 | - | 1 мг/кг через день | 3 мг/кг/24 ч |
| 30-54 | - | 0,5 мг/кг через день | 3 мг/кг/24 ч |

Рекомендация 42. Не назначать циклофосфамид детям со СРНС (2В).

Рекомендация 43. У пациентов с рецидивом нефротического синдрома после достижения полной ремиссии возобновить терапию с использованием одной из следующих схем (2С):

- кортикостероиды внутрь (2D)
- вернуться к тому иммуносупрессивному препарату, который ранее был эффективен (2D)
- использовать альтернативный иммуносупрессивный препарат для уменьшения кумулятивной токсичности (2D).

Иммунизация у детей с СЧНС

Рекомендация 44. Для уменьшения риска серьёзных инфекций у детей с СЧНС следует (НГ):

- проводить детям противопневмококковую вакцинацию
- проводить вакцинацию против гриппа ежегодно детям и всем, кто проживает с ними совместно

Прогноз

В целом при БМИ при наличии чувствительности к кортикостероидам отдалённый прогноз, как правило, благоприятный, и у большинства детей пациентов развивается стойкая ремиссия. Прогноз в отношении почечной функции также благоприятный.

Факторами неблагоприятного прогноза являются наличие генетически обусловленного БМИ.

Эдита ПЕТРОСЯН, профессор кафедры госпитальной педиатрии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук.

Владимир ДЛИН, заместитель директора по научной работе, заведующий отделением наследственных и приобретённых болезней почек Московского НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор.

Сокращения:

- БМИ – болезнь минимальных изменений
- БРА – блокаторы рецепторов ангиотензина
- ГН – гломерулонефрит
- СЗ СЧНС – стероид-зависимая форма стероид-чувствительного нефротического синдрома
- и-АПФ – ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- КНИ – кальцинейрина ингибиторы
- ММФ – микофенолат мофетил
- МК – микофеноловая кислота
- МП – метилпреднизолон
- НГ - нет градации
- НС – нефротический синдром
- ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция
- РААС – ренин-ангиотензин-альдостероновая система
- рСКФ – расчётная скорость клубочковой фильтрации
- СРНС – стероид-резистентный нефротический синдром
- ФСГС – фокально-сегментарный гломерулосклероз
- ЧР – часто рецидивирующий
- NPHS1 – ген нефрина
- NPHS2 – ген подоцина
- PLCE1 – фосфолипаза С эпсилон 1
- TRPC-6 – потенциал-зависимый временный рецептор катионов 6
- NEPH1 – нефриноподобный белок 1
- CD2AP – CD2-ассоциированный протеин
- ZO-1 – белок плотных контактов (zonula occludens 1)
- Myo1E – Миозин 1E
- WT-1 – белок опухоли Вильмса 1
- LMX1B – LIM гомеобокс фактор транскрипции 1бета (LIM homeobox transcription factor 1, beta)
- SMARCA1 – подобный, ассоциированный с матриксом; актин-зависимый регулятор хроматина, белок 1 подсемейства альфа
- INF2 – инвертированный формин 2.

Минуло «всего» каких-то десяти лет, и умозаключения выдающегося российского доктора медицины первой половины XIX века, патолога и терапевта Матвея Мудрова реализовались в виде самостоятельной области науки – клинической психологии. Но, к сожалению, путь её в практическое здравоохранение оказался тернистым.

Итак, именно М.Мудров первым высказал идею о связи причин некоторых болезней и преждевременной смерти с социальными факторами и сопутствующими им душевными страданиями человека. Именно он подробно описал эмоционально-психологический склад основных типов телосложения и влияние его на здоровье и болезни, много говорил о важности профилактики болезней и здоровом образе жизни, а также положил начало учению об индивидуальном подходе к больному.

Знаменитая фраза М.Мудрова «Лечить не болезнь, а больного» впоследствии стала использоваться как главный идеологический вектор российской медицины. И в XXI веке это высказывание Мудрова всё ещё украшает активные залы российских медуниверситетов и больниц, однако дальше идеологического пафоса дело не идёт. Сегодня не индивидуальный подход, а стандартизация становится основным понятием и принципом отечественного здравоохранения.

В то же время профилактическая парадигма и нацеленность на снижение преждевременной смертности населения вряд ли реализуемы без того самого пресловутого индивидуального подхода к каждому пациенту, обеспечить который способно участие клинических психологов в лечебном процессе. В этом убеждена декан факультета клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, доктор медицинских наук, профессор Наталья Сирота.

– В настоящее время в мире происходит бурное развитие клинической психологии. Причём это интегральная дисциплина, поскольку востребована в любой области медицины. Если до 2000 г. знаниями и инструментами клинической психологии интересовались и пользовались исключительно психиатрия и наркология, то сегодня без её помощи не представляют себя онкология, кардиология, неврология, паллиативная медицина. Это – в мире. Российское же медицинское сообщество, увы, ещё недостаточно понимает, что представляет собой современная клиническая психология и каковы её возможности, – констатирует профессор Н.Сирота.

Осознанное оздоровление

Между тем возможности клинической психологии абсолютно соответствуют запросу государства и населения на повышение качества медицинской помощи. Речь идёт не только о психодиагностике и нейродиагностике, с которыми традиционно ассоциируется клинический психолог. Именно в рамках этой научной дисциплины очень чётко выстраиваются модели правильного взаимодействия медработника с пациентом, с семьёй пациента, со здоровыми людьми и с теми, у кого есть факторы риска развития заболеваний, а также взаимодействия в команде медицинского персонала друг с другом.

Стратегия профилактической работы и медицинской реабилитации также немаловажны без клинико-психологической компоненты. Формирование здорового



Точка зрения

Пришёл, увидел, изменил

Нам нужна реальная профилактика или её видимость?

образа жизни у пациентов из групп риска по разным патологиям – сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, предраковые состояния – возможно только через их мотивацию на изменение поведения и никак иначе.

Может ли этим заниматься сам терапевт, кардиолог или эндокринолог? В какой-то мере – да. Но именно в какой-то, весьма малой.

– Какие инструменты есть в арсенале врачей для ведения профилактической работы? Фактически никаких. Попробуйте просто сказать пациенту, чтобы он похудел, двинулся и контролировал всё в своём организме, и каким будет результат? Нулевым. Между тем, именно к данному варианту сегодня сводится вся так называемая профилактическая работа. На самом же деле формирование мотивации человека на постоянное позитивное и эффективное изменение – поведение, ведущее к здоровью – это научно обоснованная технология, разрабатываемая в рамках отдельной области знаний, – подчёркивает Н.Сирота.

Чтобы представить, насколько эта технология далека от примитивных и неэффективных «заключений» вроде приведённого выше, достаточно посмотреть, как выглядит модель измененного поведения пациента, чётко сформулированная немецким профессором психологии Ральфом Шварцером. Это та конструкция, в рамках которой клинический психолог кропотливо работает с каждым пациентом.

Итак, для того чтобы сделать прыжок от поведения риска к поведению, ведущему к здоровью, первым делом необходимо осознать опасности для жизни и здоровья, которые несёт нынешний образ жизни данного человека. Иными словами, психолог помогает пациенту в полной мере понять, каковы будут реальные результаты «нездорового» поведения, если оно не будет меняться. Далее консультант и пациент определяют, какие цели необходимо достигнуть, чего мы ожидаем от изменений поведения? Следующим этапом формулируется и подтверждается намерение пациента действовать в интересах своего здоровья, выстраивается копинг-план, обозначаются ресурсы и, конечно, барьеры, которые могут препятствовать достижению цели. Задача клинического психолога – помочь пациенту поверить в свою эффективность, обрести уверенность в том, что у него достаточно эмоциональных, поведенческих, когнитивных и социальных ресурсов идти по пути

изменения и достичь желаемого результата, то есть сохранить либо восстановить свой потенциал здоровья.

Так что же нам нужно: эффективная профилактика или видимость её? Если первое, то интерес руководителей отрасли здравоохранения и главных врачей лечебных учреждений к клинической психологии должен стать более пристальным и прикладным.

Совладай со стрессом

Как ни странно, впервые важность мотивационного подхода была сформулирована самими

моей собеседницы, не только возможно, но и непременно нужно обеспечить правильное восприятие человеком своей болезни. Это ещё одно из направлений, которым могут и должны заниматься клинические психологи в медицинских учреждениях.

В конце XX века начала формироваться концепция копинга – совладания со стрессом. Если раньше считалось, что стресса надо избегать, то сегодня стратегия иная – с ним нужно уметь «поладить», в том числе когда под этим мы подразумеваем болезнь.

– Первым о копинг-поведении начал говорить выдающийся американский психолог Ричард

шедшие высокотехнологичное лечение, являются приверженными той стопроцентно необходимой терапии, которая им рекомендована для сохранения эффекта операции. Они полагают, что улучшение состояния в данный момент – достаточное основание прекратить приём препаратов. Кстати, тем же самым «грешат» многие пациенты с хроническими заболеваниями.

Ещё часть пролеченных оказываются психологически не готовы к выздоровлению, и даже при положительном исходе хирургического вмешательства или мощной терапии продолжают чувствовать – не быть, а именно

практикующими врачами. Кардиолог Стефан Рольник (Великобритания) понял и публично высказал мысль, что без мотивационного интервью с пациентом все его усилия бесполезны. А психиатр Вильям Миллер (США) пришёл к выводу, что без этого вообще усилия всех врачей бесполезны. Так в мировом практическом здравоохранении появился запрос к клиническим психологам на формирование мотивации пациента стараться не заболеть вовсе или, заболев, осознанно лечиться. Можно выполнить самую сложнейшую дорогостоящую операцию и назначить самые сильные препараты, но он будет болеть и дальше, потому что не поменяет образ своих мыслей и поведение.

Однако не только в мотивации дело. Если человек серьёзно заболел, то сам по себе фактор стресса, депрессии, тревоги негативно влияет на прогноз течения болезни и выздоровления.

– Многие доктора рассказывают нам, что у одного пациента не самая сложная клиническая ситуация, благоприятный прогноз, операция выполнена успешно, а он умирает, тогда как у другого исходно очень сложная ситуация и статистически неблагоприятный прогноз, а человек выкарабкивается. Я не знаю ни одного онколога или хирурга, который бы не задавался вопросом, почему так происходит. Чтобы найти ответ на этот вопрос, мы вместе с онкологами, неврологами, кардиологами ряда московских клиник начали научные исследования, предметом которых являются длительные тяжело протекающие хронические заболевания и факторы, которые влияют на прогноз и скорость восстановления пациента после лечения. Необходимо выяснить, за счёт чего формируется неблагоприятная модель восприятия человеком своей болезни и лечения. Это позволит сформировать эффективный протокол ведения таких пациентов с клинико-психологической точки зрения, – продолжает Н.Сирота.

Первые же результаты данного исследования оказались высоко результативными. В частности, получены статистически значимые доказательства того, что стресс у пациентов со злокачественными опухолями репродуктивной системы усиливает формирование метастазов. То есть психологический стресс оказывает негативное воздействие на уже существующие патофизиологические процессы, усугубляя их.

Можно ли сформировать «эффективный образ мыслей» у тяжело больного человека? По словам

Лазарус. Я считаю, что это стало переворотом и в психологии, и в медицине, поэтому поведение, совладающее с болезнью, является одной из главных научных и прикладных тематик нашего факультета. Кстати, тактика копинга подразумевает совладание не только со стрессом и болезнью, но и с самим собой: для того, чтобы начать вести здоровый образ жизни, человеку необходимо что-то преодолеть и в себе, и вне себя, – поясняет профессор Н.Сирота.

Все направления клинико-психологической работы в Московском государственном медико-стоматологическом университете им. А.И.Евдокимова не только развивают в теории, но и реализуют на практике. Общение научных сотрудников факультета с пациентами в клинике не завершается заполнением опросников, на основе которых учёные затем будут строить свои умозаключения – это, по оценке декана, было бы верхом неэтичности по отношению к больным и их лечащим врачам. Исходя из этого взаимодействие учёных с клиническими базами университета – это также оказание психологической помощи и пациентам, и медработникам, которые в ней нуждаются.

В интересах экономики

Главный вопрос: почему российская система здравоохранения почти равнодушна к тому, что именно ей предлагают клинические психологи?

Более того, как только заходит речь о финансовом кризисе и необходимости оптимизировать штатное расписание в лечебных учреждениях, в первую очередь сокращаются ставки медицинских психологов. Станный и недалёкий подход, учитывая не только собственно медицинскую составляющую эффекта работы клинических психологов, но и экономическую.

Клинические психологи настаивают на широком интегративном подходе к пациенту. Ведь использование сложных диагностических методов, высокотехнологичных операций, современных лекарственных препаратов в лечении больных – это, бесспорно, важно. А как этот пациент будет реагировать на сложное диагностическое оборудование, на предстоящее ему высокотехнологичное лечение, а самое главное – на рекомендации врача после операции? Не секрет, что далеко не все пациенты, про-

воспринимать – себя чрезвычайно больными. Они постоянно испытывают по этому поводу тревогу, доходя до состояния депрессии и тем самым «реанимируя» болезнь. Рано или поздно встаёт вопрос об эффективности затрат на оказание высокотехнологичной медицинской помощи и той и другой категориям больных. Часть из них пополняет статистику летальности, часть нуждается в повторном дорогостоящем лечении.

– Пациента надо готовить к предстоящему лечению и сопровождать после оказания ему высокочувствительной медицинской помощи. И делать это нужно профессионально, потому что человеку предстоит очень многое поменять и в своих мыслях, и в отношении к жизни и болезни, и в поведении. Если мы позволим тревоге или депрессии захватить больного, то усилия, которые приложили врачи к его лечению, очень скоро окажутся напрасными, – резюмирует Н.Сирота.

За рубежом такой подход наиболее активно практикуется в США и Израиле.

По мнению моей собеседницы, с финансово-экономической точки зрения это абсолютно оправданная стратегия. Работа клинических психологов способствует минимизации экономических потерь государства на повторное лечение пациентов, которые не выполнили рекомендации докторов после ранее проведённых операций и т.п. То есть клиническая психология снижает экономические риски здравоохранения.

Сейчас российское здравоохранение взяло курс – во всяком случае объявило об этом – на профилактическую медицину. В каждой поликлинике теперь должно быть создано отделение или кабинет профилактической медицины. После разговора с деканом факультета клинической психологии МГМСУ совершенно очевидно, что в этих отделениях и кабинетах обязательно должен быть клинический психолог. Равно как они необходимы в стационарах. Есть ли запрос на подготовку таких специалистов?

В России немало вузов, где готовят клинических психологов, но число выпускников не обеспечивает потребности здравоохранения. В то же время есть трудности с трудоустройством данных специалистов: очень мало ставок клинических психологов в государственных лечебных учреждениях. Вот такой парадокс.

ЕЛЕНА ЮРИНА.

Авторитетное мнение

Хирургия с «непростой судьбой»

Кто и как должен оперировать на пищеводе — вопрос по-прежнему спорный

Формально понятие «торакоабдоминальная хирургия» существует, хотя фактически эта область уже давно поделена между торакальными и абдоминальными хирургами. При этом наособицу оказалась хирургия пищевода, которая не вписывается в эти анатомические рамки. Впрочем, не только в анатомические: хирургия пищевода позже остальных начала переход к малотравматичным операциям, она не является предметом интереса для органного донорства, равно как и для биотехнологий. О «непростой судьбе» одного из самых сложных разделов медицины мы беседуем с заведующим хирургическим отделением № 1 Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского доктором медицинских наук Алексеем ШЕСТАКОВЫМ.

Универсальный хирург: время ушло?

— Алексей Леонидович, вы работаете в клинике, где, собственно, и зародилась отечественная хирургия пищевода. Как получилось, что её не взяли ни в торакальную, ни в абдоминальную области?

— В начале XX века были две области, куда хирургам вообще запрещено было вмешиваться, — сердце и пищевод. Такой подход практиковался в медицинских университетах и клиниках по всему миру. Считалось, что оперировать на этих органах абсолютно бессмысленно из-за высокой летальности.

В середине XX века ситуация изменилась, но всё равно не настолько, чтобы хирургия пищевода стала разделом, которым занимаются все и всюду. В СССР именно Борис Васильевич Петровский выделил хирургию пищевода и желудка в самостоятельный раздел. Он хотел, чтобы врачи — пусть даже их будет не очень много — специализировались именно на этой узкой теме.

Что касается сегодняшнего времени, официально у хирургии пищевода нет «прописки» в каком-то определённом разделе. Всё отдано на откуп хирургических школ. Есть клиники, где пищеводом занимаются исключительно торакальные хирурги, такой подход практикуют, в частности, онкологи. В РНЦХ — иначе, при сохранении специализации отделения на хирургии пищевода и желудка сегодня на деле мы работаем как классические торакоабдоминальные хирурги. Такова особенность хирургии этого органа — его недостаточно просто удалить, без реконструкции считать лечение больного завершённым нельзя. А как только речь заходит о реконструкции, мы обращаем внимание на брюшную полость, из органов которой и создаётся искусственный пищевод.

В любом случае хирург, который занимается вмешательствами на пищеводе, должен быть в достаточной мере синтетическим.

— А как же специализация, о которой мечтал Петровский?

— Борис Васильевич о ней не мечтал — он её создал. В то время это было актуально, позволило сконцентрировать методики в одних руках, довести их до совершенства, подготовить специалистов высокого уровня и сформировать хирургическую школу, которая по сей день определяет лицо российской хирургии.

Но мне представляется, что настало время расширять эти рамки. Чрезмерно узкая специализация приводит к тому, что человек, который научился оперировать желчный пузырь, не знает, как сделать резекцию желудка. Если он отлично выполняет операции на пищеводе, то должен быть ориентирован в иных разделах хирургии грудной клетки, брюшной полости, малого таза и др. Мы же не пищевод оперируем, а пациента! А у него могут быть проблемы с несколькими органами, когда необходимо выполнить одномоментную сочетанную операцию.



Сегодня подход к подготовке хирургов должен стать более широким. Обучение клинических ординаторов подразумевает их ротацию в пределах нескольких подразделений хирургического центра, однако получить значимый опыт по всем направлениям за время последипломного обучения сложно. Думаю, целесообразно было бы распространить эту практику на молодых хирургов, которые после обучения стали сотрудниками центра. К примеру, молодые специалисты отделения хирургии пищевода и желудка какое-то время работали бы в отделении хирургии печени и желчных путей, в колопроктологии. В свою очередь, врачи этих отделений специализировались бы в хирургии пищевода. Важна полноценная стажировка и в отделении сосудистой хирургии, поскольку абдоминальным и торакальным хирургам важно уметь грамотно накладывать сосудистый шов. Всё это позволило бы и дальше развивать единую школу торакоабдоминальной хирургии РНЦХ.

Кстати, сам Борис Васильевич оперировал всё — сердце, сосуды, почки, желудок, — и для него это не составляло труда, он был абсолютным поливалентным хирургом. Но время таких хирургов ушло.

— Оно должно вернуться?

— Нет, не должно. Понятно, что специалисту в торакоабдоминальной хирургии не стоит пытаться осваивать ещё и хирургию сердца или нейрохирургию: современная хирургия настолько усложнилась, что на это и жизни не хватит. Однако в пределах одной анатомической области или группы органов он должен иметь более широкие знания и навыки. Если хирургия лёгких может стоять особняком, то желудочно-кишечный тракт, с моей точки зрения, должен быть в одних руках — от глотки до прямой кишки.

Доступ — не самоцель

— Кстати о методиках. Даже выходцы из одной школы академика РАН Александра Черноусова исповедуют разную философию хирургии пищевода. Одни — убеждённые сторонники открытых операций, другие — в частности ваше отделение — делают ставку на малоинвазивный подход. Почему вы именно это направление считаете приоритетным?

— Действительно, с 2012 г. мы начали выполнять операции на пищеводе из торакоскопического доступа. А сегодня и пластику

пищевода делаем миниинвазивно — лапароскопически. Если состояние больного позволяет, оба этапа — и удаление пищевода, и реконструкция его — проводятся одномоментно, а если не позволяет, то второй этап выполняется позже.

В практике нашего отделения уже несколько десятков таких операций. Мы это делаем абсолютно осознанно, хотя пока получается несколько сложнее и дольше. Почему мы это делаем и будем делать? Потому что убедились в эффективности эндоскопического подхода при всех заболеваниях пищевода, как доброкачественных, так и злокачественных. И хотя наш опыт выполнения малоинвазивных операций при раке пищевода пока небольшой, мы не видим ухудшения результатов, сравнивая, как протекает послеоперационный период у пациентов после стандартных операций с традиционным большим разрезом и после эндоскопических проколов.

В целом мы очень серьёзно выигрываем за счёт внедрения этих технологий, о чём говорит проведённое клинко-экономическое исследование: в несколько раз сократилось количество послеоперационных осложнений со стороны лёгких, уменьшилось время пребывания пациента в реанимации. Во времена, когда я только начинал заниматься хирургией пищевода, ещё не было видеоэндоскопических технологий, всех оперировали из большого доступа. После этого пациенты 4-5 дней находились в реанимации. Сейчас мы переводим их в палату уже на следующий день, сразу поднимаем на ноги, на третьи сутки кормим. Раньше их начинали кормить на 6-7-е сутки.

— Fast Track-хирургия в действии?

— Да, это и есть Fast Track, технология ускоренного выздоровления. Для данной категории пациентов Fast Track особенно важен, так как они изначально очень декомпенсированы и скомпрометированы по резервам организма: из-за невозможности полноценно питаться человек может потерять до 30-40 кг веса за несколько месяцев. Вот почему активная предоперационная подготовка и послеоперационное ведение по принципам Fast Track в хирургии пищевода принципиально необходимы.

В то же время без видеоэндоскопических методик программа ускоренного выздоровления, с моей точки зрения, если и не бессмысленна, то уж точно малоэффективна. Ускоренная реабилитация не работает в открытой хирургии. Как бы нас ни убеждали в обратном, я в это не верю.

В своё время я активно интересовался вопросами хирургического стресса, это было темой моей докторской диссертации. Изучал целый ряд маркеров и критериев стресса, в том числе изменение уровня стрессовых гормонов у пациентов, которым выполняли лапароскопическое вмешательство и стандартную операцию из большого разреза. Были получены достоверные, весьма существенные различия в пользу малого доступа, подтвердившие, что скорость восстановления больного после операции напрямую зависит от хирургического доступа. Главная

проблема «традиционной» операции из стандартного большого разреза как раз и заключается в серьёзной травме, когда пересекаются пластиы мышц, связки, нервные окончания, что вызывает у пациента болевые ощущения и физические ограничения. О какой ранней активизации в этом случае может идти речь? В этом принципиальная разница между открытой и малоинвазивной хирургией.

— Самый отдалённый период наблюдения ваших пациентов после эндоскопических реконструкций пищевода — 7 лет. Были за это время случаи, когда потребовалась повторная операция из-за того, что необходимый результат не был достигнут?

— В зависимости от того, что понимать под словом «результат». Если к нам приходит пациент, который не может питаться через рот потому, что у него пищевод обожжён, критически сужен или, наоборот, расширен, как мешок, то ничего кроме удаления пищевода ему не предложишь. То есть результат получаешь такой, как и планировал.

После второго этапа операции — реконструкции пищевода — да, бывают сложности, потому что хирурги при всём желании не могут сделать новый пищевод так, как он создан природой. Каким бы совершенным ни был трансплантат, сформированный из желудочной трубки или части кишки, это всё равно эрзац, он немного по-другому работает. Тем не менее у нас за все эти годы было только два случая, когда пришлось через какое-то время делать дополнительно местные реконструкции, потому что новый пищевод не справлялся с работой.

К сожалению, такое изредка случается, однако это обстоятельство никак не связано с лапароскопическим доступом.

— Но всё равно открытая хирургия пищевода остаётся в вашем арсенале? Какое соотношение между ней и эндоскопией?

— Если говорить об удалении пищевода, мы в 90% случаев делаем это торакоскопически. А вот реконструктивный этап — здесь мы в начале большого пути, такие операции мы начали делать лапароскопически всего два года назад, поэтому пока соотношение открытой и малоинвазивных вмешательств где-то 50 на 50.

Вот что ещё важно подчеркнуть: несмотря на сказанное выше, малый доступ — это не самоцель. По большому счёту, если отвлечься от темы Fast Track-хирургии, я вообще не считаю вопрос доступа принципиальным. В хирургии пищевода, как и в любом другом разделе, подход должен быть таким: если у нас есть хоть какие-то сомнения, что, глядя на монитор и не имея возможности потрогать ткани руками, мы рискуем создать пациенту серьёзные проблемы, то без лишних раздумий переходим на традиционный большой разрез. Процент конверсий доступа невелик, но он всегда есть.

Хирургический доступ — это не самый главный вопрос

— А какой самый главный?

— Результат операции, безопасность её выполнения. Иными словами, использование эндоскопической техники в хирургии подразумевает, что вы получаете то же самое качество, как если

бы вы оперировали без неё. Когда мы понимаем, что можем применить эндоскопическую технику безопасно и с получением того же самого результата, мы это делаем, обеспечивая больному оптимальное послеоперационное восстановление. Если это не так, выбор доступа очевиден.

Демократия отменяется

— Многие ли ваши российские коллеги идут в сторону малой травматизации пищевода хирургии?

— Таких немало как среди хирургов, так и среди онкологов. Но не скажу, что нас большинство. Есть и те, кто никогда не делали эндоскопических операций, не делают и пока не собираются. Почему? Мне думается, главные причины в нежелании учиться новому и в страхе неудачи. Если вы думаете, что в зрелом возрасте, когда ты уже освоил открытую хирургию и уверен в своих результатах, у многих есть интерес что-то новое начинать с нуля, то ошибаетесь. Это всегда сложно, знаю по себе. Но мне в этом смысле повезло: у нас в отделении молодёжь, которая меня заражает своим энтузиазмом и стимулирует учиться.

А знаете, как зачастую внедряются эти методики? Не желанием врачей, а исключительно директивной руководством. Шеф клиники просто говорит: «С завтрашнего дня начинаем делать такие-то операции эндоскопически». И приказ не обсуждается. В хирургии не должно быть демократии, так как ответственность в итоге всегда на руководителе.

Я помню, как Борис Васильевич настаивал на внедрении новых по тем временам технологий по самым различным направлениям. На пятничных утренних институтских конференциях, приняв доклады у завотделений, он спрашивал: «Вы освоили такую-то методику? Если да, передавайте опыт своим коллегам, а сами начинайте осваивать следующую». Как только какое-то новое направление возникло в мировой хирургии, это сразу же осваивалось в РНЦХ. Таким же постоянным поиском и внедрением нового и сейчас живёт хирургическая школа, созданная Б.Петровским, и теперь уже я как руководитель отделения слышу подобные послы от сегодняшнего руководства центра хирургии.

— Вы верите в возможность создать биопротез пищевода, который будет более функционален и физиологичен, чем сформированный из желудочной трубки или кишечника? Или в этом нет нужды?

— В этом есть нужда. Но задача заключается в том, что биопротез пищевода должен обладать моторикой. Чтобы пищевод подхватывал сокращения мышц глотки и проводил пищу до желудка, должна быть единая перистальтическая волна. Смогут ли это сделать специалисты в области клеточных технологий? Не знаю. Если эту задачу не решить, человек либо не сможет глотать, либо пища будет скапливаться в протезе и не транспортироваться в желудок.

Я не верю, что существуют нерешаемые задачи. Но на сегодняшнем этапе развития науки я пока таких наработок не вижу. А они очень нужны, потому что есть категория больных, у которых новый пищевод сделать просто не из чего, к примеру, если они были ранее оперированы и весь тканевый ресурс желудка либо кишечника уже израсходован. Сейчас единственное, что мы можем им предложить, — жизнь с гастростомой.

Несколько лет назад мне довелось побывать в одном из российских научных центров, где занимаются биотехнологиями и в том числе создают протезы сосудов. На мой вопрос, смогут ли учёные разработать биопротез пищевода, мне с энтузиазмом ответили «Сделаем!». Пока тишина...

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».

Во всём мире в год регистрируется около 18 млн случаев сепсиса. Летальность при нём варьирует от 30 до 50%. В 2016 г. была принята концепция «Сепсис-3», составленная консенсусным комитетом из 68 авторитетных экспертов по проблеме сепсиса. Данные эксперты являются широко известными во всём мире специалистами, которые представляют 30 международных организаций.

Определение сепсиса, согласно данной концепции, следующее: сепсис – «жизнеугрожающая органная дисфункция вследствие дисрегуляторного ответа организма на инфекцию». Диагноз сепсиса ставится при наличии подтверждённого инфекционного очага и органной дисфункции, которую рекомендуется оценивать по шкале Quick SOFA (qSOFA). Шкала qSOFA является модификацией классической шкалы SOFA (Sequential Organ Failure Assessment). Шкала валидирована на массиве, превышающем 700 тыс. больных, она показала высокую эффективность вне отделения интенсивной терапии, когда нет времени на выполнение и оценку лабораторных данных, однако в отделении реаниматологии следует использовать стандартную шкалу для более точной оценки. Во внимание принимаются три простых и быстро оцениваемых клинических признака: нарушение сознания, одышка (ЧДД более 22/мин), гипотензия (САД менее 100 мм рт.ст.).

Однако трактовка сепсиса на основе данной шкалы имеет несколько отрицательных сторон. Около 90% всех пациентов отделений реаниматологии подходят под критерии сепсиса. Следует помнить, что как неинфекционные (травмы, ожоги и др.), так и инфекционные процессы могут иметь одинаковые клинические проявления. Кроме того, результаты некоторых исследований показали, что 1 из 8 госпитализированных пациентов в отделение реаниматологии с инфекцией и развившейся на её фоне полиорганной недостаточности вообще не имели критериев системного воспалительного ответа и сепсиса.

Частичным случаем сепсиса, в основе которого лежат глубокие циркуляторные и клеточные/метаболические нарушения, является септический шок. Критериями септического шока являются: необходимость введения вазопрессоров для поддержания АДср выше 65 мм рт.ст.; уровень лактата выше 2 ммоль/л на фоне адекватной инфузионной терапии.

Согласно последним данным, выделяют три стадии развития сепсиса. При проникновении бактерий в организм происходит продукция и выброс цитокинов, которые вызывают реакции для уничтожения бактерий. В конце всего каскада реакций формируются фаголизосомы. Если бактерии выходят за пределы фаголизосом, развивается вторая стадия сепсиса. Из фаголизосом помимо бактерий выходят небольшие количества медиаторов. Поступая в кровь, они активируют различные биологически активные вещества: молекулы адгезии, гормоны роста и др. В нормальных условиях происходит баланс между про- и противовоспалительными цитокинами, что приводит к заживлению ран и стабилизации состояния. В случае, если бактериальная нагрузка настолько большая, а бактерии окажутся сильно вирулентными, выраженный воспалительный ответ на такое воздействие может начать воздействовать на сам организм человека. В данном случае происходит генерализация воспалительной реакции.

В патогенезе шока при сепсисе имеют значение три основных механизма: снижение периферического сосудистого тонуса, прогрессирующая миокардиальная дисфункция и уменьшение объёма циркулирующей крови вследствие

повышенной сосудистой проницаемости.

В 2013 г. комитетом была предложена обновлённая программа диагностики лечения тяжёлого сепсиса и септического шока. Важнейшими условиями при постановке диагноза являются выявление источника инфекции, определение характера возбудителя, а также последующая адекватная антибактериальная терапия. Диагноз сепсиса в соответствии с между-

ческую роль в развитии сепсиса следует считать доказанной.

Перед началом антибактериальной терапии у больных с подозрением на сепсис и септический шок необходимо выполнить микробиологическое исследование биологических жидкостей (кровь, мокрота, моча, раневое отделяемое, спинномозговая жидкость). Нет смысла производить анализ всех возможных жидкостей организма больного (если только

потенциальных грибов и вирусов, которые проникают в достаточной концентрации в возможный очаг инфекции. Коррекция в виде сужения эмпирической антибиотикотерапии должна быть произведена в случае идентификации возбудителя и его чувствительности и/или в случае клинического улучшения. А также режим антимикробной терапии должен пересматриваться ежедневно для возможной деэскалации.

лина ведёт к улучшению функции почек без применения низких доз допамина.

Много вопросов возникало при применении гемотрансфузии у пациентов с сепсисом. У взрослых пациентов гемотрансфузия эритроцитов рекомендуется только в случае снижения уровня гемоглобина < 70 г/л при условии отсутствия других отягчающих состояний, таких как ишемия миокарда, тяжёлая гипоксемия или

Новые подходы

Современный взгляд на проблему сепсиса

Почему не удаётся преодолеть ведущую причину смерти в отделениях интенсивной терапии



народной классификацией болезнью должен содержать сведения о его этиологии (стафилококковый, стрептококковый, синегнойный и т.д.). Клинической особенностью сепсиса является его ациклическое течение. Это проявляется изменением в первую очередь характера температуры и лейкоцитоза (чередование подъёмов с последующим снижением), не характерных для обычного течения инфекционного процесса, что отражает признаки генерализации инфекционного процесса.

Сепсис и септический шок являются экстренными медицинскими ситуациями, в связи с чем лечение должно быть начато немедленно. Пациенты с гипоперфузией в течение первых 3 часов реанимационных мероприятий должны получить не менее 30 мл/кг растворов кристаллоидов внутривенно.

Последующая дополнительная инфузионная терапия корректируется, основываясь на данных частой повторной оценки состояния гемодинамики.

У пациентов с признаками септического шока, которым требуется назначение вазопрессоров, исходное целевое среднее артериальное давление (АД) должно быть 65 мм рт.ст.

Антибактериальная терапия, направленная на известного возбудителя, обеспечивает значительно лучший клинический эффект, чем эмпирическая, направленная на широкий круг вероятных возбудителей. Именно поэтому микробиологической диагностике сепсиса следует уделять не меньше внимания, чем вопросам выбора режима терапии. Микробиологическая диагностика сепсиса предполагает исследование вероятного очага(ов) инфекции и периферической крови. В том случае, если из предполагаемого очага инфекции и из периферической крови выделяется один и тот же микроорганизм, его этиологи-

непонятен источник сепсиса), так как это только может привести к неадекватному назначению антимикробных препаратов при получении результатов исследования.

Забор культуры на посев следует произвести до назначения антимикробной терапии, если это не вызывает значительной задержки (> 45 мин), так как после первой дозы антибиотика происходит стерилизация культуры от нескольких минут до нескольких часов. Следует делать как минимум два забора гемокультуры (каждый из них сеять на аэробы и анаэробы). Первый забор гемокультуры производить пункционно, второй забор – через имеющийся сосудистый доступ, установленный более 48 часов назад. Необходимо как можно раньше использовать ультразвуковое исследование, компьютерную томографию, эндоскопию для выявления потенциального источника инфекции.

Бактериemia является одним из возможных, но необязательных проявлений сепсиса. Отсутствие бактериемии не исключает возможность диагноза при наличии критериев сепсиса. У всех больных с подозрением на сепсис необходимо выполнять анализ крови на микробиологическое исследование (аэробные и анаэробные микроорганизмы) перед каждой сменой антибактериальной терапии.

Внутривенное применение противомикробных препаратов должно быть начато сразу после идентификации возбудителя и/или в течение часа после появления первых симптомов сепсиса/септического шока. Рекомендуется эмпирическая антимикробная терапия у пациентов с сепсисом/септическим шоком, включающая по меньшей мере два класса антибиотиков широкого спектра действия с целью воздействия на больший спектр микроорганизмов, в том числе бактерий,

Адекватная продолжительность антибактериальной терапии для большинства инфекций, связанных с сепсисом/септическим шоком, составляет 7-10 дней. Более длительная антибиотикотерапия не желательна из-за развития возможных осложнений лечения, риска селекции резистентных штаммов и развития суперинфекции.

Рекомендуется, чтобы у пациентов с сепсисом/септическим шоком был определён и санирован конкретный анатомический источник инфекции и чтобы все необходимые мероприятия по санации этого источника были предприняты, как только диагноз будет установлен.

Основными задачами инфузионной терапии у больных с сепсисом являются: восстановление адекватной тканевой перфузии, нормализация клеточного метаболизма, коррекция расстройств гомеостаза, снижение концентрации медиаторов септического шока и токсических метаболитов. При сепсисе с ПОН и при септическом шоке необходимо стремиться к быстрому достижению (первые 6 часов после поступления) целевых значений следующих параметров: ЦВД 8-12 мм рт.ст., АДср > 65 мм рт.ст., диурез 0,5 мл/кг/ч, гематокрит более 30%, сатурация крови в верхней полой вене или правом предсердии не менее 70%.

По последним данным не рекомендуется использовать гидроксизилкрахмал для замещения объёма внутрисосудистой жидкости у пациентов с сепсисом/септическим шоком. При выраженной гипотензии необходимо использование вазопрессоров, которое направлено на поддержание среднего артериального давления > 65 мм рт.ст. Норадреналин является препаратом выбора, так как он повышает АДср и увеличивает гломерулярную фильтрацию. Оптимизация системной гемодинамики под действием норадрена-

острая кровопотеря. Не рекомендуется использовать эритропоэтин для лечения анемии, ассоциированной с сепсисом. Кроме того, не рекомендуется использовать антиромбин.

При остром респираторном дистресс-синдроме (ОРДС), индуцированном сепсисом, у взрослых рекомендуется использовать целевой дыхательный объём 6 мл/кг массы тела по сравнению с 12 мл/кг массы тела.

Для пациентов с тяжёлым ОРДС, вызванным сепсисом оптимальным является прона-позиция по сравнению с положением на спине и соотношением PaO2/FiO2 < 150 мм рт.ст. Не рекомендуется использовать высокочастотную ИВЛ у взрослых с ОРДС, вызванным сепсисом. В рутинной практике не рекомендуется установка катетера в лёгочную артерию у пациентов с ОРДС, вызванным сепсисом.

С целью профилактики аспирации, а также для предотвращения развития вентилятор-ассоциированной пневмонии у пациентов, находящихся на ИВЛ, рекомендуется положение лёжа с приподнятым головным концом от 30 до 45 градусов.

Кроме того, рекомендуются тренировки со спонтанным дыханием пациентам с сепсисом, которые находятся на ИВЛ, но которые готовы к отлучению от него. У пациентов с сепсисом на аппаратной ИВЛ рекомендуется минимизировать седацию.

Для профилактики венозных тромбозов/эмболических осложнений (ВТЭО) рекомендовано использование как нефракционированных гепаринов, так и низкомолекулярных гепаринов при условии отсутствия противопоказаний к их применению.

Профилактику стероидных язв рекомендуется проводить пациентам с сепсисом/септическим шоком с высоким риском развития желудочно-кишечного кровотечения. Не рекомендуется проводить профилактику стероидных язв при отсутствии факторов риска развития желудочно-кишечного кровотечения.

Таким образом, сепсис и септический шок являются важной проблемой анестезиологии и реаниматологии. Лечение и диагностика пациентов согласно современным рекомендациям увеличивает шансы больного на выздоровление. К сожалению, многие аспекты патогенеза сепсиса остаются неясными, однако в данном направлении продолжаются исследования.

Екатерина БОЕВА,
кафедра анестезиологии-реаниматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова.

Исследования

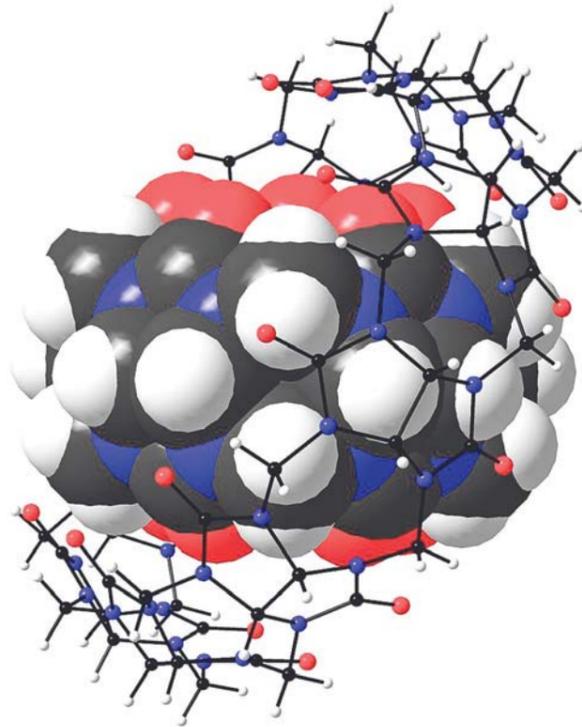
Осмотический шок клеток

Это одна из причин нарушения эндоцитоза

Клеточное деление, проходящее с разделением половинок хромосом (хроматид), строго регулируется, но иногда в его отлаженном молекулярном механизме происходит сбой, приводящий к анеуплоидии, или нарушению числа-плоидности хромосом (яркий пример – синдром Дауна с его третьей добавочной хромосомой 21-й пары).

В Университете Джонса Хопкинса в Балтиморе (США) на примере дрожжевых клеток показали, что анеуплоидия «мешает» поступлению флуоресцентной краски в цитоплазму через мембрану. Известно, что вещества поступают внутрь клетки путём эндоцитоза, который начинается с перераспределения липидов в клеточной мембране. Это необходимо для образования впячивания (инвагинации участка оболочки), которое затем вместе со своим содержимым отщуривается, образуя вакуоль. Переполнение ядра «лишними» хромосомами препятствует эндоцитозу и «заглатыванию» флуоресценции. В Балтиморе выяснили, что анеуплоидия меняет активность до 4% генома, что только в случае генов, кодирующих протеины, составляет до 1000 генов! Изменение состава белков в цитоплазме затрагивает два важных протеина, название одного из которых аррестин говорит само за себя. Второй кратко называется Nedd, и он очень важен для эмбрионального развития и в частности специализации нервных стволовых клеток. Его функция заключается в маркировке отработавших своё или нефункциональных белков, после чего те отправляются на расщепление в протеасомы (большие комплексы, в которых белки разбираются на отдельные аминокислоты). Ранее было показано, что анеуплоидия ведёт к осмотическому шоку клеток, что и является одной из причин нарушения эндоцитоза.

У клеток есть и прямо противоположный механизм, а именно экзоцитоз, или производство внеклеточных пузырьков-везикул (BKB-ECV – Extra-Cellular Vesicles), содержащих молекулы микроРНК (miR), 211-й тип которых необходим для клеточной подвижности (благодаря чему иммунные клетки, в частности, выходят из сосудов в ткани). Сотрудники трёх израильских университетов неожиданно для себя выяснили, что «охоту к перемене мест» стимулируют жировые клетки, которые с помощью miR211 продвигают изменённые клетки вглубь тканей, а также сосудам (кровеносным и лимфатическим). Это увидели на примере меланоцитов, синтезирующих кожный меланин, «углубляющихся» из надкожицы-эпидермиса в кожу благодаря тому, что miR211 подавляет один из белковых рецепторов сдерживания клеточной подвижности. Кроме того, клетки жировой клетчатки нарушают способность мечниковских макрофагов избавляться от холестерина, что установили сотрудники университета в Минеоле, штат Нью-Йорк.



Меньшая молекула кукурбитурила внутри большей чёрной

На этом не слишком-то обнадёживающем фоне учёные хватаются за любую возможность максимально адресовать (таргетировать) лекарственное воздействие на клетки. Шанхайские специалисты из

Серотонин считается веществом хорошего настроения, и его нехватка приводит к депрессии вплоть до попыток суицида, однако выяснилось, что он может приводить к тошноте, сопровождаю-

института «Материя Медика» (Materia Medica) предложили наночастицы, локально активирующие иммунные Т-клетки (цитотоксические лимфоциты) в опухолевом микроокружении – microenvironment. Наночастицы содержат фотосенсибилизатор в виде молекул производного красителя индиго, активность которого включается после красного лазерного импульса.

Более полвека назад разразилась трагедия, когда врачи стали прописывать беременным от утренней тошноты талидомид. На замену ему пришли безопасные в этом отношении сертоны, молекулы которых связываются с белковым рецептором серотонина, производным аминокислоты триптофана.

Неприятное чувство подавляют сертоны и, в частности, гранисетрон, однако до трети людей не «отвечают» на их применение. Специалисты Университета Кейс Вестерн Резерв в городе Кливленд (США) с помощью криоэлектронного микроскопа детально рассмотрели структуру серотонинового рецептора в комплексе с гранисетроном с разрешением менее трёх ангстрем (2,9). Авторы приложения Nature надеются, что детальное строение белка поможет молекулярным фармакологам быстро создать средство более универсального действия.

Журнал Американского химического общества предложил для подведения лекарства к больным клеткам тыквообразный кукурбитурил в качестве хозяина для лечебного вещества, которое высвобождается в кислом микроокружении. В качестве носителя авторы статьи использовали гидрогель. Комплекс можно вводить в виде капсул, внутривенно или непосредственно в полость тела. Помимо адресной доставки гидрогель с кукурбитурилом вызывает меньше побочных эффектов, проявляющихся, в частности, тошнотой.

Игорь ЛАЛЯНИЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам *Journal of Translational Medicine, Nature, Science Immunology, Science Signaling, Scientist.*

Идеи

Недавно сообщили об успешной «атаке» ген-редакторов на амавроз (от греч. *ἀμαυρός* – тёмный, чёрный). Речь идёт о редактировании гена, мутация которого приводит к воспалению сетчатки. На самом «нижнем» этапе сетчатки находятся светочувствительные фоторецепторы, или колбочки и палочки (последние могут генерировать импульс в ответ на «падение» одного фотона света).

Зрительный импульс-сигнал возникает благодаря белку натриевого насоса KR, открытого сначала у *Krokinobacter*. Недавно сотрудники Московского физико-технического института в Долгопрудном вместе с коллегами из Гренобля и Германии опубликовали точную структуру KR и предложили механизм ионной накачки с его помощью. Для защиты нейронов их наружные членики со светочувствительным родопсином погружены в слой пигментных клеток, в котором мутации гена RPE (Retinal Pigment Epithelium) вызывают воспаление, убивающее палочки и колбочки, в результате чего у людей «темнеет в глазах» и они страдают от амавроза сетчатки.

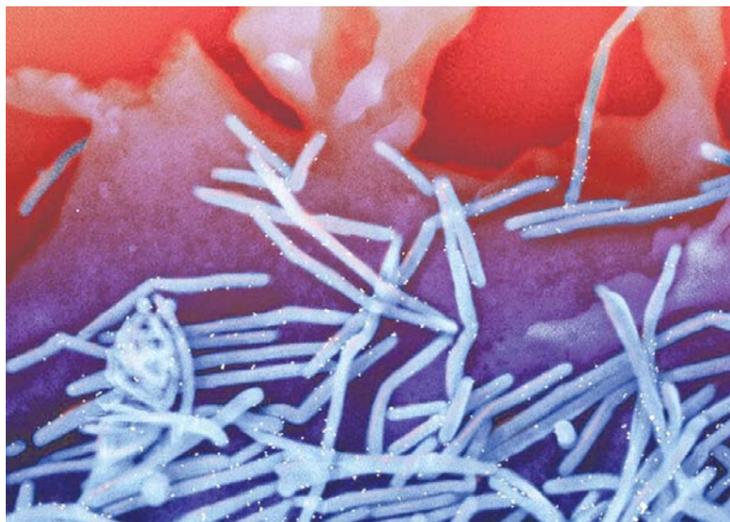
Человечество давно сталкивается с вирусными атаками, ставшими одной из причин волн миграции наших далёких предков из Африки, из которой пришёл и ВИЧ. Учёные довольно быстро разобрались с его строением и предположили, что образование защитных антител вызывает «осахаренный» белок – гликопротеид (сокращённо gp) наружных «шпилек». За треть века было предложено около 100 разных вариантов вакцин, оказавшихся неэффективными. Неудача всех прежних попыток связан с необычайной вариативностью вирусного генома. В то же время есть отдельные

Трудная дорога

Мутация гена приводит к воспалению сетчатки

люди с циркулирующим вирусом в крови, у которых эффективные антитела не позволяют ему проникать в иммунные клетки. Совсем недавно на X конференции по ВИЧ, проходившей в Мехико, участники проекта «Мозаико» (Mosaiko) сообщили о создании эффективной вакцины, которую нужно вводить всего лишь пару раз в год, подкрепляя её эффект двумя введениями «усиливающего» адьюванта на основе фосфата алюминия.

О результатах испытаний первого варианта вакцины «Мозаико» сообщалось ещё в 2009 г. В Таиланде среди добровольцев вакцина снизила риск заражения вирусом иммунодефицита на 60%, но через 3,5 года «защита» снизилась до 31%. На конференции в Мехико известная фармкомпания, присутствующая на нашем рынке, объявила о начале испытаний нового варианта вакцины, в которых примет участие 3800 человек из 8 стран. К четырём инъекциям вакцины будет добавлено два синтетических протеина, копии тех, что характерны для вариантов вирусов, выделенных в Африке, Северной и Южной Америке, Европе и Австралии. Вакцина будет вводиться с помощью ген-модифицированного аденовируса, дикий вариант которого «сидит» у нас в носоглотке, вызывая простуду. В середине августа 2018 г. биоинженеры Гарварда сообщили в журнале *Lancet* о клинических испытаниях «Мозаико» в 12 клиниках Африки и



Респираторный вирус с золотыми наночастицами

ЮАР, Таиланда и США, в которых приняли участие добровольцы в возрасте 18-50 лет, которым в промежутке 0-3 месяца вводили по 50 миллиардов вирусных частиц в объёме 0,5 мл. Через полгода и 48 недель им было добавлено по 50 или 250 микрограмм алюминия с вирусным белком оболочки E₁gp140. Думается, что успех тех испытаний убедил компанию начать собственные испытания широкого масштаба.

Национальный институт здравоохранения (США, Вашингтон, пригород Бетезда), рассказал о

вакцине против респираторного вируса дыхательных путей, вызывающего «слияние» клеток в синцитий. Вирус особенно опасен для новорождённых и пожилых людей, и прежние варианты вакцины были также безуспешны. Сотрудники института и их коллеги из университетов Вашингтона и Техасского в Остине (оба – США) на основе данных структурного анализа сумели создать гликопротеин вируса, вызывающего слияние клеток слизистой дыхательных путей. Журнал опубликовал результаты клинических испытаний первой фазы,

показывающие, что уже через месяц после вакцинации в крови регистрируется высокий титр (в 10 раз по сравнению с обычным) антител высокого качества и эффективности против вирусного Fgp. Предварительно учёные получили обнадёживающий эффект вакцинации у мышей и макак. Успех был достигнут благодаря добавлению в вакцину наночастиц.

О другом успехе учёных Ягеллонского университета в Кракове и Гарварда, а также Бергенского (Норвегия) и Калифорнийского (Сан-Франциско, США) университетов сообщил тот же *Science Advances*. Речь шла о получении небольших молекул COR388, подавляющих нейротоксичность порфириномонаса (*Porphyromonas gingivalis*), живущего в «карманах» дёсен вокруг зубов. Подавлению воспаления дёсен способствует блокирование гингипейнов (gingipain), попадающих по нервным отросткам в мозг и способствующих развитию болезни Альцгеймера. Вполне возможно, что работы вирусологов и микробиологов дадут со временем «синергию» результатов, направленную на поддержание здоровья людей. Тем более что в Мельбурне ещё в 2018 г. начались испытания вакцины против порфириномонаса. А в Сан-Франциско были выявлены два токсичных энзима бактерии, которые убивают нейроны в гиппокампе, или извилине морского конька, в которой нервные стволовые клетки дают клетки памяти, в первую очередь страдающей при Альцгеймере. А в Уганде начались испытания вакцины против вируса Эбола, созданной в Лондонской школе гигиены и тропической медицины.

Иван ЛАРИН.
По материалам *Cell, Lancet, Science Advances.*

Борьба против табака приносит свои плоды, но необходимо более активно помогать желающим отказаться от смертоносной продукции. Многие правительства достигли заметных успехов в борьбе против табака: на сегодняшний день 5 млрд человек – четверо больше, чем десятилетие назад, – проживают в странах, в которых действует запрет на рекламу табачных изделий, на упаковках размещаются наглядные предупреждения о вреде табака и принимаются другие эффективные антитабачные меры. Однако, как показано в новом докладе ВОЗ, многие страны до сих пор недостаточно активно реализуют меры политики, способные уберечь жизнь людей от табачной угрозы, в том числе меры по оказанию помощи людям, желающим отказаться от табака.

В седьмом докладе ВОЗ о глобальной табачной эпидемии анализируются усилия стран по осуществлению наиболее эффективных мер, которые предусмотрены Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака и эффективность которых в плане снижения спроса на табак является доказанной.

Известно, что такие меры, к числу которых относится пакет MPOWER, призванный побудить правительства осуществлять шесть согласующихся с Рамочной конвенцией ВОЗ по борьбе против табака (Monitor – мониторинг потребления табака и политика его предупреждения; Protect – защита людей от табачного дыма; Offer – предложение помощи в целях прекращения употребления табака; Warn – предупреждение об опасности, связанных с табаком; Enforce – обеспечение соблюдения запретов на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий; Raise – повышение налогов на табачные изделия), спасают жизни и экономят финансовые ресурсы благодаря снижению расходов на здравоохранение. Впервые доклад о мерах MPOWER был представлен в 2007 г.

Основное внимание в последнем докладе уделено прогрессу, достигнутому странами в деле оказания помощи желающим отказаться от табака. Сегодня доклад представляется в Бразилии – второй после Турции стране, добившейся самых высоких показателей реализации всего комплекса мер MPOWER. Как отметил Генеральный директор ВОЗ доктор Тедрос Адханом Гебрейесус, правительства должны создавать службы помощи по вопросам отказа от употребления табака в рамках усилий по обеспечению

Ракурс

Новый доклад о глобальной табачной эпидемии

Служб помощи желающим отказаться от курения должно быть больше



всеобщего охвата своих граждан услугами здравоохранения.

«Отказ от табака – одна из лучших вещей, которые человек может сделать для своего собственного здоровья, – заявил Тедрос. – Благодаря пакету MPOWER у правительств имеются практические инструменты для оказания помощи людям, которые хотят побороть эту привычку, продлить свою жизнь и повысить её качество».

В настоящее время в этой области происходят позитивные сдвиги: в странах, которые на сегодняшний день предоставляют комплексные услуги желающим отказаться от табака, проживает 2,4 млрд человек (на 2 млрд больше, чем в 2007 г.). Однако только 23 страны предоставляют такие услуги на уровне, соответствующем требованиям передовой практики, в силу чего данная мера MPOWER является наименее реализованной с точки зрения числа стран, полностью покрывающих расходы на такую помощь».

По мнению Майкла Блумберга, глобального посла ВОЗ по борьбе с неинфекционными заболеваниями и травматизмом и основателя Благотворительного фонда Блумберга, доклад показывает, что при

эффективной реализации иницируемые правительствами меры по оказанию помощи желающим отказаться от табака приносят свои плоды. «Всё большее количество стран объявляет своим приоритетом борьбу против табака ради спасения человеческих жизней, но предстоит ещё огромный объём работы, – заявил М.Блумберг. – Новый доклад ВОЗ высвечивает глобальные усилия, направленные на то, чтобы помочь людям отказаться от употребления табака, и в нём приводятся некоторые из наиболее важных достижений в этой области».

В докладе, подготовленном при финансовой поддержке Благотворительного фонда Блумберга, показано, что, хотя максимальных показателей в реализации мер политики по поддержке отказа от табака добились только 23 страны, ещё 116 стран предоставляют такие услуги на условиях полного или частичного покрытия расходов в отдельных учреждениях здравоохранения или в большинстве из них, а ещё 32 страны предлагают эти услуги, но не покрывают расходы на их оказание, что говорит о высоком уровне спроса на помощь при отказе от табака.

В большинстве стран доля по-

требителей табака также снижается, но в результате роста населения общая численность потребителей остаётся, как и прежде, высокой. Оценочная численность курильщиков в настоящее время составляет 1,1 млрд человек, из которых 80% проживают в странах с низким и средним уровнем дохода (СНСД).

По сравнению с предыдущим докладом ВОЗ о глобальной табачной эпидемии 2017 г. в докладе 2019 г. содержится ряд новых выводов: 36 стран добились самых высоких показателей реализации мер MPOWER; более половины населения мира – 3,9 млрд человек, живущих в 91 стране, – защищены такой мерой, как крупные наглядные предупреждения, соответствующие всем рекомендованным характеристикам, благодаря чему эта мера MPOWER охватывает самую большую долю населения и наибольшее количество стран; законодательные требования о размещении крупных наглядных предупреждений установлены в 14 странах, благодаря чему в последние 2 года эта мера MPOWER распространяется среди стран быстрее всего; больше всего вырос охват населения такой мерой, как налогообложение табачных

изделий. Показатель охвата этой мерой MPOWER вырос почти вдвое, с 8% в 2016 г. до 14% в 2018 г. Тем не менее по сравнению с другими мерами MPOWER налогообложение, оставаясь наиболее эффективным способом сокращения потребления табака, по-прежнему охватывает наименьшую долю населения; из 5 млрд людей, защищённых по крайней мере одной мерой политики MPOWER, 3,9 млрд живут в СНСД (что соответствует 61% всего населения СНСД); в 59 странах, 49 из которых относятся к СНСД, пока не введено ни одной меры MPOWER, соответствующей самым высоким требованиям; 17 из 34 существующих в мире стран с низким уровнем дохода на сегодняшний день реализовали хотя бы одну меру MPOWER в соответствии с критериями наилучшей практики, по сравнению с тремя странами в 2007 г., и это говорит о том, что уровень дохода не является препятствием к освоению передовых методов борьбы с табаком.

Со времени публикации предыдущего доклада каждая из мер MPOWER была реализована в соответствии с требованиями передовой практики в новых странах: 7 стран приняли всеобъемлющее законодательство о зонах, свободных от табачного дыма, которое распространяется на все общественные помещения и рабочие места; 4 страны привели в соответствие с требованиями передовой практики услуги для желающих отказаться от табака. Вместе с тем за этот же период времени из наивысшей категории выбыли 6 других стран, в результате общее число таких стран уменьшилось на 2; 14 стран ввели требования о размещении крупных наглядных предупреждений на упаковке; 10 стран ввели полный запрет на рекламу, стимулирование продаж и спонсорство табачных изделий; 10 стран (Андорра, Австралия, Бразилия, Колумбия, Египет, Маврикий, Черногория, Новая Зеландия, Северная Македония и Таиланд) повысили налоги, доведя их до уровня не менее 75% от розничной цены.

Юлия ИНИНА.

Бывает и такое

Рейчел Пигхиллз, 33-летняя жительница английского города Вустер, страдающая редкой болезнью, может лишиться головы, если неаккуратно повернёт её. У неё обнаружена нестабильность срединного атлантоосевого сустава, расположенного между первым и вторым шейными позвонками. Когда она поворачивает голову, происходит дислокация атланто-затылочного сочленения, соединяющего затылочную кость с первым шейным позвонком. Любое неосторожное движение может закончиться внутренним обезглавливанием – полным отделением черепа от позвоночника.

«Я живу в постоянном страхе паралича и смерти, – говорит она. – Это ощущение трудно описать. Кажется, что я совершенно ничего не могу. Каждый день на

Риск лишиться головы

При этой редчайшей патологии пациент может погибнуть от одного движения

несколько часов ухажу на работу, потом возвращаюсь и горизонтально лежу на диване. Больше ничего». Ограничить подвижность головы помогает шейный корсет, но и его можно носить не дольше четырёх часов в день.

Проблемы со здоровьем начались два года назад, когда Рейчел стала принимать лекарственное средство, регулирующее активность иммунной системы. В течение следующих двух месяцев она три раза попадала в больницу из-за сильной рвоты и за шесть недель похудела на 13 кг. Хотя

женщина почти сразу отказалась от лекарства, симптомы не исчезли. Вскоре у неё обнаружили болезнь Аддисона, при которой надпочечники не производят гормоны в достаточном количестве.

«Я всё время чувствовала усталость и могла заснуть в любой момент, – вспоминает она. – В августе 2018 г. мы перебрались поближе к моей работе и школе, где учится дочь, чтобы не приходилось ездить так далеко». Во время поездки женщина стукнулась головой о потолочный вентилятор, после чего её состояние заметно ухуд-

шилось. «Голова кружилась ещё сильнее, – рассказывает она. – Казалось, что она стала слишком тяжёлой, и шея не выдерживает. На работе я поддерживала её руками. Вес казался огромным, мне не хватало сил».

В мае 2019 г. у Рейчел диагностировали мальформацию Арнольда – Киари – патологию, при которой нижняя часть головного мозга опускается в отверстие у основания черепа, через которое проходит спинной мозг. Частота этого заболевания составляет от 3,3 до 8,2 наблюдений на 100 тыс.

населения. А в июне у неё нашли платибазию – вдавление основания затылочной кости и ската в заднюю черепную ямку, а затем – нестабильность срединного атлантоосевого сустава.

Эта патология встречается так редко, что в мире есть лишь три специалиста, умеющих её лечить. Для операции в Барселоне, где работает один из них, необходимо более 153 тыс. долл.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Daily Mirror.

Одних читателей забавляли повороты комических сюжетов его рассказов, другим более интересными казались приключения литературного языка. Рассказы писателя сравнивали с прозой Гоголя. Казалось, тексты Зоценко были сочинены тем языком, которого не существовало в литературе прежде. Их писал трижды раненый и травленный немецкими газами человек, которого в лихие годы Гражданской войны шесть раз арестовывали и один раз приговаривали к смерти.

Он дважды пытался покончить с жизнью. Успел побывать плотником на новоземельском зверином промысле, телефонистом, инструктором по куроводству и кролиководству, милиционером, агентом уголовного розыска, конторщиком, картёжником... Не перечислить всех его профессий.

Старик, сбривший бороду

На фотографиях облик Зоценко постепенно менялся – пока писатель не стал напоминать рембрандтовского старика, зачем-то сбрившего бороду. Так выглядит меланхолия. Психиатры, вероятно, увидят в поздних фотопортретах Зоценко так называемую складку Верагута – признак депрессии: угловая складка кожи верхнего века на границе её внутренней трети оттягивает кожу вверх и назад.

Депрессия Зоценко многократно описана им самим; с некоторых пор она сопутствовала ему постоянно и отразилась даже в самых смешных его рассказах, написанных в наиболее благополучные годы жизни. Впрочем, это обстоятельство не легко заметить, если не знать некоторых подробностей биографии автора.

Как лицо человека становится ликом скорби?

Ещё один снимок – юноша в гимназическом мундире. Аккуратный прямой пробор, металлические пуговицы – снимок сделан для ученических документов. Обращает на себя внимание несколько иронически приподнятая левая бровь. К этому времени подросток уже пережил драму сложных взаимоотношений родителей, смерть отца и финансовые проблемы семьи, возникшие в связи с этим обстоятельством. Он вспоминал: «Сильное нервное переживание. Умер отец. И мы с матерью, оставшись без средств, пошли к одному важному лицу, от которого зависела наша участь. И это важное лицо очень бессердечно принял нас. Я по молодости ещё не встречался с такой чёрствостью и бездушием. Очень нервничал... Мне стало трудно глотать пищу, до того трудно, что я не мог есть». Этот симптом потом станет лейтмотивом биографии писателя, возникая и проявляясь с разной интенсивностью, но никогда не исчезая надолго.

Фото для университета (юридический факультет). Снова – форменные пуговицы. Лицо удивляет сходством с внешностью пражского юриста Ф.Кафки. Зоценко совсем недавно совершил попытку суицида (отравление сулемой) из-за единицы, полученной за выпускное сочинение («скорей от бешенства, чем от отчаяния»). К концу первого года обучения он был отчислен из университета за неулату.

Следующий снимок. Лицо мальчика, надевшего военную форму и с каким-то вопросительным выражением удивления смотрящего в объектив камеры. И опять эти петлицы и блестящие пуговицы («За мной пришли...», впрочем, это острота Н.Эрдмана)... В сентябре 1914 г. Зоценко был зачислен в Павловское военное училище юнкером рядового состава на правах вольноопределяющегося 1-го разряда. В феврале 1915 г. окончил четырёхмесячные курсы военного времени и получил звание пехотного прапорщика.

Путь в Архангельск

В 1917 г., вскоре после участия в боевых действиях, прибыл в Архангельск, где занял должность

адьютанта Архангельской дружины. «Здесь, на Севере, одинокая могила моей юности», – написал 23-летний Зоценко, ещё не писатель, а совсем молодой человек, уже контуженный взрывами снарядов и травленный немецкими газами кавалер пяти орденов.

В быстро темнеющей ноябрьской непогоде Архангельска депрессия, донимавшая писателя в течение всей жизни, проявилась крепко и системно. Зоценко провёл здесь почти полгода – с осени до весны. Самый что ни на есть депрессив-

руках. Хандра преследовала меня на каждом шагу. Я был несчастен, не зная почему... Я хотел умереть, так как не видел иного исхода».

Посттравматическое стрессовое расстройство легло на собственные психиатрические проблемы Зоценко, укрепив эту психопатологическую конструкцию дополнительной арматурой. Завершилась не только война: закончилась империя. Социальный хаос столкнулся с персональным внутренним вакуумом Зоценко, которому было 23 года, и было совершенно неясно – что

на лице писателя улыбку, а если она и скользит по его губам, то мимолётно и скоротечно – ситуативно, торопясь уступить место выражению задумчивой печали. Именно в эти годы были написаны рассказы, заставлявшие умирать со смеху читателей страны Советов. И лишь некоторые фразы из этих текстов не то чтобы выдавали внутреннее состояние писателя, но, если обратить внимание на их регулярность, исподволь намекали на то, что чувство печали хорошо знакомо автору.

почерка. Их мог написать кто угодно. Они были безличны и пресны».

Поддержка академика Сперанского не помогла. «Октябрь» напечатал первые главы книги, но продолжение публикации было запрещено. В журнале «Большевик» появилась статья со словами: «Тряпичником бродит Зоценко по человеческим помойкам, выискивая что похуже. В Советской стране немного найдётся людей, которые в дни борьбы за честь и независимость нашей Родины нашли бы время заниматься «пси-

Имена и судьбы

Он смешил население огромной страны

125 лет назад родился Михаил Зоценко



ный период. Бессолнечная пора, к которой нелегко привыкнуть даже уроженцу города белых ночей. «Я метался по комнате и не зажигал свет. Тоска сковала меня» (26 ноября 1917 г.) Слова «грустно», «тоска», «печаль»... лейтмотивно доминируют в письмах молодого адьютанта Архангельской дружины, иллюстрируя его пессимизм и тотальное ощущение безысходности. «Опять вползала тоска. И росла, и росла».

На фотографии 1917 г. он снят в три четверти. Снимок плохо сохранился. Зоценко в офицерской шинели смотрит куда-то вбок, мимо объектива. Погон, папаха, медные пуговицы, ремень португалии...

К этому времени у Зоценко были диагностированы невроз сердца и неврастения; в 1918 г. – неврастения умеренной тяжести; в 1919 г. – органический порок сердца (сказалось отравление газами). Будущему писателю чуть больше 20 лет. Его война закончилась, но не прошла без следа. В те годы ещё не существовало понятия «посттравматическое стрессовое расстройство», и меры борьбы с этим состоянием не были разработаны. Сегодня об «афганском синдроме» и иных психосоматических неврозоподобных расстройствах с депрессивным радикалом написано тысячи страниц, по их поводу даны сотни рекомендаций, но тогда Зоценко, как и сотни тысяч других ветеранов, оказался в экзистенциальном и безвыходном кризисе. Он писал: «Когда я вспоминаю свои молодые годы, я поражаюсь, как много было у меня горя, ненужных тревог и тоски. Самые чудесные юные годы были выкрашены чёрной краской. Я стремился к людям, меня радовала жизнь, я искал друзей, любви, счастливых встреч... Но я ни в чём этом не находил себе утешения. Всё тусклоло в моих

делать и как жить. Вынужденные метания из профессии в профессию фиксируют попытки будущего писателя встроиться в новый уклад, обрести себя хоть где-нибудь: пусть даже и в кролиководстве. Тревожная растерянность – естественное чувство человека в подобной ситуации. Единственно понятной системой координат в таких случаях часто становится собственный организм. Когда всё вокруг рушится и строится заново, он даёт некоторое ощущение реальности бытия.

Фотографии этой поры запечатлели человека «смуглого, чернобрового, невысокого роста, с артистическими пальцами маленьких рук, который был элегантен даже в потёртом своём пиджачке и в изношенных, заплатах штюблетях»; «...небольшого роста, строен и очень хорош собой. Глаза у него были задумчивые, тёмно-карие, руки – маленькие, изящные. Он ходил легко и быстро с военной выправкой...».

Чувство печали – рядом

В это время его литературная карьера развивается весьма интенсивно. В 1920-1930-е гг. рассказы Зоценко очень популярны. Писатель значителен, богат, пользуется большим успехом у женщин – притом что человек он малоразговорчивый и тихий, сторонящийся шумных компаний и застолий: «Нелюдимый, хмурый, как будто надменный, садился он в самом дальнем углу, сзади всех, и с застылым, почти равнодушным лицом вслушивался в громкопящие споры...», – вспоминал К.Чуковский. Зоценко признавался близким в том, что его «огорчает читательский смех», ибо «за словесным формальным юмором скрывается трагическая сущность сегодняшней советской действительности». Фотографии этих лет крайне редко фиксируют

Ипохондрия писателя выглядела безнадежной. Не помогли ни лекарства, ни физиотерапия. В 1930-е гг. Зоценко задумал повесть, в которой намеревался проанализировать своё состояние, надеясь найти истоки депрессии и причины хандры, одолеть их и излечиться. Впервые писатель рассказал о своём замысле в 1935 г.: «Сейчас я думаю приняться за новую книгу, которая будет последней в моей трилогии, начатой «Возвращённой молодостью» и продолженной «Голубой книгой»... Эта книга будет мало похожа на обычную художественную прозу. Это будет скорей трактат, философский и публицистический, нежели беллетристика». В 1943 г. Зоценко сдал рукопись в журнал «Октябрь», предварительно заручившись поддержкой академика А.Сперанского, одного из авторитетных патофизиологов СССР. «Тот дал наивысший отзыв. Сказал, что с точки зрения науки, это точно. Не сделал никаких поправок. Звонил мне и сказал, что это поразительная книга» (из письма Зоценко его знакомой Л.Чаловой).

В книге писатель рассказал о своём детстве и событиях, которые оставили следы в его памяти, но ушли в недоступную сферу бессознательного, периодически всплывая неоправданными фобиями и необъяснимыми тревогами. Язык символов следовало расшифровать. Инструментом аутоаутографии писатель избрал психоанализ, в котором усмотрел сходство с теорией И.Павлова, время от времени сопоставляя эти доктрины применительно к своему случаю. Зоценко не принял фрейдовский пансексуализм, более многомерно исследуя и анализируя свои сны, находя их источник в событиях раннего детства, проводя связи между ними и более поздними событиями. Исследование Зоценко носило несколько механистический характер; прямолинейность его экстраполяции и аналогий часто выглядела наивной; но тем не менее такой подход к загадкам психической жизни принёс писателю пользу и облегчение: наличие версии по поводу этиологии его симптоматики было не столь мучительным и безысходным, как неведение и кромешный мрак перспектив жизни, вызывающей отвращение, давая хоть какое-то объяснение происходящему.

Вскоре Зоценко почувствовал себя почти хорошо: «В конце концов ему действительно удалось излечиться от своей ипохондрии, он стал бодр, оживлён и общителен». Он стал сочинять повести, которые называл «добрими». «Лучше бы он не писал их, – считал Чуковский. – Правда, они были искренни, написаны от чистого сердца. Но в них не было Зоценко, не было его таланта, его юмора, его индивидуального

хологическим ковыряньем», изучая собственную персону. Советским людям скучать некогда, а рабочим и крестьянам никогда и не были свойственны такие «недуги», в которых потонул Зоценко. Как мог написать Зоценко эту галиматью, нужную лишь врагам нашей родины?» Над Зоценко стугились тучи; вскоре блеснули и молнии.

В августе 1946 г. постановление ЦК ВКП(б) «О журналах «Звезда» и «Ленинград»» гласило: «Зоценко давно специализировался на писании пустых, бессодержательных пошлых вещей, на проповеди гнилой безыдейности, пошлости и аполитичности, рассчитанных на то, чтобы дезориентировать нашу молодёжь и отравить её сознание». Это был остракизм. Зоценко изгнали из Союза писателей, из журналов, с которыми он сотрудничал, издательства расторгли с ним все договоры на книги, потребовав вернуть авансы, он был лишён продуктовой «рабочей» карточки. На всевозможных собраниях и слёхах его имя отныне постоянно упоминалось исключительно в контексте постановления ЦК, газеты и радио устроили травлю. Писателю было не на что жить, не на что есть. Коллеги, некогда числившиеся в приятелях, чуть ли не в друзьях, как-то застеснялись. В 1946-1953 гг. Зоценко вынужден был заниматься переводческой работой и подрабатывать освоенным в молодости сапожным ремеслом.

И вот что странно: физически нездоровый и психически неустойчивый писатель 8 лет жил в этом беспросветном мраке, а его болезнь не возвращалась, хотя сугубой радости в его бытии тоже не ощущалось. «Он, как всегда, был подтянут, строен. Вот только глаза были какими-то отрешёнными, словно смотрел он не на окружающий мир, а внутрь, в себя».

После смерти Сталина началась дискуссия о восстановлении Зоценко в Союзе писателей. В июне 1953 г. он был принят в Союз писателей как переводчик.

К концу жизни Зоценко выглядел руиной. Чуковский вспоминал: «Он приехал ко мне в Переделькино совершенно разрушенный, с потухшими глазами, с остановившимся взором. Говорил он медленно, тусклым голосом, с долгими паузами, и жутко было смотреть на него, когда он – у самого края могилы – пытался из учтивости, казаться живым, задавал вопросы, улыбался... Через три месяца его не стало».

Писатель умер в 1958 г., сказав незадолго до смерти: «Умирать надо вовремя. Я опоздал».

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

Самолёт вкручивался в голубое безоблачное небо своим бешено вращающимся единственным винтом и плавно плыл к дому, бросая красивую тень на поля, рощицы, речки, озёрки и аккуратные сельские домики, сгруппировавшиеся в посёлки. Этот небольшой самолёт пилоты ласково прозвали «пчёлкой». У нас его использовали для экстренных вызовов по санитарной авиации.

Пилот Фёдор Шишков, держа в руках штурвал, изредка бросал взгляд на приборы и спокойно реагировал, когда «пчёлка» временами проваливалась в воздушную яму или слегка кренилась от мощной встречной воздушной струи. Думая о чём-то своём, он иногда поворачивал голову в сторону врача, сидевшего от него справа, и лукаво улыбался. Врач Константин Орлов был углублён в свои мысли. До аэропорта Коровино из пяти часов полёта предстояло лететь ещё около трёх.

До приезда машины, ровно к десяти, гостеприимные хозяйки успели накормить сытным больничным завтраком и врача, и пилота, предусмотрев для них ещё и свободное время, чтобы без спешки и суеты собраться в обратную дорогу. Орлова вышлы провожать и главный врач, и его стройная элегантная заместитель по лечебной работе. Шишков появился из торцевой двери приёмного покоя и, приближаясь к группе провожающих, приветливо помахал рукой в сторону окна. В ответ в широкой форточке на какое-то мгновение в голубой медицинской шапочке показалась женская головка, которая улыбнулась и послала пилоту в ответ романтический воздушный поцелуй.

На аэродроме, когда уезжавшие покинули санитарную машину, Фёдор сладостно потянулся, мечтательно взглянул в голубое небо, оглядел весёлое зелёное поле и многозначительно проговорил: «Эх, полюшко-поле – волюшка-воля! Ну, что ж, пошли, командир...».

Орлова по санитарной авиации вызывали к пациентам не раз. Он любил эти вылеты за то, что они всегда были неожиданными и непредсказуемыми. Уже на аэродроме ему вручали путевой лист, в котором была обозначена точка прибытия, медицинское учреждение, фамилия, имя, отчество и возраст больного, предполагаемый диагноз. А дальше всё решалось на месте.

С пилотом Фёдором Шишковым Орлов летал уже много раз. В последний совместный вылет пилота и врача разделила полная занятость медика и беспримерная свобода лётчика. Орлову пришлось долго и внимательно заниматься больным ребёнком. А вот Шишкова определили в приёмное отделение в кабинет медицинской сестры. При входе в кабинет он выткнулся в струнку и представился: «Пилот санитарной авиации Шишков Фёдор Арсеньевич. Можно просто Фёдор».

– Валентина Егоровна, – сладко произнесла медсестра, зардевшись и показав прелестные ямочки на щеках. Потом она как-то очень мило склонила голову набок и, взглянув исподлобья, произнесла: «Можно Валентина,

На литературный конкурс

Полюшко-поле — Волюшка-воля

Рассказ



или просто Валя». Она встала из-за стола и добавила: «Пойдёмте, я покажу вам своё хозяйство, а заодно и вашу комнату. Устали с дороги?»

– Привык, но отдохнуть бы не мешало, – ответил Фёдор, голова которого ещё сохраняла привычный, но надоедливый шум мотора. Поскольку в этот раз консультанта-врача срочно забрали посмотреть пациента, пилот понял, что вызов сделан по очень серьёзному поводу. Обидеть её отказом от экскурсии он позволить себе не мог. Медицинская сестра с удовольствием подчёркивала, как продуманно обустроен приёмный покой в её больнице. Кроме того, в приёмном покое были оборудованы самостоятельные помещения типа «малой операционной», «перевязочной», «женской смотровой». Больных, по тем или иным причинам задержанных в приёмном покое, нужно было ещё и регулярно кормить. Для этого был оборудован компактный раздаточный пищеблок, где можно было до нескольких часов хранить в специальных индивидуальных термосах и судках еду, доставленную из цеха приготовления пищи, трудившегося на всю больницу.

Конечная часть приёмного покоя раздваивалась, как детская распашонка, на два коридорчика. Один связывал приёмный покой со всей остальной главной частью больницы, а другой вводил в довольно уютный уголок, выделенный персоналу. Там была общая комната отдыха дежурной смены со столом для принятия пищи, холодильником для продуктов, небольшим диванчиком и двумя креслами. И ещё два помещения были приспособлены

для ночного отдыха. Одно из них было закрыто. Это помещение открывали и использовали только в исключительных случаях – чаще тогда, когда среди ночи, особенно зимой, нужно было дать отдохнуть и переночевать приехавшим с больным издали сопровождавшим его родственникам.

В этот же коридорчик выходила дверь комнаты напротив, где размещали на отдых пилотов санитарной авиации, или шофёров санитарного транспорта. Эти люди могли понадобиться в любую минуту, и потому должны были быть «под рукой».

Медсестра, уловив, что пилот устал от её показа и объяснений, любезно предложила лётчику пообедать. Но пилот отказался, сославшись, что перекусил в пути бутербродами и аппетит ещё не нагулял. Тогда медсестра открыла ключом дверь и впустила пилота в небольшую, но уютную комнату, в которой стояли кровать, тумбочка с аккуратной салфеткой, небольшой застеленный скатертью стол, пара стульев и традиционный шкаф с большим зеркалом на своей передней дверце.

– Вот ваше персональное местечко. Отдыхайте, – гостеприимно предложила медсестра. – Только вот кровать тут не очень широкая.

– Почему? – спросил пилот. – Нормальная. Обычная полутороспальная.

– К сожалению, да. Не двухспальная, – ответила сестра и озорно взглянула на пилота исподлобья.

Тут взгляды их пересеклись. И пилот, и медсестра одновременно ощутили мгновенно промелькнувшую между ними неви-

димую молнию. Медсестра вспыхнула, и щёки её зарумянились. Желая погасить неловкость, она быстро опустила глаза в сторону пола и, скользнув взглядом под кровать, воскликнула: «Ах, Маргаритка! Ведь ещё утром сказала ей убраться здесь тщательнее!» Медсестра заглянула за дверь, где оказалась щётка с длинной ручкой, обмотанная с нижнего конца тряпкой, подхватила её и стала усердно протирать полы под кроватью. Поскольку стоя она никак не могла дотянуться до пространства у стены, женщина изогнулась вперёд и стала, как хорошая хозяйка, усердно работать щёткой.

«Всё. Теперь, по-моему, порядок. Раз уж так устали, теперь можете отдохнуть». Выразительно посмотрев в глаза пилота, с некоторой иронией она добавила: «Бай-бай! До нового полёта». И выскользнула из комнаты.

По давно усвоенной привычке пилот ощущал, что после 4-5 часов непрерывного сидения за штурвалом нужно обязательно отдохнуть в тишине, а лучше всего поспать. Он имел немалый опыт вылетов по санавиации, и бывали случаи, когда возвращаться домой приходилось в тот же день. А десять часов полёта за одни сутки без сменщика или хотя бы присутствия рядом с тобой товарища, который мог бы в любую минуту подстраховать и словом, и делом, создавали дополнительное напряжение и ответственность. Пилот быстро разделся и нырнул под одеяло. Через мгновение, только коснувшись щекой подушки, пилот заснул крепким глубоким сном здорового челове-

ка, выполнившего дневную норму ответственной и тяжёлой работы.

Пока лётчик отдыхал, медсестра успела принять через приёмный покой нескольких больных. В перерывах между приёмом больных она тихонько заходила в комнату, где спал пилот, но он лежал всё в той же позе на правом боку, отвернувшись лицом к стене. К вечеру на посту зазвонил телефон, и секретарь главного врача объявила, что прилетевший консультант будет задействован весь день сегодня и завтра, а улетят москвичи, скорее всего, утром послезавтра. Медсестра приёмного покоя не удивилась, так как трёхдневный срок пребывания консультанта санитарной авиации в медицинском периферийном учреждении был самым распространённым. Она поняла, что сегодня и завтра вся основная верхушка больницы будет тесно взаимодействовать с московским консультантом и неожиданных приходов в приёмное отделение не предвидится.

К вечеру больных привозили редко. После ужина она посидела некоторое время молча одна, заскучала и решила, что пора пойти ополоснуться...

...Пилот проснулся, как и засыпал, чётко, сразу. Он перевернулся на спину, потянулся и тут же восстановил точное восприятие событий, прерванное глубоким сном. За окном комнаты, в которой он отдыхал, было совсем темно. Повернув голову, пилот увидел широкую вертикальную полосу света, исходящую от передней дверцы шкафа. Желая понять, что за загадочный источник света установлен в шкафу, лётчик переместил своё тело так, что полоса света ослепила глаза. Протирая их, пилот чуть сдвинул голову в сторону и замер. Прямо перед ним под струями душа нежилась обнажённая женщина.

Как выяснилось потом, женщины приёмного покоя сознательно не закрывали дверь санитарной комнаты персонала, чтобы вовремя услышать достаточно громкие, пронзительные звонки, исходящие либо от входной двери приёмного покоя, либо от двери, соединявшей приёмный покой с остальным пространством больницы.

Наконец щёлкнул выключатель, и волшебный свет погас. Пилот уловил тихие осторожные шаги, проследовавшие мимо его комнаты. И только несколько минут спустя лётчик вскочил, тихо и быстро оделся и, выйдя из собственного убежища, направился в комнату отдыха персонала. Он очень осторожно открыл дверь и увидел со спины облачённую в белый халат медсестру, укладывающую свои роскошные волосы. Что произошло дальше, нет смысла рассказывать...

ОБ АВТОРЕ. В.Поляков врач высшей категории, доктор медицинских наук, профессор, почётный донор СССР. Член Союза писателей России.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

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

«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru

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

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 2106

Тираж 17 110 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

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

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

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