

Медицинская

14 июня 2019 г.
пятница
№ 22 (7889)

Газета®

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

С Днём медицинского работника!

Вехи

Сто лет успеха

Сочетание традиций с инновациями, современные образовательные технологии – слагаемые авторитета Самарского государственного медицинского университета



Есть вузы, которые известны в нашей стране почти в каждом лечебном учреждении. Выпускники СамГМУ трудятся, как принято говорить, от Калининграда до Петропавловска-Камчатского. Поэтому на торжественное собрание, посвящённое 100-летию вуза, в Самарском академическом театре оперы и балета собрались ветераны, студенты, ординаторы и аспиранты, профессорско-преподавательский состав и сотрудники подразделений университета, выпускники, депутаты Государственной Думы, академики РАН, ректоры самарских и российских вузов, представители органов государственной власти, главные врачи лечебных учреждений региона и других субъектов РФ.

Студенты университета – достойные преемники традиций, заложенных основоположниками научно-педагогических школ

Праздник открыл гимн университета в исполнении 100 лучших студентов вуза, которые сразу смогли создать незабываемую атмосферу на торжественном собрании. Не менее запоминающимся и эмоциональным было выступление ректора СамГМУ, председателя Самарской губернской думы, академика РАН Геннадия Котельникова. Он рассказал об истории становления университета, об основоположниках научно-педагогических школ и их вкладе в практическое здравоохранение. В своём докладе он отметил, что университет входит в Топ-50 лучших вузов страны и занимает, по данным рейтинга ARES, 39-е место. Здесь трудятся около 4 тыс.

сотрудников и 15 тыс. обучающихся.

Сегодня в университете – 10 факультетов, 80 кафедр, клиники, 3 образовательных и 6 НИИ, Институт инновационного развития, в состав которого входит Центр прорывных исследований «Информационные технологии в медицине» и научно-производственный технопарк, симуляционно-аккредитационный центр, научно-образовательный центр доказательной медицины. В год вуз получает более 80 патентов, 80% из них внедряются в клиническую практику, 40% – в Клиниках СамГМУ.

(Окочание на стр. 6-7.)

Уважаемые коллеги!

Примите мои искренние поздравления по случаю Дня медицинского работника!

Где бы вы ни трудились: в сельской амбулатории или в городской больнице, в составе бригады скорой помощи или в центре высоких технологий, ваш труд всегда востребован и почётен. Сопровождая каждого из нас на протяжении всей жизни, вы сохраняете и поддерживаете то главное, благодаря чему живёт и развивается общество, – здоровье людей.

Перед медицинским сообществом России сегодня стоят серьёзные, востребованные временем задачи. Нам необходимо повышать эффективность здравоохранения, внедрять современные технологии и практики, улучшать доступность и качество медицинской помощи. Особое внимание необходимо уделять подготовке квалифицированных кадров. Решение этих важнейших задач заложено в Национальном проекте «Здравоохранение», который стартовал в начале этого года.

Примите сердечную благодарность за ваш самоотверженный труд, талант и мастерство, за верность высокому призванию, внимание и любовь к людям. От всего сердца желаю вам сил и терпения, оптимизма и успехов! Крепкого здоровья и благополучия вам и вашим близким!

Вероника СКВОРЦОВА,
министр здравоохранения РФ.

* * *

Дорогие медики!

Сердечно поздравляю вас с Днём медицинского работника!

Этот праздник – символ признания общественной значимости труда и заслуг многомиллионной армии работников здравоохранения и многих людей других профессий, работающих в нашей отрасли.

Надо сказать, что в этом году празднование Дня медицинского работника совпадает с ответственным этапом проведения отчётов и выборов профорганов всех уровней в региональных организациях профсоюза, которые завершит VII съезд общероссийского профсоюза в мае 2020 г.

Наша отчётно-выборная кампания, по своей сути, является крупнейшей акцией солидарности медицинских работников. Хотелось бы верить, что органы власти и управления всех уровней обратят внимание на существующие проблемы в отрасли, обсуждаемые на собраниях, конференциях, съездах, и выдвигаемые профсоюзом требования в интересах работников здравоохранения.

Конечно, сегодня в медицине многое меняется к лучшему, но, как показывает практика, реформирование здравоохранения – это непростой, а зачастую болезненный процесс. Чтобы достичь конкретных результатов, необходимы наши совместные усилия, от которых будет зависеть выполнение поставленных целей и задач, и главное, чтобы результаты проводимой реформы ощутил каждый медицинский работник и всё население России.

Роль медика в нашем обществе всегда была важной и необходимой. Своими результатами они постоянно доказывают, что их труд является одним из самых уважаемых, почётных в обществе, и они всегда готовы преодолевать любые трудности.

Честь и хвала, дорогие коллеги, вашему оптимизму и высокому чувству ответственности. Спасибо за профессионализм, ежедневный нелёгкий и добросовестный труд – это великое служение во имя и на благо людей, доброту и милосердие к пациентам, за верность своему призванию. Будьте всегда здоровы и счастливы. Пусть в ваших семьях царят мир, спокойствие, благополучие и хорошее настроение.

Михаил КУЗЬМЕНКО,
председатель Профсоюза работников здравоохранения РФ.

* * *

Дорогие друзья!

От всей души поздравляем вас с профессиональным праздником – Днём медицинского работника!

Редакция «Медицинской газеты» выражает слова искренней признательности за ваш самоотверженный труд. Профессионализм и чуткое отношение к пациентам – основные составляющие, без которых невозможна работа медиков. Весь коллектив «Медицинской газеты» будет поддерживать вас и дальше в вашей благородной работе. Желаем вам счастья, крепкого здоровья и добра, уважения и любви коллег и пациентов, долгих и счастливых лет жизни! Пусть не остынут ваши сердца, а всегда будут сочувствующими и добрыми!

Поздравляем!

Государство наградило самых достойных

Государственная премия 2018 г. по науке и технологиям в области медицины присуждена главному врачу Научно-исследовательского института – Краевой клинической больницы № 1 им. С.В.Очаповского Минздрава Краснодарского края Владимиру Порханову, заведующему хирургическим торакальным отделением университетской клинической больницы № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Владимиру Паршину и научному руководителю Российского научного центра рентгенодиагностики Минздрава России Владимиру Харченко.

Лауреатами этой высокой награды медики стали за научное обоснование и внедрение в клиническую практику новой концепции снижения заболеваемости и смертности у

пациентов со стенокардическими заболеваниями трахеи. Разработанные ими методы апробированы в ведущих российских медицинских учреждениях.

Вручение премии состоялось накануне Дня России в Кремле.

В канун этого праздника медалью П.А.Столыпина I степени за большой вклад в развитие здравоохранения, медицинской науки и многолетнюю добросовестную работу награждён почётный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии Минздрава России Евгений Чазов.

Соб. инф.

Редакция «Медицинской газеты».

Новости

Виртуозы педиатрии

В Москве прошёл I Всероссийский педиатрический форум студентов и молодых учёных с международным участием. В рамках этого мероприятия состоялась II Межвузовская олимпиада «Виртуоз педиатрии» и научно-практическая конференция студентов и молодых учёных. Команде будущих педиатров Уральского государственного медицинского университета удалось обойти участников из 32 команд и стать лучшими. Они достойно представили свои проекты и на научно-практической конференции. Доклады, посвящённые темам сохранения детского и подросткового здоровья, были признаны лучшими. В итоге весь пьедестал заняли проекты будущих педиатров УГМУ. Первое место у Валентины Поляковой – ординатора кафедры госпитальной педиатрии, второе у Семена Борисова – студента педиатрического факультета, третье место поделили между собой Гульнара Мухаметшина – ассистент кафедры факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней, Олеся Кензина, Диана Джураева – студентки педиатрического факультета.

Екатерина САМСОНОВА.

Москва.

Добро в село

У 900 жителей села Новоипатово и близлежащих населённых пунктов Сысертского городского округа Свердловской области на днях появился модульный фельдшерско-акушерский пункт. Здесь также прошла акция «Добро в село».

В открытии нового модульного ФАПа принял участие министр здравоохранения Свердловской области Андрей Цветков, подчеркнувший, что по поручению губернатора Евгения Куйвашева и в рамках национальных и региональных программ в области реализуются мероприятия по обеспечению доступности медицинской помощи для сельских жителей. Так, в нынешнем году будет открыто 19 модульных ФАПов, запланировано приобретение 9 передвижных ФАПов, 5 мобильных лечебно-профилактических модулей «Стоматология» и одного передвижного «Онкопатруля».

Во время акции сельчане смогли побывать у узких специалистов и пройти обследования на передвижных флюорографе и маммографе с последующим приёмом у онколога и онкоматолога. Передвижной мобильный комплекс «Диагностика» дал возможность пройти ЭКГ и измерить артериальное давление, терапевт проконсультировал жителей о возможных рисках развития болезней системы кровообращения, обучил правильному измерению артериального давления и ведению дневника самоконтроля.

Силами волонтеров-медиков Свердловского областного медицинского колледжа совершен подворовой обход маломобильных граждан, инвалидов, пациентов с паллиативными состояниями. Проведены мастер-классы для населения по скандинавской ходьбе, комплексу упражнений для профилактики остеоартроза тазобедренного сустава. В детском саду состоялись интерактивные игры «Ручистики» и «Уроки зубной феи», а в общеобразовательной школе – мастер-классы спасателей по правилам использования первичных средств пожаротушения, проведению базовой сердечно-лёгочной реанимации.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

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

События

Помним и всегда
будем помнить

Благодарность учителю не знает границ



Митинг открывает Э.Бойко

В Санкт-Петербургском филиале Национального медицинского исследовательского центра «Межотраслевой научно-технический комплекс «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова» Минздрава России прошёл митинг в память погибшего 19 лет назад основателя крупнейшего в нашей стране офтальмологического комплекса.

У бюста Святославу Фёдорову, что установлен в сквере на территории клиники, гости и пациенты ещё раз вспомнили вслух, сколько добрых и полезных дел успел сделать за свой жизненный путь выдающийся врач, учёный, педагог, общественный деятель. Заветы учителя по-прежнему служат маяками в деятельности медицинского кол-

лектива Санкт-Петербургского филиала МНТК. Об этом сказал его директор профессор Эрнест Бойко, перечислив главные цифры: за 31 год работы северного подразделения «Фёдоровского» комплекса прооперировано более 700 тыс. пациентов, проконсультировано более 1,5 млн.

Генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра МНТК профессор Александр Чухраёв подчеркнул, что дело Святослава Николаевича живёт – высокотехнологичная офтальмология динамично развивается в головной организации, а также во всех 10 филиалах НИИЦ. Значительная часть всех операций пациентам офтальмологического профиля в стране выполняется в системе МНТК, заметил он.

Благодарностью к С.Фёдорову за его вклад в возвращение зрения миллионам людей и признательностью к сегодняшним продолжателям его идей были пронизаны выступления главы администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга Константина Серова, депутата Законодательного собрания города Бориса Ивченко, заместителя генерального директора по научной работе НИИЦ профессора Бориса Малюгина, заместителя директора по лечебной работе Тамбовского филиала МНТК Сергей Кузьмина, а также сотрудников Санкт-

Петербургского филиала – ведущих отделений Эммы Сапегиной, Владимира Сергеева, молодого врача Елены Самкович.

К митингу памяти, который завершился возложением цветов к бюсту учителя, было приурочено ещё одно значимое событие – открытие тканевого глазного банка Санкт-Петербургского филиала МНТК. Самостоятельная заготовка и консервация высококачественного пересаженного материала для операций по пересадке роговицы позволит уменьшить, а то и полностью исключить ожидание оперативного вмешательства для пациентов из-за отсутствия донорского материала.

Владимир ВЕНИАМИНОВ,

МИА Сито!

Санкт-Петербург.

Фото Анастасии ЦВЕТКОВОЙ.

Кадр

В скором времени – возможно, уже с нынешнего года – главные врачи лечебных учреждений Новосибирской области будут назначаться по новым правилам. В регионе объявлен конкурс на формирование кадрового резерва для замещения должностей руководителей государственных медицинских организаций, подведомственных областному Министерству здравоохранения.

– Главная цель формирования резерва Минздрава – привлечь в команду управленцев молодых целеустремлённых специалистов, способных эффективно применять современные технологии менеджмента. Конкурсная система подбора позволит набрать число кандидатов «с запасом», притом что она предполагает объективность оценки кандидатов и обеспечивает открытость для всех желающих участвовать в отборе, – комментирует министр здравоохранения Новосибирской области Константин Хальзов.

Смена руководителей медицинских организаций – вопрос крайне

Кто-то уходит, кто-то приходит

«Скамейка запасных» в здравоохранении не должна пустовать

деликатный и, как правило, болезненный. Ни для кого не секрет – и это общероссийская практика, – что традиционно назначение на руководящие должности в любой отрасли, включая здравоохранение, происходит по принципу личных симпатий. Плюсы такой системы в том, что в команду попадают «свои», то есть проверенные, надёжные и, что немало важно, лояльные люди. Многие из них затем действительно могут хорошо себя зарекомендовать как организаторы здравоохранения.

Но есть у такой системы и минусы: она лишает возможности стать лидерами тех, кто имеет для этого интеллектуальный и организаторский потенциал, но не имеет протекции. Особенно это касается молодых врачей, которые в будущем могли бы стать по-настоящему

талантливыми управленцами. В этом смысле формирование кадрового резерва на конкурсной основе создаёт равные условия для всех. Достаточно составить резюме, указав свои компетенции, и подать заявку.

Именно такой – заявительный порядок – формирования команды организаторов внедряется в Министерстве здравоохранения Новосибирской области впервые. Однажды, говорят «старожилы» отрасли, уже предпринималась попытка создать управленческий резерв, но в него зачисляли кандидатов по представлению руководителей лечебных учреждений. То есть фактически главные врачи сами определяли своих преемников. Данный опыт себя не оправдал.

– Кадрового резерва у нас сегодня нет, выбирать не из кого.

А необходимость в обновлении команды руководителей существует, – признаётся К.Хальзов.

В министерстве корреспонденту «МГ» пояснили: есть главные врачи, у которых подходит предельный возраст для занятия этой должности. Их не очень много – всего 6% от общего числа. Однако это не означает, что все остальные руководители медицинских организаций, в том числе относительно молодые, абсолютно соответствуют требованиям, которые предъявляются к эффективному менеджеру здравоохранения XXI века. Однако, чтобы проводить кадровые замены, нужно сначала заполнить «скамейку запасных».

Справедливости ради надо отметить, что принимать решение по каждой кандидатуре – кого включить в кадровый резерв, а

кому пока рановато – будет не сам министр, а конкурсная комиссия, в которую вошли специалисты Министерства здравоохранения, представители медицинской общественности, Новосибирского государственного медицинского университета и Профсоюза работников здравоохранения. Кстати, на следующий же день после того, как было объявлено о конкурсе, в Минздрав начали поступать звонки от врачей, которые хотели бы выстроить управленческую карьеру. То есть ресурсы для формирования кадрового резерва у медицинской отрасли точно есть, настало время ими грамотно воспользоваться.

Елена САБЛИНА.

МИА Сито!

Новосибирск.

Главная тема

Во благо здоровья Северо-Запада

Проблемные вопросы реализации в Северо-Западном федеральном округе национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография» стали повесткой расширенного совещания в Санкт-Петербурге под председательством министра здравоохранения РФ Вероники Скворцовой. В разговоре приняли участие «социальные» вице-губернаторы, руководители, главные специалисты органов здравоохранения и директора территориальных фондов обязательного медицинского страхования всех 11 регионов, входящих в состав федерального округа. Также на мероприятие были приглашены заместители министра и директора ключевых департаментов Федерального Минздрава, глава Росздравнадзора председатель Федерального фонда ОМС, ректоры медицинских вузов, руководители отраслевых НИИ и ряда других структур.

Визитной карточкой инновационной медицины не только Санкт-Петербурга, но и страны заслуженно называют Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А.Алмазова Минздрава России. Не случайно именно «алмазовский» центр организаторы совещания выбрали площадкой для его проведения, а в одной из рабочих зон деловой встречи вниманию профессионального сообщества была представлена выставка инноваций медицинского назначения.

С достижениями 20 организаций, работающих в СЗФО, накануне мероприятия познакомилась В.Скворцова, а экскурсоводом министра по выставке стал генеральный директор НМИЦ главный кардиолог Минздрава России Евгений Шляхто.

С трибуны форума представители государственной власти, медицинские управленцы обозначили ключевые точки для выстраивания эффективной работы на региональном уровне с целью достичь целевых значений, заложенных в

федеральные проекты «Здравоохранение» и «Демография».

По словам вице-губернатора Санкт-Петербурга Анны Митяниной, в столице Северо-Западного федерального округа акценты уже сделаны на реформирование медицинской помощи в первичном звене, вакцинопрофилактику, охрану репродуктивного здоровья, усиление внимания к нуждам пожилых пациентов. Уже с июля в городе начнёт функционировать институт социальных участков, заботой которого станет комплексное медицинское сопровождение возрастных петербуржцев.

«Наш опыт свидетельствует о том, что такие встречи в федеральных округах чрезвычайно полезны. Как правило, они стимулируют каждый из регионов», – оценила важность рабочего совещания на берегах Невы в короткой беседе с журналистами В.Скворцова.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Поздравляем с юбилеем и Днем медицинского работника врача высшей категории, отличника здравоохранения РФ **Зинаиду Ефимовну КАРПОВУ** – человека, отдавшего более половины жизни служению самой благородной профессии. В силу выработанной годами привычки и беспокойного характера она не может оставаться равнодушной к проблемам детей, нуждающихся в медицинской помощи и социальной защите. Спасибо вам огромное и низкий поклон за верность профессиональному долгу, чуткое, милосердное отношение к детям. Желаем вам долгодетия и процветания!

От благодарных родителей и маленьких пациентов
Республиканского детского санатория «Калуга-Бор».

Санкт-Петербург, Казань, Ярославль, Новомосковск,
Вологда, Калуга, Баку, Москва.

Официально

Вопрос цены

Президент РФ Владимир Путин подписал Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в части государственного регулирования цен на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов».

Согласно Федеральному закону, Правительство РФ наделяется полномочием по утверждению методики расчёта предельных отпускных цен производителей на лекарственные препараты, включённые в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Вводится обязательная в установленном Правительством РФ порядке перерегистрация в 2019-2020 гг. предельных отпускных цен, зарегистрированных до вступления в силу Федерального закона по различным методикам.

В соответствии с документом устанавливается обязанность держателя или владельца регистрационного удостоверения лекарственного препарата при наступлении определённых случаев (в частности, снижения цены в иностранной валюте на лекарственный препарат в стране производителя) перерегистрировать в сторону снижения ранее зарегистрированную предельную отпускную цену.

Ирина АНДРЕЕВА,
МИА Сити!

Решения

Болезни пересчитают

В рамках 72 сессии Всемирного ассамблеи здравоохранения государства-члены ВОЗ согласились принять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 11-го пересмотра (МКБ-11), которая должна вступить в действие 1 января 2022 г.

МКБ служит основой для выявления тенденций и сбора статистики в области здравоохранения во всём мире, а также международным стандартом учёта болезней и проблем со здоровьем. Она является стандартной диагностической классификацией для всех клинических и исследовательских целей. В МКБ упорядоченно представлено всё многообразие болезней, расстройств, травм и других связанных с ними состояний здоровья.

Кроме того, в соответствии с целостным взглядом на все значимые для здоровья аспекты в ней также

учтены факторы, влияющие на здоровье, то есть внешние причины смертности и заболеваемости.

Понимание причин, приводящих к болезням и в конечном счёте вызывающих смерть, является ключевой предпосылкой для сбора данных о тенденциях заболеваний и эпидемиях, принятия решений, касающихся состава предоставляемых медицинских услуг, распределения расходов на здравоохранение и ассигнования средств на совершенствование методов лечения и профилактики. Помимо сбора статистических данных о смертности и заболеваемости современная МКБ-11 может использоваться в самых различных целях, таких как ведение историй болезни, оказание первичной медико-санитарной помощи, обеспечение безопасности пациентов, борьба с устойчивостью к противомикробным препаратам, распределение ресурсов, возмещение расходов на медицинское обслуживание, вы-

явление статистически связанных групп пациентов и т.д.

МКБ-11 была обновлена в соответствии с реалиями XXI века и отражает важнейшие достижения науки и медицины. Она может быть эффективно интегрирована в электронные приложения и информационные системы здравоохранения. Новая версия имеет полностью электронный формат, позволяющий регистрировать больше параметров и значительно упрощающий её использование и внедрение, что будет способствовать уменьшению числа ошибок и снижению расходов, а также повышению доступности этого инструмента, особенно там, где ощущается недостаток ресурсов.

Государства-члены отметили, что МКБ-11 была подготовлена в соответствии с принципами транспарентности и сотрудничества.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Подписка-2019

Идёт подписная кампания

Уважаемые читатели!

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» на второе полугодие 2019 г. вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2019» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

32289 – на полугодие;
50075 – на месяц.



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

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

Здоровая жизнь

И хочется, и колется



Россияне стремятся вести здоровый образ жизни, но сохраняют приверженность к вредным привычкам. Об этом свидетельствуют данные посвящённого ЗОЖ исследования Всероссийского центра изучения общественного мнения.

Диспансеризацию в этом году уже прошли 19% россиян против 15% в прошлом году. Доля граждан, следящих за своим питанием, составляет на сегодняшний день 59%, при этом 20% граждан соблюдают специальную диету, 39% стараются есть здоровую пищу. Диету, рекомендованную врачом, соблюдают 7%, 13% – выбранную самостоятельно, 39% – в целом стараются есть здоровую пищу.

Вместе с тем с 14 до 19% выросла доля тех, кто сетует на отсутствие возможности следить за своим рационом ввиду нехватки денежных средств. Каждый пятый (21%) говорит, что употребляет в пищу любые

продукты, поскольку чувствует себя совершенно здоровым.

Число курильщиков колеблется в рамках статистической погрешности: в 2018 г. о том, что подвержены вредной привычке, сообщали 29% (в том числе 17% выкуривали пачку или более в день), в 2019 г. – 29% и 16% соответственно.

Однако результаты опросов фиксируют повышение уровня потребления алкоголя в нашей стране: если в 2018 г. о том, что вовсе не пьют спиртного, сообщали 40% россиян, то в 2019 г. – уже 33% (43% среди 60+ лет). Выпивают время от времени 67% граждан. В целом по выборке 2-3 раза в месяц употребляют алкогольные напитки 18% респондентов, среди мужчин – 27% (против 10% среди женщин), а в различных возрастных группах выше всего эта доля среди 35-44-летних (25%).

Константин ШАРЬИН,
МИА Сити!

Долго ли будем в аутсайдерах?

Серьёзный тон разговору задал депутат Госдумы РФ доктор медицинских наук Валерий Елыкомов, приведя цифры, которые никого не могли порадовать. За последние пять лет распространённость злокачественных новообразований в России выросла на 18%. Общее число россиян, состоящих на учёте у врачей по поводу онкозаболеваний – 3 млн 762 тыс. человек, это более 2,5% населения страны. Статистика вновь заболевших раком по итогам 2018 г.: 286 тыс. мужчин и 338 тыс. женщин. Причём в 50% случаев обращение за онкологической помощью происходит на поздних стадиях болезни. Структура онкозаболеваемости в настоящее время такая: у женщин на первом месте рак молочной железы, у мужчин – лёгкого и предстательной железы.

– Как мы смотримся на мировом уровне в числе 183 стран? По показателю онкозаболеваемости Россия на 54-м месте, по показателю смертности – на 14-м. По средней ожидаемой продолжительности жизни онкобольного – на 105-м месте из 183 стран мира. Доступность для пациентов современных технологий по шести наиболее подающимся к излечению видам злокачественных новообразований – 45 баллов из 100. Доступность современных противоопухолевых препаратов – менее 50%. Таковы данные международного рейтинга за 2016-2017 гг., и от этих цифр мы должны оттолкнуться, чтобы сделать рывок к персонализированному лечению рака, – призвал коллег В.Елыкомов.

Причины высокой смертности от онкологических заболеваний в России таковы: поздняя обращаемость к врачу и постановка на онкологический учёт; низкая онконастороженность граждан и медработников, особенно в сельской местности; рост продолжительности жизни и, как следствие, неготовность отечественной онкослужбы к работе с пожилыми онкобольными; дефицит врачей-онкологов в регионах; недостаточная эффективность диспансеризации и профосмотров; отсутствие первичных онкологических кабинетов.

– Проанализировав влияние государственной стратегии на эффективность медицинских программ по онкологии, мы составили два списка: что хорошо, а что не очень. Положительный факт – в РФ выстроена структура онкологической службы с чёткой иерархией: федеральные и региональные онкоцентры, первичные онкологические кабинеты. Отрицательных фактов больше. Нет системного взаимодействия онкологической службы с первичным звеном здравоохранения, потому что в первичном звене не хватает врачей, в том числе онкологов. Далее, не обеспечена системность работы канцеро-регистратора. Не развита выездная диагностическая помощь. Большой временной перерыв между диагностикой рака и началом лечения. И, по сути, мы только на пути к тому, чтобы организовать повсеместно адекватное лекарственное обеспечение онкобольных, – резюмировал В.Елыкомов.

Иными словами, на государственном уровне есть точное понимание, где мы буксуем и в каком направлении двигаться. А какие конкретно следует делать шаги, чтобы с максимально хорошим результатом пройти эту дистанцию? Лучше всех ответ на этот вопрос знают не чиновники и политики, а эксперты, прежде всего – из регионов.

Как человек, пришедший в большую политику из практического здравоохранения, В.Елыкомов высказал своё профессиональное мнение по решению некоторых из перечисленных проблем. Так, в условиях дефицита кадров не следует пренебрегать выездной

Прошло достаточно времени со старта нацпроекта «Здравоохранение» и его подраздела – федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями», – чтобы можно было подводить первые итоги и, если необходимо, вносить коррективы. Именно с этой целью в Госдуме РФ провели расширенное заседание Комитета по охране здоровья.

Примечательно, что из двух главных онкологов Минздрава России на форум в Госдуму не пришёл ни один. При этом в столицу из разных концов страны съехались и слетелись представители региональных онкослужб, а с учётом специалистов столичных клиник в зале собралось почти 300 человек. Им предстояло получить новую информацию по нацпроекту «Здравоохранение», задать

Итоги и прогнозы

Мониторинг равно контроль

Депутаты намерены строго следить за реализацией Национального проекта по онкологии



Выступает В.Елыкомов

формой работы врачебных бригад и мобильных диагностических комплексов. По опыту Алтайского края, где курсирует автопоезд «Здоровье», каждый визит в новое село завершается выявлением минимум двух случаев рака и двух случаев туберкулёза.

Указали и на рост объёмов диспансеризации в последние годы, хотя о коэффициенте полезного действия этого мероприятия уже очень много сомнений. Депутат также напомнил о недавнем поручении председателя Правительства РФ Дмитрия Медведева с 2020 г. начать финансовое стимулирование медработников за выявление онкологических заболеваний в ходе медосмотров. Станет ли эта мера действенной, предсказать сложно. Во всяком случае, аплодисментов у собравшихся в Думе данное сообщение не вызвало. Более того, на вопрос депутатов, довели ли до руководителей региональных онкослужб информацию, из каких именно источников они будут премировать врачей за выявление случаев онкозаболеваний, зал ответил «нет».

Деньги – не главное...

1 июля в Минздрав России должны быть представлены правовые акты об утверждении региональных программ на местах. Все подсказки «сверху» даны, а дальше необходимы не только исполнительская дисциплина, но и разумная инициатива самих территорий. В ходе встречи несколько раз звучала одна и та же мысль «деньги – важный компонент нацпроекта, но не главный, а главное – как ими правильно распорядиться».

Первой об этом сказала заместитель директора Департамента организации медицинской помо-

щи и санаторно-курортного дела Минздрава России Елена Окунькова.

– В системе здравоохранения появляется новое звено – центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП). Мы рекомендовали включить ЦАОПы в единую региональную цифровую систему, это позволит им обеспечивать направление пациентов на этапы оказания онкологической помощи и брать их на постоянное диспансерное наблюдение после лечения. В то же время мы не пытаемся полностью заместить первич-

ные онкологические кабинеты ЦАОПами, это должны решать регионы. Как показывает практика, в некоторых отдалённых территориях первичные онкологические кабинеты нужно сохранить. Поскольку субъекты РФ очень разные, Минздрав задал только рамочные условия, а регионы сами должны определить, как именно будет у них выстроена система оказания помощи больным с онкозаболеваниями, – отметила представитель Минздрава России.

Равно как сами территории определяют потребность в новом оборудовании для онкоклинки. Однако в данном разделе их самостоятельность будет на строгом контроле государства. Масштаб госзакупок для технической модернизации региональной сети онкодиспансеров в предстоящие 6 лет не просто велик, а огромен – предусмотрено выделить 120 млрд руб. на приобретение 15 тыс. единиц медтехники. В 2019 г. на эти цели уже направлены 25 млрд, переоснащаются начнут 154 лечебных учреждения.

– Минздрав намерен мониторить подготовку помещений к установке нового оборудования, сроки поставки оборудования и ввода его в эксплуатацию. А с 2020 г. Росздравнадзор приступит к контролю использования вновь закупленной медицинской техники, – предупредила Е.Окунькова.

Не менее пристальным будет внимание федерального центра к освоению регионами денег, выделенных на стройку. На сегодняшний день решён вопрос о возведении новых корпусов онкодиспансеров (в республиках Башкортостан, Мордовия и Хакасия, Волгоградской, Липецкой, Костромской, Саратовской и Томской областях), а также реконструкции двух федеральных онкоклинк (Московский научно-исследовательский онкологический институт

вопросы его авторам и кураторам, но главное – дать свои оценки происходящему. Именно конструктивный диалог идеологов и исполнителей нацпроекта стал главным результатом встречи.

– За последнее время Госдума приняла целый ряд законов, которые позволяют эффективно реализовать государственную политику в сфере борьбы с онкологическими заболеваниями. Но мы хотели бы услышать от вас предложения, которые позволят ещё больше повысить эффективность исполнения нацпроекта. Пока мы не добьёмся удовлетворённости пациентов качеством оказания онкологической помощи, не успокоимся, – обратился к участникам заседания член Комитета по охране здоровья Александр Петров.

им. П.А.Герцена и Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н.Петрова). Список «счастливчиков» невелик. Будет ли он расширяться? Об этом пока предпочли не говорить.

...но и без денег – никуда

– Хотя тут до меня и было сказано, что деньги – не главное, а я всё-таки скажу несколько слов именно про них, – попыталась разрядить серьёзность обстановки начальник Управления модернизации системы ОМС Федерального ФОМС Ольга Царёва.

Впервые в 2019 г. установлены нормативы финансовых затрат на лечение онкологических больных в условиях и круглосуточных, и дневных стационаров. В ФОМС это считают безусловным прорывом: нормативы позволяют контролировать объёмы выделяемых средств, а также их целевое и рациональное использование. Речь идёт о сумме свыше 200 млрд руб., которая в 2019 г. направлена из Федерального ФОМС на онкопомощь. В том числе 70 млрд руб. – на химиотерапию.

– Что конкретно изменилось для лечебных учреждений? Мы качественно обновили подходы к оплате онкологической помощи. Теперь ни о каком недофинансировании этого направления разговора нет. Законченный случай лечения может стоить от 11 тыс. до 652 тыс. руб., а в отдельных случаях – до 1,5 млн руб. Таким образом, абсолютно все затраты учреждений, в том числе на приобретение серьёзных дорогостоящих препаратов для химиотерапии, включая таргетные, полностью оплачиваются из бюджетов территориальных фондов ОМС. И сами схемы лечения существенно расширены, что отвечает теме сегодняшней встречи – обеспечение персонализированного подхода к лечению онкобольных. Если в 2018 г. в арсенале онкологов было 425 схем лекарственной терапии, то в нынешнем году уже 1046, – сообщила О.Царёва.

Правда, она сразу оговорила, что «особо яркого позитива пока не видно, но тренд на более вдумчивое использование онкологами схем медикаментозной терапии и иных методов лечения имеет место». Заметен помесечный рост, с одной стороны, расходов средств, с другой – объёмов оказанной медицинской помощи и стоимости законченного случая, он «подорожал» уже на 62% по сравнению с уровнем 2018 г.

А как иначе, хочется спросить? Разве это не закономерно: чем больше денег в системе здравоохранения, тем больше возможностей для манёвра у врача, а пациенты благодаря этому имеют возможность хорошо лечиться? Остаётся только сожалеть о том, что к такому «прорыву» в финансировании онкопомощи наша далеко не бедная страна подошла только

сегодня. И дело, как оказалось, не в дефиците денег в предыдущие годы. По мнению представителя ФФОМС, рост финансирования онкослужбы стал реально возможен после введения «правила двух ключей» при формировании тарифных соглашений, что позволило в течение трёх месяцев 2019 г. навести полный порядок с тарифообразованием на территории всей страны.

– К этому мы шли все долгие 25 лет существования системы ОМС, – признаётся О.Царёва.

Ну что тут скажешь: лучше поздно, чем никогда. Хотя в случае с онкологией любые решения должны быть приняты чем раньше, тем лучше. Об этом же, кстати, высказался и А.Петров:

– В нынешнем году 700 лекарственных препаратов отзываются зарубежными компаниями из системы регистрации РФ, в том числе лекарства для лечения онкологических пациентов. Это тревожно. Можно сказать, что это плановый процесс: старые препараты уйдут, новые придут. Но в том-то и дело, что у нас сегодня новые препараты с трудом регистрируются! Мы будем вносить изменения в закон о регистрации лекарственных средств. Все инновационные препараты, скорее всего, пойдут по другой схеме регистрации, это будет касаться не только таргетных, но и препаратов для ядерной медицины. Россия – лидер по производству сырья для радиоизотопов, а что происходит дальше? Везём это сырьё в США, там его дозируют, красиво упаковывают в капсулы и продают нам. Где остаётся прибыль? Нам не стыдно? И ещё: мне больно видеть объявления про онкобольных детей, которым граждане собирают деньги на лечение за границей. Мы что, не можем обеспечить этих детей лечением в своей стране?

Справедливые вопросы депутата оказались риторическими, поскольку в зале не было тех, кто способен дать на них внятные ответы.

Мнение экспертов

Как уже сказано, устроители встречи в Думе хотели услышать не столько отчёты чиновников о реализации государственной политики в сфере онкологии, сколько мнения экспертов – специалистов федеральных онкологических центров, главных онкологов территорий, представителей пациентских сообществ – о том, оптимальна ли эта госполитика в нынешнем её варианте? Что может помешать достижению целей, заявленных в нацпроекте «Здравоохранение», по снижению смертности от онкологических заболеваний и увеличению выявляемости рака на I-II стадиях?

Директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А.Лопаткина Минздрава России

член-корреспондент РАН Олег Аполихин призвал собравшихся посмотреть и на федеральную программу по онкологии и вообще на стратегию отечественного здравоохранения новыми глазами:

– У нас, как бы обидно это ни звучало, куративная, услуговая модель здравоохранения. Она обусловлена финансовой надстройкой: нам платят за болезнь, а не за здоровье. Врач заинтересован в больном человеке, а не в здоровом. Это принципиальный момент, который отражается в том числе в поздней обращаемости онкобольных к врачу. Мы говорим о профилактике, а её на самом деле нет. Вместо первичной профилактики в онкологии мы занимаемся третичной при уже существующей болезни, в то время как медиана выживаемости больных при таком подходе всего 11-12 месяцев, а затраты колоссальные. Ранняя диагностика опухолевых заболеваний не может быть главной целью всех наших усилий. Надо ставить задачу иначе: стремиться не к раннему выявлению болезни, а к устранению факторов риска, приводящих к заболеванию. Однако эта идея пока нигде не звучит, о санпросветработе мы уже лет двадцать пять, как забыли. Простой пример: причиной рака шейки матки у женщин является вирус папилломы человека. А как он туда попадает? Половым путём. Поэтому надо предупреждать молодых людей, начиная со школьной скамьи, об опасности, которые влекут за собой ранние и беспорядочные половые связи.

Ранее выявление онкопатологий, считает О.Аполихин, – трудно решаемая задача ещё и потому, что в России пациент не является субъектом права. Заставить его заботиться о своём здоровье и вовремя приходить к врачу невозможно: ни юридических механизмов, ни иных стимулов для этого нет. А наказывают за позднюю диагностику рака почему-то врачей! Сегодня ранняя выявляемость рака предопределяется исключительно обращаемостью населения к докторам, и потому не может считаться показателем эффективности работы онкослужбы, равно как и её целью.

Главный врач Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И.Крыжановского Андрей Модестов считает архиважной задачей формирование полноценного и достоверного канцерорегистра. В одном только Красноярском крае ориентировочно не менее 20 тыс. так называемых молчунов – онкобольных, которых недоучитывает официальная статистика, потому что они по завершении курса лечения больше не появились у врача, а врач не интересовался их состоянием и не приглашал на диспансеризацию. В настоящее время краевой онкодиспансер совместно с ТФОМС делают сверху через регистр застрахованных, выявляют всех пациентов с онкологическими диагнозами в регионе, начиная с 1991 г. Только так можно получить достоверную информацию о реальном числе онкологических пациентов в каждом регионе и в стране в целом.

Но это не единственное, что беспокоит онкологов сегодня. Все ожидают поставки новой медтехники по нацпроекту, но радость может обернуться большими проблемами для главных врачей. Чтобы этого не произошло, надо предусмотреть персональную ответственность чиновников региональных минфинов за выделение средств на подготовку помещений под новое тяжёлое медицинское оборудование и на его последующий ремонт, предложил А.Модестов.

Далее он предложил рассмотреть возможность государственно-частного партнёрства в создании сети центров амбулаторной поликлинической помощи. Есть негосударственные клиники, которые в отличие от некоторых государственных соответствуют

всем критериям, предъявляемым к ЦАОПам, и по кадрам, и по оборудованию. Тем более они и так работают в системе ОМС. В Красноярском крае уже несколько десятков заявок подано в Минздрав от «частников». Скорее всего, и в других регионах подобная картина.

– Болевой точкой онкологической службы остаётся кадровое обеспечение. Нынешний штат онкологов в поликлиниках и диспансерах работает с большой перегрузкой. Необходимо увеличить количество бюджетных мест в ординатуре по онкологии. Мы подаём каждый год 10-15 заявок, а нам дают одно-два бюджетных места и два-три платных. Решение данного вопроса в компетенции федерального Минздрава и Минобрнауки. И, кроме того, я за государственное распределение выпускников медицинских вузов, как это было раньше: окончил учёбу за бюджетные деньги – обязан отработать там, куда направят, – резюмировал А.Модестов.

Вслед за экспертами-онкологами градус пафоса вокруг масштабности и щедрости федеральной онкологической программы продолжил снижать президент Ассоциации онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Борова. Как представитель той самой целевой аудитории, в интересах которой и затевалась революция в российской системе оказания онкопомощи, И.Борова перечислила то, на что разработчики противораковой стратегии забыли обратить внимание.

В частности, она задала вопрос, почему из поля зрения авторов госпрограммы выпал вопрос финансирования всего, что касается трансплантации костного мозга при онкозаболеваниях? Почему мы за рубежом покупаем за огромные деньги донорский биоматериал для трансплантации российским гражданам, в то время как в стране миллионы потенциальных доноров из числа молодых здоровых людей?

Ещё одно замечание: не выстроена система маршрутизации онкобольных, которые прошли этап хирургического лечения рака в непрофильных лечебных учреждениях. За редким исключением преемственности между учреждениями нет, и пациент сам вынужден искать, где проходить химио- и лучевую терапию.

Обеспечение онкологических пациентов поддерживающей терапией как в стационаре, так и в амбулаторных условиях также не нашло отражения в федеральной программе. Между тем, утверждает представитель пациентского сообщества, поддерживающая терапия очень сильно влияет на результаты проведённого дорогостоящего лечения и может снизить его эффективность только потому, что пациент не может оплатить её сам. Равно как лечебное питание, которое для ряда категорий онкобольных является жизненно-важной компонентой терапии. И то, и другое, подчеркнула И.Борова, по стоимости вовсе не разорительно для госбюджета.

Кстати, обращаясь к депутатам Госдумы и чиновникам Минздрава России, пациенты назвали «любимой дочерью национальной онкологической программы» онкогематологию: в документе вообще нет данного раздела.

Подытоживая большой разговор, народные избранники высказали надежду, что по итогам обсуждения удастся внести изменения в федеральную онкологическую программу на 2020 г. Ведь очевидно, что глобальные планы государства могут оказаться трудно реализуемыми без тех «мелочей», которые оказались не предусмотрены изначально. Ну а мониторинг исполнения нацпроекта «Онкология» в подобном формате на площадке Госдумы должен быть регулярным – так надёжнее.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

ОМС: реальность и перспективы

Новые правила. Какие будут изменения?

Минюст России зарегистрировал Правила обязательного медицинского страхования (утверждённые Приказом Минздрава России от 28.02.2019, в том числе отменившие правила, действовавшие ранее). Мы попросили прокомментировать вносимые изменения экспертов.

Алексей СТАРЧЕНКО, член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, эксперт рабочей группы по развитию обязательного медицинского страхования Всероссийского союза страховщиков, доктор медицинских наук:

– Нововведения в новых правилах ОМС ориентированы на обеспечение преемственности медицинской помощи и контрольных мероприятий, которые позволят отследить все этапы лечения пациентов и предпринять меры для устранения недостатков в процессе лечения, а не постфактум. Это должно в том числе дать импульс к плановой технологичной медицинской помощи и в результате снизить риск смерти наших соотечественников.

Появилась норма о формировании страховыми медицинскими организациями (СМО) на информационном портале территориальных фондов ОМС истории страховых случаев пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или уже имеющимся.

Таким образом, создаётся интегрированная база информационных данных для быстрой оценки места и времени нахождения пациента на этапах диагностики и лечения. Это даст возможность СМО восстанавливать нарушенные права пациентов.

Детально прописаны контрольные действия за диспансерным наблюдением пациентов со стороны СМО. Создаётся база информационных данных о диспансерном учёте каждого пациента находящегося на наблюдении: её можно наложить на действующий приказ о конкретных мерах диспансерного учёта при каждом заболевании и информировать пациента о дате очередного приёма, консультации, лабораторном или инструментальном обследовании, предварительно согласовав с медицинской организацией. Главное – это позволить организовать доступ пациента к технологичным методам лечения, снизить риск их смерти или инвалидизации по кардиохирургическим, нейрохирургическим и эндокринно-хирургическим профилям, выявить своевременное прогрессирование онкозаболеваний.

Регламентируется работа страховых представителей в медицинской организации: медицинские организации обязаны предоставлять место для работы страховых представителей второго и третьего уровней. Это значит, что пациенты смогут получить консультацию о своих правах прямо в медицинской организации там, где они могут быть нарушены. А страховой представитель сможет оперативно разрешить возможный конфликт и восстановить права застрахованного лица.

Также регламентируется порядок контроля телемедицинских консультаций как прообраз второго мнения. Это дисциплинирует врача и даёт шанс пациенту на правильное мнение и лечение.

Штрафные санкции к медицинским организациям по фармакотерапии: ФФОМС и Минздрав ввели серьёзные финансовые инструменты профилактики и борьбы с небезоснованными в истории болезни схемами фармакотерапии. Особенно это важно для онкологии и онкобольных. Если больному назначена давно известная схема химиотерапии, тогда как необходимо провести генетические исследования и назначить самый современный дорогостоящий таргет.

Если такого исследования никто не назначил, пациент лишён права на таргетную терапию, которая сегодня уже обеспечена финансами (санкция в размере 90% стоимости медицинской помощи). Главная цель введения такой санкции – мобилизовать медицинские организации на проведение генетических исследований и на закупку таргетных препаратов.

Андрей РЫЖАКОВ, председатель совета по медицинскому страхованию Всероссийского союза страховщиков:

– Новые правила ОМС конкретизируют и усиливают защиту прав и интересов застрахованных, наращивают объёмы информирования граждан по диспансеризации и диспансерному наблюдению, а также создают конкурентную среду для СМО и медицинских организаций, которая позволяет реализовать право граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи.

В соответствии с новым приказом упрощается порядок подачи заявления о выборе (замене) СМО застрахованным лицом. Теперь застрахованный сможет получить полис обязательного медицинского страхования не только в форме бумажного бланка, но и в виде пластиковой карты с электронным носителем информации (электронный полис) или отказаться от его получения. Заявление о получении полиса можно будет подать через официальный сайт территориального фонда обязательного медицинского страхования при наличии электронно-цифровой подписи или через Единый портал государственных и муниципальных услуг.

Предусматривается и увеличение срока действия временного полиса, если ранее он был действителен 30 рабочих дней, то сейчас – 45 с момента выдачи. Временный полис ОМС граждан получает на время изготовления постоянного полиса. Он даёт право пользоваться всеми видами медицинской помощи, входящими в программу госгарантий.

К обязанностям застрахованных теперь относится сообщение о любых изменениях данных документа, удостоверяющего личность. Застрахованный отдельно сообщает о согласии на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи.

Теперь пациенты смогут также подавать заявления о выборе или замене страховой организации через Единый портал госуслуг. Помимо этого, новые правила предусматривают обязательное информирование застрахованных о способе прикрепления к поликлинике и по желанию пациента.

Отдельное изменение коснулось граждан, проходящих военную службу: территориальные фонды приостанавливают действие полиса застрахованных лиц на срок военной службы со дня получения данных сведений.

Диспансеризация. Чётко определены обязанности страховых представителей как работа с обращениями граждан, обеспечение организации информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, организация индивидуального информирования о необходимости прохождения профилактических мероприятий, а также подготовка предложений для медицинских учреждений по организации профилактических осмотров и диспансеризации и рассмотрение жалоб граждан (включая организацию проведения экспертиз).

Информирование застрахованных граждан о диспансеризации и профилактических медицинских осмотрах по новым правилам ОМС будет осуществляться не ежеквартально, как было ранее, а ежемесячно. СМО выбирает способ информирования застрахованных лиц: через сервис

мобильных сообщений, почтовым отправлением, по телефону. Если же пациент не явился на профилактический осмотр, в том числе в рамках диспансеризации, то страховой представитель может проинформировать его ещё раз и связаться с ним для выяснения причин.

Диспансерное наблюдение. Согласно новым правилам, информированию будут подлежать не только те граждане, которые должны пройти диспансеризацию и профилактические осмотры, но и те, кто состоит на диспансерном наблюдении по итогам диспансеризации. Если ранее граждане, состоявшие на диспансерном наблюдении, информировались о необходимости пройти осмотр, консультации, различные процедуры по инициативе СМО, то теперь эта обязанность закреплена за СМО уже в правилах.

Госпитализация. Медицинским организациям вменяется обязанность ведения Единого реестра планируемых госпитализаций в разрезе профилей. С учётом этого реестра поликлиниками будут распределяться объёмы медицинской помощи. СМО ежедневно будут вести учёт состоявшихся и несостоявшихся госпитализаций, в том числе при получении высокотехнологичной медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения будут направлять в СМО сведения о пациентах, которые должны пройти плановую госпитализацию, причём будут это делать раз в сутки. А стационары, в свою очередь, направлять списки пациентов, которые пришли на плановую госпитализацию. Соответственно, если по каким-то причинам пациент не явился, то страховые представители свяжутся с ним, выяснят причины и, если это случилось по вине медицинской организации, помогут решать проблемы с плановыми госпитализациями.

Информирование застрахованных о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости будет осуществляться в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг по запросу, в также через официальные сайты (при условии предварительной идентификации и аутентификации).

СМО теперь будет обязана уведомлять территориальный фонд о возможности выполнения страховой медицинской организацией информационного сопровождения застрахованных лиц. Это обеспечит конкурентное преимущество на рынке страховых услуг в сфере ОМС для добросовестных страховщиков.

При исключении медицинской организации из реестра медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, территориальный фонд должен указать причину её исключения. Это позволит объективней подходить к распределению объёмов медицинской помощи по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Изменение объёмов финансирования медицинских организаций будет возможно в случае изменения регионального порядка маршрутизации пациентов, реорганизацию или изменение структуры медицинской организации (открытие новых отделений, врачебных приёмов, увеличение коечного фонда).

Новыми правилами предусмотрено увеличение санкции к медицинским организациям за непредоставление медицинской документации и за искажение информации в реестрах счетов, что снизит объём приписок и позволит сохранить деньги в системе ОМС. Также увеличивается ответственность медицинских организаций за назначение нерациональной фармакотерапии.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

Одно из слагаемых успеха университета – наличие собственной клинической базы и тесной связи с региональным здравоохранением. Огромным достижением вуза является наличие собственных авторитетных научно-педагогических школ, основополагающими критериями которых является коллектив единомышленников, объединённых научно-педагогической идеей, завоевавший известность высоким уровнем подготовки специалистов и научных кадров высшей квалификации, а также исследований в признанном направлении, характеризующемся устойчивостью традиций и преемственностью поколений. 36 сотрудников университета являются главными специалистами Минздрава. Широкую известность и огромное признание получили научно-педагогические школы самарских учёных, стоявших у истоков формирования вуза: академика РАМН И.Солдатов, офтальмолога члена-корреспондента АМН СССР Т.Ерошевского, академика РАН, заслуженного деятеля науки РФ А.Краснова, прославленных хирургов профессоров А.Аминова, Г.Ратнера, А.Лебедева, С.Шестакова, А.Германова и В.Германова, В.Косарева, Н.Крюкова, Г.Маковецкой, Ф.Гильмияровой, Б.Жукова, И.Королюка, А.Жесткова, В.Куркина и И.Поверенновой.

В Самарской области уже 80% врачей охвачены системой непрерывного образования. По многим направлениям университет находится на лидерских позициях в стране и с индустриальными партнёрами открывает промышленные площадки для производства инновационного оборудования, которое внедряется в клиническую практику. Только за последние 5 лет для реализации масштабных проектов было принято несколько ключевых инфраструктурных решений.

«В 2014 г. создан и успешно развивается Территориальный кластер медицинских и фармацевтических технологий, ядром которого является СамГМУ. В 2015 г. он стал координатором Научно-образовательного кластера «Нижневолжский». В 2017 г. университет получил статус Федерального центра инновационного, технологического и социального развития Самарской области», – сказал Г.Котельников. Он также поблагодарил губернатора Самарской области Дмитрия Азарова за поддержку инновационных разработок университета и системное взаимодействие с вузовским сообществом региона.

Г.Котельников отметил, что СамГМУ является не только

Веки

Сто лет успеха



Исполняется праздничная песня – «Ода СамГМУ»

вузом инновационного типа, но и авторитетным экспертным центром. Только за последнее время его посетили заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, министр экономического развития РФ Максим Орешкин, первый заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, заместители министра здравоохранения РФ Наталья Хорова и Татьяна Семёнова, депутаты Государственной думы РФ и другие специалисты, принимающие решения по стратегическим направлениям развития страны.

Спасённые жизни, высокая ответственность

В этот торжественный день в адрес вуза поступило множество поздравлений. Одно из них – от помощника Президента РФ Андрея Фурсенко. Он пожелал сотрудникам вуза успеха и чувства высокой ответственности в деле подготовки кадров. Поступили поздравления от председателя Совета Федерации Валентины Матвиенко, председателя комитета Совета Федерации по социальной политике Валерия Рязанского, депутатов Государственной думы РФ Леонида Симановского,

Александра Хинштейна, Виктора Казакова.

С юбилеем студентов, преподавателей и выпускников вуза поздравил губернатор Самарской области Дмитрий Азаров. «Значимость университета в первую очередь – в спасённых жизнях. Скольким людям была оказана помощь в самых сложных ситуациях, скольким выпускниками университета было даровано счастье, потому что человек нездоровый счастливым быть не может!» – подытожил губернатор.

С праздником СамГМУ также поздравила Т.Семёнова. Она высоко оценила сочетание лучших традиций с инновационными технологиями в университете. Татьяна Владимировна отметила, что в новой своей должности (заместителя министра), первым посетила университет в Самаре. Познакомившись с учебными аудиториями, студентами и преподавателями, возможностями симуляционного обучения, клиниками университета, осталась довольна увиденным. Отличительная черта СамГМУ – быть в тренде новых подходов к образованию, сохраняя при этом лучшие традиции советской, русской медицинской школы. И это является примером для других вузов. Какие бы передовые технологии ни приходили на помощь врачу, не менее ценным остаётся воспитание морально-этических качеств. Судя по обратной реакции практического здравоохранения, выпускники СамГМУ – квалифицированные, отзывчивые специалисты. За последние годы растёт процент людей, которые довольны качеством оказываемой медицинской помощи. Т.Семёнова высказала искренние слова благодарности Г.Котельникову: сегодня вуз демонстрирует стабильно высокие результаты

в учебной, методической, лечебной, научно-исследовательской, инновационной и воспитательной деятельности. Но перед медицинским сообществом поставлена амбициозная задача – увеличение продолжительности жизни россиян. Чтобы выполнить её, нужно ещё более значительно повысить качество медицинской помощи, подготовку специалистов.

В адрес вуза также поступили поздравления от руководителя Роспотребнадзора России Анны Поповой, академиков РАН Евгения Шляхта, Марка Курцера, Андрея Карпина, Олега Орлова, Александра Румянцова, ректоров вузов России, руководителей ведущих научно-исследовательских институтов.

В ходе праздничного мероприятия наградили и сотрудников университета за выдающиеся достижения в работе. Указом Президента присвоено высокое звание «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации» Л.Мазур – заведующей кафедрой госпитальной педиатрии.

На торжественном собрании присутствовали также и почётные гости: научный руководитель ФИЦ питания, биотехнологии и безопасности пищи академик РАН Виктор Тутельян, почётные профессора СамГМУ, академики РАН Юрий Белов, Анатолий Кулаков, Александр Стрижаков, РАН Николай Володин, которые поздравили вуз и зачитали поздравление от президента РАН Александра Сергеева и вице-президента РАН по медицинским наукам Владимира Чехонина.

В адрес университета поступили поздравления от президента Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Министрства здравоохранения РФ академика РАН Сергея Ми-

ронова, видеопоздравление от председателя исполкома Союза педиатров России академика РАН Лейлы Намазовой-Барановой, учёных из зарубежных вузов-партнёров: Франции, Германии, Македонии, Узбекистана.

Со сцены театра оперы и балета поздравили и ректоры, и представители медицинских и фармацевтических вузов России: ректор Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, академик РАН Сергей Багненко, президент Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, академик РАН, заслуженный врач РФ Лариса Мошетова, проректор по учебной работе Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова академик РАН Игорь Маев, советник ректора Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова и профессор Владимир Решетников передал поздравление от председателя Совета ректоров медицинских и фармацевтических высших учебных заведений Петра Глыбочко.

Поздравили и ректоры вузов кластера «Нижневолжский» и «Средневолжский».

Во благо земли Самарской

Постановлением губернатора Д.Азарова за значительный вклад в развитие здравоохранения в области почётным знаком губернатора области «За труд во благо земли Самарской» был



Г.Котельников

награждён Игорь Федяев – профессор кафедры челюстно-лицевой хирургии и стоматологии. Почётное звание «Заслуженный деятель науки Самарской области» было присвоено Игорю Давыдкину – проректору по научной и инновационной работе.

Почётное звание «Заслуженный работник высшего профессионального образования Самарской области» получили Александр Капишиков и Виктор Шибанов. За большой вклад в развитие здравоохранения в области Почётной грамотой губернатора Самарской области награждён Александр Шпигель. Благодарностью губернатора поощрены Людмила Зенина и Татьяна Шеина.

За заслуги в области здравоохранения знаком «Отличник здравоохранения» награждены Светлана Алёхина, Борис Грачёв, Лариса Карасёва, Ирина Петрухина, Евгений Яблоков.

«Почётной грамотой Министрства здравоохранения РФ» награждены: профессор Сергей



В зале

Бабанов и Наталья Хаустова. Кроме того, 33 сотрудника университета в год столетия поощрены Благодарностью Министра здравоохранения РФ.

Приятным сюрпризом стало поздравление с Международной космической станции от Олега Кононенко и Алексея Овчинникова. «Поздравляем вас со столетием. В вузе ведутся научные исследования в области космической медицины. Символично и то, что празднование юбилея проходит в год, когда мы отмечаем знаменательную для всего человечества дату – 85-летие со дня рождения первого космонавта Земли Юрия Гагарина. Совершённый им подвиг является примером смелости

думы Екатерина Кузьмичёва в своём поздравлении коллектива университета отметила, что его история – это часть жизни региона и здравоохранения России. Перед сотрудниками вуза всегда есть пример руководителя. Геннадий Петрович относится и к работе в законодательном собрании с большой ответственностью, оправдывая доверие депутатского корпуса. Ведь на выборах председателя он был поддержан единогласно всеми фракциями. За многолетний и добросовестный труд, профессиональное мастерство она наградила дипломами Самарской губернской думы Гульнару Баишеву, Татьяну Владимирову и Сергея Суслина.



В. Сковрцова

В ходе праздничного мероприятия от всей Самарской митрополии Русской православной церкви и от митрополита Самарского и Тольяттинского Сергея вуз поздравил с юбилеем представитель Самарской епархии протоиерей Андрей Рузьянов.

В 1999 г. Г.Котельников возглавил совет ректоров вузов Самарской области и на протяжении 21 года является его председателем. За эти годы совет стал организацией, играющей важнейшую роль в жизни региона. От лица ректоров



Д. Азаров

и самоотверженности. Ваша работа требует того же самого – профессионализма и готовности всегда прийти на помощь», – сказали космонавты.

От лица почётных профессоров вуза – профессор Рудольф Галкин. По его словам, ректоры – народ самобытный, это и известные учёные, прекрасные клиницисты, организаторы. Всех их объединяет преданность университету, российской медицинской школе. А самарскому государственному медицинскому университету повезло, за последние 50 лет вузом руководили два ректора – академик А.Краснов и его ученик академик РАН Г.Котельников. Известные самарские учёные вручили Г.Котельникову атрибуты почётного профессора СамГМУ.

Первый заместитель председателя Самарской губернской

С.П.Королёва Виктор Соيفер и заместитель председателя совета ректоров вузов Самарской области, исполняющий обязанности ректора Самарского государственного экономического университета, профессор Габибулла Хасаев, которые отметили масштаб личности Геннадия Петровича и его умение выстраивать отношения на всех уровнях.



Т. Семёнова

Во время праздничного мероприятия Нагрудным знаком «Почётный выпускник СамГМУ» были награждены профессор Игорь Березин, Александр Гаршин – главный врач Николаевской районной больницы Ульяновской области, Светлана Митрошина – главный врач областной психиатрической больницы им. К.Р.Евграфова (Пенза), Сергей Плешаков – главный врач Кинельской центральной больницы города и района Самарской области.

Со сцены театра оперы и балета СамГМУ поздравили руководители медицинской отрасли и главные врачи медицинских учреждений Самарской области. Вуз сотрудничает с органами практического здравоохранения области, 22 медицинские организации имеют статус «клинических», ещё 70 являются базами практической подготовки.

Министр здравоохранения Самарской области Михаил Ратманов наградил почётными грамотами Сергея Зуева-Ратникова, Владимира Калинина и Николая Ильина.

СамГМУ – один из пяти крупнейших и престижных медицинских вузов России. Эти весенние дни оставили яркий след в истории университета.

Вероника СКВОРЦОВА, министр здравоохранения РФ:

– От имени Министерства здравоохранения РФ поздравляю со 100-летним юбилеем СамГМУ! Высокий потенциал профессорско-преподавательского коллектива, практическая и инновационная направленность деятельности вуза, внедрение и использование современных образовательных технологий, а также наличие клинической базы – эти драйверы позволяют университету удерживать лидирующие позиции. От всей души желаю, чтобы 100-летний рубеж для всего коллектива стал символическим трамплином на пути к новым горизонтам развития.

Дмитрий АЗАРОВ, губернатор Самарской области:

– 100-летие Самарского государственного медицинского университета – это событие не только для области, но и для всего здравоохранения России. Национальные проекты нацелены на комплексное решение стратегических задач. И в этом ключевую роль играет высшая школа. В том, что университет достиг таких результатов, огромная заслуга Г.Котельникова, который сформировал профессиональную команду. Вся жизнь регионального здравоохранения строится вокруг университета, который является центром притяжения специалистов, представляющих различные знания и отрасли.

Татьяна СЕМЁНОВА, заместитель министра здравоохранения РФ:

– После знакомства с работой СамГМУ у меня сформировалось впечатление о нём как об одном из опорных медицинских вузов. Амбициозные задачи подкреплены созданными компетенциями. Если студент мотивирован и хочет получить высшее медицинское образование мирового уровня, то он может его здесь получить. Желаю всем сотрудникам успехов, а студентам – максимальной вовлечённости в профессию, которую они сделали своей судьбой.

Михаил РАТМАНОВ, министр здравоохранения Самарской области:

– Медицинская наука на нашей земле идёт в ногу со временем. СамГМУ – один из самых динамично развивающихся вузов. Взаимодействие вуза и практического здравоохранения на протяжении многих лет растёт, потому что мы делаем общее дело, сохраняя здоровье граждан, обеспечивая качество и доступность медицинской помощи.

Геннадий КОТЕЛЬНИКОВ, председатель Самарской Губернской Думы, академик РАН:

– История университета всегда была связана с решением стратегических задач, которые стояли перед страной. За вековой путь в вузе подготовлены десятки тысяч врачей различных специальностей и провизоров,



М. Ратманов

тысячи военных врачей. Из одного медицинского факультета в 1919 г. он вырос в университетский комплекс с развитой сетью партнёрских связей. Сегодня СамГМУ вносит существенный вклад в развитие здравоохранения, решая триединую задачу: учить, лечить и заниматься наукой на качественно новом уровне.

Виктор СОЙФЕР, президент Самарского национального исследовательского университета им. С.П.Королёва, председатель общественной палаты Самарской области, почётный гражданин области, академик РАН:

– 1999 г. – год избрания на пост председателя Совета ректоров Самарской области Г.Котельникова был не простым. В 90-е годы у высшей школы было потеряно много стратегических позиций. Но под его руководством была так выстроена работа, что решались самые сложные проблемы. Свою работу он продолжает. На федеральном уровне известны его острые выступления на форумах по самым важным проблемам. Например, был положительно решён вопрос о стипендиях аспирантов, который был озвучен в присутствии Президента России. Последовательно он отстаивает позицию подчинения медицинских вузов Министерству здравоохранения РФ. Я желаю всему коллективу СамГМУ новых достижений, счастья и процветания!

Алексей ПАПЫРИН, обозреватель «МГ».

Владимир РЕЗНИКОВ, внешт. корр. «МГ».

Новый ректор и первый президент СамГМУ

В Самарском государственном медицинском университете состоялась и конференция по выборам ректора. Большинство делегатов проголосовали за то, чтобы вуз возглавил директор Института инновационного развития университета, заведующий кафедрой оперативной хирургии и клинической анатомии, профессор РАН Александр Колсанов.

При непосредственном участии Александра Владимировича была создана новая отрасль региональной экономики «ИТ-медицина», разработан и внедрён в серийное производство ряд высокотехнологичных продуктов, конкурентоспособных на мировом уровне, создана многоуровневая партнёрская сеть вуза с промышленными предприятиями. За него отдало 128 голосов. Проректор по лечебной работе Евгений Корымасов получил 116 голосов. 9 получил третий кандидат в ректоры – декан лечебного факультета Дмитрий Константинов. Ранее ещё один кандидат – главный врач Клиник Сам-

ГМУ Александр Сонис – заявил о самоотводе. Всего в голосовании участвовали 253 человека.

Через два дня на учёном совете прошли выборы первого президента университета. Им стал ректор СамГМУ, председатель Самарской губернской думы, академик РАН Геннадий Котельников.

Геннадий Петрович 21 год возглавлял СамГМУ. Это была целая эпоха в развитии вуза. Под его руководством университет стал вузом инновационного типа, воспитан целый пул известных и молодых учёных (напомним, что Президент России Владимир Путин наградил Геннадия Петровича первым знаком «За наставничество»). Безусловно, он внёс большой вклад в развитие отечественной травматологии и ортопедии.

Редакция «Медицинской газеты» поздравляет Геннадия Котельникова и Александра Колсанова с избранием на высокие должности. Мы желаем им успехов в работе на благо отечественного здравоохранения!

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 21 (2187)

В практике любого отохирурга, вне зависимости от его опыта, могут встретиться трудные клинические случаи, требующие выполнения определённого объёма вмешательства, иногда даже с применением нестандартного подхода. К трудным случаям в отохирургии, бесспорно, можно отнести массивные лабиринтные холестеатомы с костными дефектами черепных ямок и формированием менингоэнцефалоцеле височной кости.

Диагностика

Перед любым предстоящим хирургическим вмешательством на среднем ухе необходимо проводить углублённое обследование пациента с применением лабораторных и инструментальных методов.

В обязательном порядке выполняется отоскопия под микроскопом или при помощи эндоскопа. Предоперационное аудиологическое исследование необходимо проводить обязательно, особенно при операциях на единственном слышащем ухе. Основываясь на данных аудиограммы и камертоналиных проб, возможно прогнозировать улучшение слуха, связанное с предстоящим оперативным лечением, а также уточнить данные о локализации процесса.

Особенно важную роль в диагностике заболеваний уха имеют лучевые методы исследования, а именно компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) височных костей с или без контрастирования гадолинием, в T1-, T2-взвешенных режимах, а также DWI, особенно в случаях повторных операций. На основании данных этих методов исследования определяется тактика лечения и объём предстоящего хирургического вмешательства.

Пациентам с локализацией патологического процесса в основании черепа помимо вышеописанных методов диагностики требуются проведение дополнительных тестов, а именно углублённого аудиологического (коротколатентные слуховые вызванные потенциалы) и нейрофизиологического исследования. Аудиологические данные помогут определить, следует ли применять доступ слухосохраняющего типа, и предположить возможность сохранения или потери слуха. Электронистагмография и электромиография лицевого нерва (мимической мускулатуры) позволяют на дооперационном этапе оценить, из какого нерва исходит опухоль внутреннего слухового прохода и какова степень поражения лицевого нерва.

Этиология, патогенез и клиника холестеатомы

Самым часто встречающимся трудным случаем в отохирургии считаются холестеатомы пирамиды височной кости и связанные с ней осложнения. Холестеатома – опухольное образование, представляющее собой эпидермальную кисту, которая образуется в результате агрессивного роста ороговевающего плоскоклеточного эпителия. В мировой литературе холестеатома пирамиды височной кости описывается как сложное образование для диагностики и лечения. Данная особенность связана с тем, что заболевание часто протекает бессимптомно, а локализация процесса близка к основанию черепа и нервно-сосудистым структурам височной кости. Кроме того, холестеатома имеет склонность к прогрессирующему росту, рецидивированию и развитию внутричерепных осложнений в случаях массивного распространения. Частота встречаемости холестеатомы пирамиды височной кости, по разным данным, составляет от 4 до 9% всех патологических образований в пирамиде височной кости.

Холестеатома пирамиды височной кости по происхождению бывает врождённой и приобретённой, последняя делится на первичную (ретракция эпидермиса) и вторичную (перфорация и костные дефекты), ятрогенную и посттравматическую (эпидермальный занос).

Для выбора адекватной тактики хирургического лечения разработана классифи-

кация холестеатомы пирамиды височной кости. Существует несколько современных классификаций холестеатомы пирамиды височной кости в зависимости от расположения процесса и объёмов поражения. Наиболее детальными и актуальными являются классификации D.Moffat и W.Smith от 2008 г. и модификация M.Sanna от 2011 г. Согласно этой классификации, холестеатома пирамиды височной кости делится на: супралабиринтная; супралабиринтная-апикальная; инфралабиринтная; инфралабиринтная-апикальная; массивная; массивная-апикальная.

Проблема хирургического лечения холестеатомы пирамиды височной кости заключается в близости к основанию

Сложные случаи в отохирургии: холестеатома пирамиды височной кости

череп и жизненно важным анатомическим структурам, возможности развития тяжёлых вне- и внутримозговых осложнений (отогенный парез лицевого нерва, менингит, экстрарахноидальный абсцесс, субарахноидальное кровоотечение, синустромбоз, поражение сосудисто-нервных образований, мостомозжечкового угла), склонностью к рецидивированию процесса. При проведении хирургического лечения с неполной санацией матрикс холестеатомы приобретает более агрессивную характеристику, повышается его пролиферативная активность, что сопровождается активной деструкцией костных структур, остеитом.

Выбор хирургической тактики основывается на локализации и распространённости процесса, предоперационном уровне слуха, функции лицевого нерва и анатомических особенностей внутренней сонной артерии, луковичи яремной вены. Необходимость создания доступов с хорошей визуализацией и возможностью манипуляций в труднодоступных зонах в большинстве случаев обязывает проведение хирургических вмешательств большого объёма с удалением здоровой костной ткани, диссекцией и обнажением, а в некоторых случаях и с перемещением анатомических структур.

Так, например, при массивной и массивно-апикальной холестеатоме пирамиды височной кости процесс распространяется и граничит сверху с твёрдой мозговой оболочкой и может распространяться в среднюю черепную ямку. Снизу он распространяется в инфралабиринтный клеточный тракт и может разрушать стенку луковичи яремной вены. Медиально процесс может распространяться до верхушки пирамиды височной кости и поражать клиновидную пазуху. Спереди разрушению могут подвергнуться костные стенки вертикальной и горизонтальной частей внутренней сонной артерии, а сзади патологический процесс «уходит» во внутренний слуховой проход и заднюю черепную ямку. Агрессивное течение заболевания может приводить к жизнеугрожающему состоянию, требующему проведения полноценной санации с применением микрохирургической и эндоскопической техник.

Осложнение холестеатомного процесса

К трудным случаям также относится менингоэнцефалоцеле височной кости как осложнение течения холестеатомного процесса, протекающего с деструкцией костных стенок. Это грыжевое выпячивание мозга в полости среднего уха через костный дефект средней и/или задней

черепных ямок. Менингоэнцефалоцеле височной кости также может быть результатом хирургических операций на ухе, травм височных костей, деструкции костных стенок новообразованием, реже менингоэнцефалоцеле бывает спонтанной, ещё в более редких случаях – врождённой. Формирование грыжевого выпячивания менингеальной оболочки и ткани головного мозга через дефект костной пластинки височной кости редкое, но при этом жизнеугрожающее состояние, требующее хирургического лечения.

В случаях вторичного формирования менингоэнцефалоцеле клиническая картина часто маскируется под симптомами основного заболевания, в таких случаях подозрение на менингоэнцефалоцеле может быть подтверждено данными лучевой диагностики. При нарушении целостности твёрдой мозговой оболочки и сохранности паутинной оболочки чаще всего имеет место менингоэнцефалоцеле без ликвореи. Такие грыжевые выпячивания могут длительное время оставаться бессимптомными, до тех пор пока не произойдёт разрыв паутинной оболочки и не

котанный субстрат, который также может являться холестеатомой или холестеоловой гранулёмой. МРТ – метод выбора для дифференциации этих тканей. Мозговая ткань грыжи на МРТ изоинтенсивна веществу мозга во всех срезах и режимах, тогда как холестеатома гиперинтенсивна на T2-взвешенных изображениях, а холестеоловая гранулёма гиперинтенсивна и на T1-, и на T2-изображениях. T2-взвешенные и неэхопланарные диффузно-взвешенные изображения наиболее информативны в верификации мозгового вещества при хирургии дефектов латерального основания черепа.

В литературе описываются три основных варианта хирургических тактик для закрытия костного дефекта при мозговых грыжах височных костей: трансмастоидальный; со стороны средней черепной ямки; облитерация среднего уха аутоотками. Выбор наиболее подходящего метода зависит от локализации, размеров грыжевого мешка и костного дефекта по данным КТ и МРТ головного мозга, дооперационного уровня слуха, наличия инфекции, интраоперационной оторее и сопутствующей патологии.

начнётся истечение ликвора. При дефекте твёрдой мозговой и паутинной оболочек имеет место ликворея до тех пор, пока вещество мозга при постепенном грыжевом выпячивании через дефект в полость уха не перекроет этот поток, обычно при осмотре полость уха заполнена массой из мягких тканей.

Диагностика и лечение менингоэнцефалоцеле

Диагностика менингоэнцефалоцеле не представляет каких-либо больших затруднений. При отомикроскопии у таких пациентов часто выявляется объёмное образование, заполняющее полость среднего уха или полость после операции, поступление прозрачной жидкости, которое усиливается, если попросить пациента натужиться. При исследовании данной жидкости в лаборатории верификация цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) проводится по повышенному содержанию глюкозы. Если ЦСЖ выделяется вместе с кровью, то для распознавания ликвореи применяется классический HALO-тест. При этом на марле или постельном белье вокруг центрального кровянистого пятна образуется характерный светло-жёлтый ободок.

Определённое значение имеет симптом «носового платка». Этот признак объясняется наличием в ЦСЖ большого количества белка, которого нет в серозном отделяемом при отите. Платок (марля), в который собираются жидкость у пациента с отоликвореей, становится более плотным и твёрдым, что свидетельствует о выпадении в сухой остаток основных веществ, входящих в состав ликвора (белок, глюкоза, хлориды и т.д.) Однако могут быть и неспецифические находки, особенно у пациентов, ранее перенёвших операцию.

По данным аудиологического тестирования, наиболее характерной является кондуктивная или смешанная тугоухость разной степени выраженности, что не исключает сопутствующей патологии проводящего аппарата среднего уха.

У всех пациентов с подозрением на дефект средней черепной ямки в стандарт обследования входит выполнение мультипланарной компьютерной томографии (МСКТ) височных костей и МРТ головного мозга с контрастным усилением. На коронарных срезах лучше визуализируются костные дефекты, смежные со средним ухом, ещё более редкие грыжи задней черепной ямки лучше определяются на аксиальных срезах.

По данным МСКТ, вещество мозга, продолжающееся через дефект крыши в барабанную полость, выглядит как мяг-

В своей практике мы применяем усовершенствованную нами комбинированную технику, когда одновременно со стороны мастоидальной полости и со стороны средней черепной ямки проводится многослойная пластика костного дефекта.

Клинический случай № 1

Пациент Ч., 35 лет, 22.03.2016 переведён из областной больницы в научно-клинический отдел заболеваний уха Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России с диагнозом «хронический правосторонний эпитимпано-антральный гнойный средний отит». Массивная апикальная холестеатома с разрушённой пирамидой височной кости, осложнённая синдромом Градениго, отогенным менингоэнцефалитом. Состояние после радикальной операции на правом ухе в 1989 г., реоперации в 2016 г. Правосторонняя глухота. Правосторонний умеренный парез мимической мускулатуры (III степень дисфункции лицевого нерва).

Жалобы при поступлении на отсутствие слуха на правом ухе, постоянные выделения из правого уха иногда светло-жёлтой окраски, иногда водянистые, на слабость, шаткость и неуверенность походки.

Функция лицевого нерва: движения мимической мускулатуры справа нарушены, соответствует дисфункции III степени, имеется сглаженность кожных складок на стороне справа, симптом паруса справа, правый глаз закрывается полностью с усилием, жидкая пища вытекает из угла рта справа. Вкусовая чувствительность языка не нарушена.

Оториноларингологический статус: слуховой проход представлен только перепончато-хрящевым отделом. При отомикроскопии визуализируется радикальная полость. Мастоидальный отдел больших размеров, неэпидермизирован, покрыт грануляционной тканью и видоизменённой слизистой оболочкой. В области крыши сосцевидного отростка дефект костной стенки, из которого активно поступает серозно-гнойное отделяемое, возможно отоликворея. При натуживании количество отделяемого увеличивается. Шпора неровная, высокая. В тимпанальном отделе отсутствует звукопроводящая система среднего уха. Окна лабиринта не дифференцируются. Медиальная стенка барабанной полости выстлана грануляционной тканью.

МСКТ височных костей: участок воспалительной инфильтрации в правой гемисфере мозжечка. МР-томографическая картина: признаки соответствуют нагноившейся холестеатоме пирамиды правой височной кости (см. фото 1).

В научно-клиническом отделе заболеваний уха Научно-клинического центра

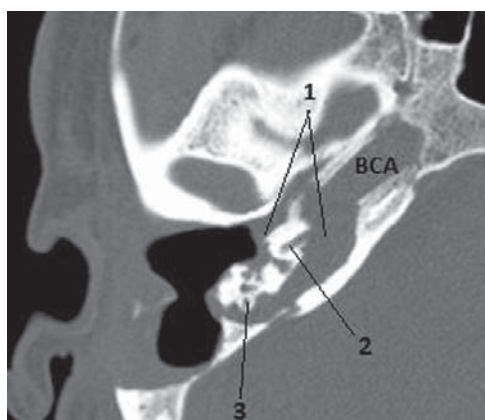


Фото 1. Спиральная компьютерная томография височных костей. Аксиальная проекция. **BCA** – внутренняя сонная артерия; **1** – холестеатома; **2** – костный фрагмент базального завитка улитки; **3** – костные фрагменты полукружных каналов

оториноларингологии ФМБА России проведено дополнительное обследование с учётом клинических данных пациента при поступлении. В лаборатории подтверждено наличие отоликвореи. Пациент проконсультирован неврологом, офтальмологом и нейрохирургом для более детальной оценки неврологического статуса. Заключение врачей консилиума: учитывая результаты КТ и МРТ височных костей, указывающих на тотальное поражение пирамиды височной кости холестеатомным процессом, данных аудиологического исследования, свидетельствующего о полной потере слуховой функции на правой стороне, принято решение о проведении расширенной санирующей операции (заушной доступ, транслабиринтно-транскохлеарный путь) на правом ухе с целью полной санации воспалительного очага в правом ухе и герметизации ликворных свищей аутоотканями.

Особенности данной операции

В условиях эндотрахеального наркоза нейрохирургом был установлен люмбальный дренаж для адекватного контроля ликворного давления и состояния ликвора в динамике в послеоперационном периоде. Перед началом операции взят ликвор на исследование – общий анализ и посев ликвора.

Операция выполнялась под контролем операционного эндоскопа, навигационной техники, операционного микроскопа и системы нейромониторинга. Открыв радикальную полость после предыдущих операций, хирург увидел в области крыши сосцевидного отростка дефект костной стенки размера 1 x 1,2 см, из которого поступает ликвор. Твёрдая мозговая оболочка в данной области имела небольшой дефект с грануляционной тканью по краям. Тимпальный отдел также был покрыт грануляционной тканью, окна лабиринта не дифференцировались. После иссечения грануляционной ткани под её слоем обнаружено большое скопление холестеатомных масс.

Кроме того, обнаружена патологическая подвижность костных структур промонториальной стенки, при этом выявлено распространение холестеатомы в преддверие и улитку. Лицевой нерв в тимпанальном отделе был обнажён. Все три полукружных канала оказались разру-

шены с распространением холестеатомных масс в проекции луковицы ярёмной вены и внутреннего слухового прохода. Сверху холестеатома разрушила костную стенку средней черепной ямки, твёрдая мозговая оболочка была обнажена на большом протяжении. Медиально холестеатома распространялась до верхушки пирамиды височной кости вдоль части крыла клиновидной кости практически до клиновидной пазухи. Спереди разрушению были подвергнуты костные стенки вертикальной и горизонтальной частей внутренней сонной артерии. Холестеатома распространялась до капсулы внутреннего слухового прохода, а снизу – в гипотимпанальные и инфралабиринтные клетки с разрушением костной стенки луковицы ярёмной вены.

Под контролем операционного эндоскопа отохирург произвёл осмотр труднодоступных мест операционной полости, удалил все остатки холестеатомных масс, трепанационную полость затампонировал абдоминальным аутожиром, после чего ликворея прекратилась. Наружный слу-

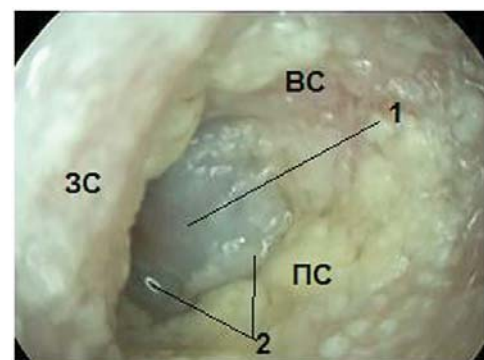


Фото 3. Картина при отомикроскопии правого уха. **ПС** – передняя стенка наружного слухового прохода; **ВС** – верхняя стенка наружного слухового прохода; **ЗС** – задняя стенка наружного слухового прохода; **1** – менингоэнцефалоцеле; **2** – поступление серозной жидкости с пульсирующим рефлексом

ховой проход ушит наглухо по технике «cul-de-sac» (слепого мешка).

Гистологическое заключение удалённого материала таково: хронический воспалительный процесс, нагноившаяся холестеатома.

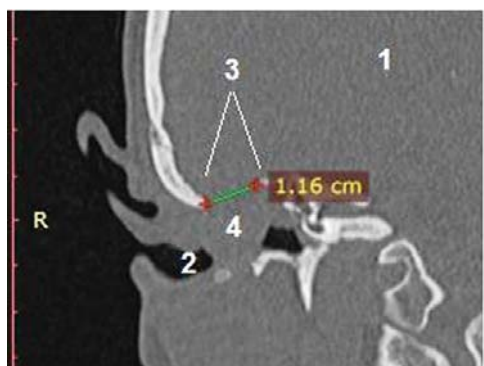


Фото 4. Спиральная компьютерная томография височных костей в коронарной проекции. Правая сторона. **1** – вещество головного мозга; **2** – полость после радикальной операции; **3** – зона дефекта СЧЯ; **4** – мягкотканый субстрат, заполняющий большую часть радикальной полости правого уха

В послеоперационном периоде осложнений не было. В результате терапии достигнуто полное купирование гнойно-септического процесса. Пациент выписан с улучшением для дальнейшего амбулаторного наблюдения у оториноларинголога, невролога и офтальмолога по месту жительства (см. фото 2).

Через 14 месяцев, несмотря на отсутствие рецидива холестеатомы по данным лучевых методов исследования, проведено повторное хирургическое вмешательство – ревизия послеоперационной полости. Холестеатома не обнаружена. Пациенту рекомендовано дальнейшее наблюдение у врача, выполнение КТ и МРТ каждый год на протяжении 5 лет.

Клинический случай № 2

Пациентка Н., 30 лет, госпитализирована в отделение заболеваний уха Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России с диагнозом «хронический правосторонний эпитимпано-антральный средний отит». Состояние после санирующей операции на правом ухе в 2016 г. Отоликворея справа. Объёмное образо-



Фото 5. МРТ головы в коронарной проекции в T1 режиме с контрастным усилением гадолинием. Определяется накопление контраста в тканях ТМО. **1** – мозговое вещество; **2** – контуры менингоэнцефалоцеле в полости среднего уха

вание правой височной кости и наружного слухового прохода, менингоэнцефалоцеле под вопросом. Двусторонняя кондуктивная тугоухость справа III степени, слева I степени.

Жалобы при поступлении на болезненные ощущения в области висков с двух сторон (больше справа), постоянные выделения из правого уха, шум в ушах, снижение слуха на правом ухе.

Оториноларингологический статус: вся послеоперационная полость обтурирована «+» тканью, тимпальный отдел из-за этого не обозрим. При инструментальном надавливании выявляется образование мягкой консистенции с ровной поверхностью светло-серого цвета с выраженным сосудистым рисунком. Определяется небольшая пульсация образования, усиливающаяся при натуживании. В наружном слуховом проходе прозрачное отделяемое (ликвор?) (см. фото 3).

Компьютерная томография височных костей: признаки патологического образования в области среднего уха справа с мягкотканым содержимым в периферических отделах. Деструкция стенок барабанной полости, антрума. Утолщение барабанной перепонки. Склеротическая облитерация сосцевидных отростков (см. фото 4).

МРТ височных костей: картина объёмного образования каменной части правой височной кости. Содержимое внутри образования – изменённое мозговое вещество. При контрастном усилении визуализируется контур твёрдой мозговой оболочки в виде грыжевого выпячивания в полость сосцевидного отростка (см. фото 5).

После проведённого дообследования пациентке проведено хирургическое лечение: реконструкция анатомических структур и звукопроводящей системы на правом ухе с применением микрохирургической техники, аутоотканей; пластика ликворного свища при дефекте средней черепной ямки (СЧЯ).

Особенности данной операции

В условиях общей анестезии первым этапом выполнена люмбальная пункция, установлена система наружного дренирования ликвора. Произведён забор аутофасции височной мышцы размерами 6 x 6 см. Через операционный доступ взят аутохрящ ушной раковины. Далее открыта трепанационная полость после предыдущей санирующей операции. Оказалось, что мастоидальный отдел полностью заполнен грыжевым мешком – менингоэнцефалоцеле, – который спаян с окружающими тканями. Грыжевой мешок вместе с изменённым мозговым веществом отсечён при помощи биполярной коагуляции и

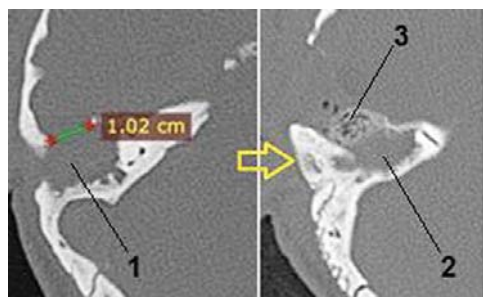


Фото 6. Спиральная компьютерная томография височных костей до и через 5 дней после операции в зоне пластики дефекта СЧЯ. Аксиальная проекция. **1** – менингоэнцефалоцеле; **2** – тампоны из гемостатической губки, пропитанные антибиотиком; **3** – пластинка «Остеоатрикса»

отправлен на патоморфологическое исследование.

Визуализирован дефект СЧЯ в области крыши сосцевидного отростка и антрума. Его хирург укрыв двумя листками аутофасции. Со стороны мастоидальной полости дефект СЧЯ укрыв пластинкой остеобразующего материала «остеоатрикс», затем дополнительно аутохрящевой пластинкой и аутофасцией. Достигнута полная герметизация дефекта СЧЯ, отоликворея прекратилась.

Следующим этапом проведена ревизия операционной полости после предыдущей радикальной операции. Обнаружена стекая холестеатома, выстилающая антрум, атик и барабанную полость. Холестеатома удалена.

Обнаружен дефект костной стенки лицевого канала в тимпанальном сегменте над окном преддверия. Санированы тимпальный, фациальный синусы, протимпанум и мезогипотимпанум.

Учитывая сложность операции и распространение холестеатомы, слухоулучшающий этап решено было не проводить, отложив его на 6-12 месяцев.

Для дальнейшей эпидермизации мастоидального отдела выполнена пластика кожи слухового прохода.

Состояние пациентки при выписке удовлетворительное. Она находилась под наблюдением отохирурга в течение

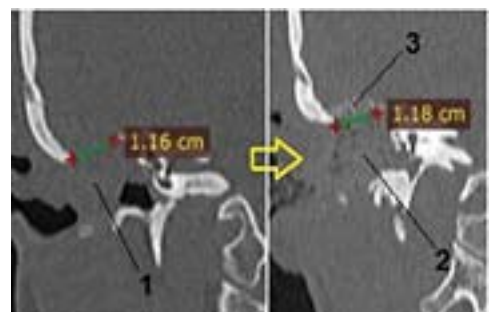


Фото 7. Спиральная компьютерная томография височных костей до и через 5 дней после операции в зоне пластики дефекта СЧЯ. Коронарная проекция. **1** – менингоэнцефалоцеле; **2** – тампоны из гемостатической губки, пропитанные антибиотиком; **3** – пластинка «Остеоатрикса»

12 месяцев. На контрольной спиральной компьютерной томографии через год после операции на правом ухе данных за рецидив менингоэнцефалоцеле не было.

Во время ревизионной операции через 12 месяцев рецидива холестеатомы также не обнаружено, зона пластики дефекта СЧЯ состоятельная. Проведена слухоулучшающая операция, установлен тотальный титановый протез между подножной пластинкой и неотимпанальной мембраной. Через 3 месяца на контрольной аудиометрии отмечено сокращение костно-воздушного интервала в среднем на 30 дБ, что соответствовало уже I степени кондуктивной тугоухости. Дальнейшие рекомендации заключались в ежегодном наблюдении у отохирурга и проведении лучевых методов исследования на протяжении 5 лет.

Заключение

Массивная апикальная холестеатома представляет особую сложность при проведении хирургического лечения и требует от отохирурга высокой компетенции и хорошего знания анатомии височной кости с окружающими её структурами.

Пациенты, перенёвшие операцию по поводу удаления холестеатомы пирамиды височной кости, в особенности осложнённой дефектами костных стенок черепных ямок, нуждаются в ежегодном наблюдении отохирурга на протяжении минимум 5 лет. Необходимостью повторной, ревизионной операции «Second-look» до сих пор вызывает ожесточённые споры. Мы являемся сторонниками её выполнения даже при отсутствии данных за рецидив процесса по результатам лучевых методов исследования и рекомендуем проводить ревизию не позднее чем через 12 месяцев после первой операции.

Диаб Хассан Мохамад АЛИ, руководитель научно-клинического отдела заболеваний уха Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, профессор кафедры оториноларингологии факультета дополнительного профессионального образования Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук.



Фото 2. МРТ головы через 14 месяцев с момента последней операции. Коронарная проекция. **AD** – структуры правого уха. Полное отсутствие воздушности среднего уха вследствие облитерации послеоперационной полости аутоотканями; **AS** – структуры левого уха. Нормальная воздушность полости среднего уха и ретроимпанальных отделов; **1** – аутожировая ткань

Более чем 120-летняя история развития этого лечебного учреждения вместила так много созидательного труда, что неизбежны победы в спасении тысяч человеческих жизней. В больнице на службу поставлено современное оборудование, которое постоянно обновляется. Профессионализм специалистов достиг высокого уровня, в чём они могут соперничать даже с коллегами из зарубежных клиник, а опыт передавать своим из регионов страны.

Став своего рода полигоном для инноваций, городская клиническая больница им. Ф.И.Иноземцева продолжает движение вперёд. Существенную роль в этом играет связь с наукой. На базе лечебного учреждения работают 15 кафедр медицинских вузов столицы. Для них создан единый блок. Это своего рода научно-образовательный центр для повышения профессиональных знаний и знакомства с новыми разработками в медицине, которые внедряются потом в практику. Особенно тесные контакты налажены с кафедрой нейрохирургии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования во главе с профессором Олегом Древалем, что позволило внедрить и развить операции по сосудистой патологии головного мозга.

Стратегическая цель

Решая ключевую задачу здравоохранения по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в больнице был открыт Региональный сосудистый центр, где оказывается высокотехнологичная медицинская помощь. Внедрение



А. Митичкин

Ориентуры

Планка поднимается всё выше

Сегодняшний девиз ГКБ им. Ф.И.Иноземцева: движение вперёд

тезирование брюшной и грудной аорты, а также на артериях нижних конечностей при критической ишемии и гангрене с целью спасения конечности, – делится заместитель главного врача профессор

Первым делом «скорая» завозит пациента на компьютерную томографию, делаются снимки, устанавливается диагноз. При этом делается всё, чтобы не случилось инсультной комы. Когда все показания собраны, проводится тромболитическая терапия. Есть специальный протокол ведения таких больных, где пошагово расписано, что надо делать. Эти правила неукоснительно соблюдаются. А дальше идёт реабилитация.

Расширяя возможности реабилитации

Отделение медицинской реабилитации входит в состав Регионального сосудистого центра. Начало своей деятельности ведёт

Как показывает рейтинг, развитие больницы им. Ф.И.Иноземцева идёт в русле тенденций, заданных Департаментом здравоохранения столицы. И инициирует их главный врач профессор Александр Митичкин, опирающийся в действиях на свою профессиональную команду. Сейчас готовится новый прорыв – открытие второго этапа реабилитации.

– Александр Евгеньевич, реабилитация – это действительно очень актуальная и социальная медицинская проблема. По всем признакам открытие нового отделения – это тоже запрос времени?

– В настоящее время заканчивается капитальный ремонт третьего корпуса, в котором планируется открытие Центра медицинской

и водолечебницы с бассейном. Преимуществом данной системы организации реабилитационного процесса является преемственность этапов, а также, что немаловажно, оказание необходимой экстренной медицинской помощи пациентам непосредственно на территории стационара. Специалисты всех медицинских направлений находятся в шаговой доступности.

В новом отделении пациенты будут получать все возможные виды физиотерапевтического лечения (магнитотерапию, лазеро-, теплотерапию, различные виды электрофореза, процедуры ударно-волновой терапии, прессотерапию), водолечение – ванны, подводные души, душ Шарко, а также оздоровительное плавание в бассейне с элементами



В гибридной операционной хирургическое вмешательство проводит заведующий отделением сосудистой хирургии Симон Папоян

современных рентгеноэндоскопических методов лечения ишемической болезни сердца, непрерывное совершенствование инструментария и накопление достаточного опыта практически любое поражение коронарных артерий доступно теперь для коррекции.

Новый прорыв был совершен в сентябре 2018 г., когда начала функционировать гибридная операционная, оборудованная техникой последнего поколения, в частности ангиографическим оборудованием и многофункциональным хирургическим столом. В ней идёт выполнение так называемых гибридных вмешательств. Благодаря им появились новые возможности для лечения болезней сердца и сосудов, объединяющие хирургические и интервенционные вмешательства. В первую очередь данный подход существенно повышает безопасность пациентов, так как при возникновении осложнений отсутствует необходимость их экстренного перемещения из кабинета ангиографии в операционную. Видеографическое сопровождение существенно повышает точность хирургических манипуляций и уменьшает инвазивность, что способствует сокращению времени выздоровления и госпитализации.

– В новой операционной проводим гибридные вмешательства на грудной и брюшной аорте при аневризме, выполняем эндопро-

Георгий Квитивадзе. – Гибридная операционная даёт преимущество в первую очередь для пациента: минимальная травма, повышение качества лечения и улучшение его результатов, сокращение времени операции. При этом организм восстанавливается быстрее.

С сентября 2018 г. в гибридной операционной с хорошими результатами выполнено около 600 оперативных вмешательств.

Шаги к полноценной жизни

Жизнь в больнице кипит день и ночь. С учётом её многопрофильности здесь оказывается экстренная медицинская помощь с различными заболеваниями, включая, конечно, сердечно-сосудистые, с сочетанными травмами, тяжёлой нейрохирургической патологией, серьёзными повреждениями челюстно-лицевой области.

Больница входит в «инсультную сеть» города. В течение 40 минут медики должны оказать экстренную помощь инсультным больным. Их доставляют на вертолёт (на территории имеется вертолётная площадка), привозят на «скорой». Они ещё в дороге, а на компьютере отражается их путь сюда. Всё приводится в «боевую готовность». Реаниматологи встречают пациентов. У них от момента начала заболевания есть 4,5 часа, чтобы оказать необходимую в этих случаях эффективную помощь.

с 2014 г. Главной его задачей является оказание максимально ранней помощи по восстановлению нарушенных функций организма, пострадавших вследствие острой неврологической катастрофы. Это так называемый первый этап реабилитации. Давно доказано: чем раньше начато восстановительное лечение, тем эффективнее удаётся добиться наименьшего неврологического дефицита и, следовательно, дальнейшей инвалидизации пациента.

Для организации максимально разносторонней реабилитации созданы мультидисциплинарные бригады, в состав которых входят анестезиологи-реаниматологи, неврологи, врачи по лечебной физкультуре и физиотерапии и смежные специалисты – логопед, психолог, инструктор-методист. В зависимости от состояния пациента, стабильности гемодинамических показателей реабилитационные мероприятия начинаются в первые сутки после поступления пациента ещё в реанимационном отделении. На данном этапе огромную роль играет установление продуктивного контакта в связке «пациент – инструктор по лечебной физкультуре», так как это основной залог успеха восстановления. В условиях реанимационного пребывания начинается активная работа логопеда и психолога, так как в настоящее время значительно вырос процент пациентов работоспособного, молодого возраста, для которых переносимая катастрофа является не только физической проблемой, но и большим психологическим потрясением.

После стабилизации пациента дальнейшие реабилитационные мероприятия продолжают уже в условиях неврологического и нейрохирургического (сосудистое) отделений, где расширяется реабилитационная работа с применением новейших тренажёров и технических средств восстановления. Здесь просторные тренажёрные залы и кабинеты, где больной получает разностороннее лечение под наблюдением опытейших специалистов восстановительного лечения, имеющих многолетний опыт в работе с пациентами преимущественно неврологического профиля. Функционируют массажные кабинеты, кабинеты физиотерапевтического лечения, в работу включаются логопед и психолог уже в специально оборудованном кабинете с необходимой методической литературой, тренажёрами для разработки мелкой моторики.

реабилитации. Тогда пациенты получают возможность продолжить второй этап восстановления непосредственно без выписки из стационара, – подробно рассказывает А. Митичкин.

Профиль пациентов, которым показано реабилитационное лечение второго этапа, будет разнообразным. Однако приоритетным остаются пациенты, перенёвшие инфаркт головного мозга, нейрохирургические операции, эндопротезирование крупных суставов, тяжёлые черепно-мозговые травмы (которым показана дальнейшая реабилитация в стационарных условиях), а также страдающие заболеваниями периферической нервной системы. Для размещения подготовлены просторные отделения (всего на 110 коек) по профилям

подводной гимнастики. Бассейн оснащён подъёмником для погружения в его чашу маломобильных пациентов. Все процедуры назначаются и проводятся высококлассными специалистами.

Учитывая приоритетное развитие в настоящее время медицинской реабилитации, открытие нового современного реабилитационного центра на базе нашей больницы позволит максимально приблизить её к населению и качественно улучшить оказание восстановительного лечения.

– Какую задачу на перспективу ставит главный врач перед коллективом, или она остаётся прежней: если быть, то быть лучшими среди равных? И есть ли у вас рецепт для своих коллег-руководителей, как создать такое уни-



Реабилитация идёт полным ходом

– с заболеваниями центральной нервной системы и периферической нервной системы и опорно-двигательного аппарата. Учитывая ограниченную подвижность многих пациентов, палаты и вспомогательные помещения спроектированы таким образом, чтобы не создавать дополнительных затруднений при передвижении. Этим же требованиям отвечают душевые и санитарные помещения. Тренажёрные залы, массажные кабинеты и кабинеты вспомогательных специалистов (психолог, логопед, эрготерапевт) будут находиться непосредственно на территории отделений и оснащены всем необходимым оборудованием, тренажёрами и методическими материалами. На первом этаже центра продолжается дооснащение большого физиотерапевтического отделения

каким лечебное учреждение, каким является сегодня больница им. Ф.И.Иноземцева?

– Для успешного развития и достижения поставленных целей обязательно должны быть стратегия развития, определяющая пути реализации, средства и время. Мы ежедневно тратим огромное количество усилий на повседневную оперативную работу, и если стратегия не определена и цель не поставлена, то эти усилия уходят впустую. Когда есть чёткий план, те же самые усилия приводят к запланированному результату, осязаемому и осязаемому.

Это приносит удовлетворение от сделанного и заставляет двигаться дальше.

Галина ПАПЫРИНА,
корр. «МГ».

Москва.

– Эдуард Рафаэлович, очевидно: если возникает необходимость протезировать всю аорту целиком, значит, вы имеете дело с крайне тяжёлой патологией. Тяжелее неё только сама операция, которая затрагивает практически все органы и ткани организма человека. Вот почему в мировой практике замену всей аорты в основном выполняют поэтапно, и даже при таком щадящем подходе суммарные риски операций достигают 25%. Вы же утверждаете, что, напротив, одномоментное протезирование всей аорты позволяет избежать осложнений, характерных для этапной замены. Как такое возможно?

– Эти две операции имеют существенные различия. Что такое этапная замена аорты? Хирурги выполнили стернотомию, через открытую грудную клетку заменили восходящую аорту, дугу аорты и опустили «хобот» протеза в нисходящую аорту, чтобы использовать его на втором этапе. При этом второй этап выполняется минимум через четыре недели. Но поскольку, как правило, за это время больные далеко не полностью реабилитированы, или возникает воспаление в большой стернотомной ране, выполнение второго этапа затягивается, и реально он выполняется месяца через три. Теперь уже хирург идёт из большого бокового доступа – торакофренолюмботомного, когда открываются грудная и брюшная полости и оттуда выполняется замена оставшегося сегмента аорты.

Давайте считать: если после первой операции пациент восстанавливается три месяца, а после второй на восстановление уходит минимум 6 месяцев, то в целом требуется 9 месяцев, чтобы полностью вылечить больного. Другой минус такого подхода – высокий риск разрыва аневризмы оставшейся аорты между двумя этапами лечения.

Наш вариант позволяет избежать рисков и осложнений, характерных для этапной замены аорты, так как предполагает замену всей аорты не просто одномоментно, но и через один доступ – боковой. Тогда как наши зарубежные коллеги, даже если они решаются на одноэтапную замену всей аорты, применяют два доступа. Сначала они кладут пациента на спину, открывают грудную клетку и протезируют проксимальный отдел аорты. Зашивают рану, поворачивают больного на бок, делают ещё один большой разрез и продолжают операцию – проводят замену торакоабдоминального отдела аорты. Это крайне травматично для пациента. Мы от данной методики отказались и держим её в голове исключительно на «крайний случай».

– В итоге вы имеете решение сложной задачи не в два, а в одно действие и в два раза меньшую травматичность оперативного вмешательства.

– Именно так. Хотя, надо признать, хирургическая сложность при таком подходе намного выше, а самое сложное – из бокового доступа протезировать восходящую аорту ишить в протез ветви дуги аорты. Тем не менее мы идём на эту сложность, поскольку для больного данный вариант замены аорты однозначно предпочтительнее.

Пока больше ни в одной клинике России такие операции не делают. У нас в стране вообще мало клиник, где занимаются хирургией всех отделов аорты. Протезирование восходящей и дуги аорты выполняют во многих кардиоцентрах, торакоабдоминальной аортой занимаются меньше, а сразу всей аортой – вообще единицы клиник. Это, кстати, ещё один минус двухэтапной замены аорты: недоучёный пациент перенаправляется из одного медицинского учреждения в другое.

– Одиннадцать часов длилась первая операция, теперь вы делаете то же самое за восемь часов. Отработали навыки?

– Честно говоря, первую такую операцию мы вообще делали не по плану. Это был вынужденный экспромт. В тот день мы протези-



Операцию ведёт Э. Чарчян

Новые подходы

Один лучше, чем два

Российские аортальные хирурги превзошли достижения зарубежных коллег

Специалисты Российского научного центра хирургии им. Б.В.Петровского (РНЦХ) за последние четыре года провели 25 операций двухэтапной тотальной замены аорты при аневризме всех её отделов. Профессионалы, которые представляют степень сложности аортальной хирургии, оценят это достижение. Но в РНЦХ на данном результате не остановились и шагнули в принципиально новую реальность.

Здесь впервые в России начали выполнять одномоментное протезирование всей аорты – от аортального клапана до бифуркации аорты или подвздошных артерий. В сердечно-сосудистой хирургии данная операция относится к категории максимально трудоёмких. Одномоментная замена всей аорты проводится лишь в нескольких медицинских центрах мира. Самый большой опыт в Италии – 34 операции, в Китае – 21, в США описан один случай. Хирурги РНЦХ выполнили уже 9 таких операций.

ровали нисходящий отдел аорты, но из-за большой аневризмы никак не получалось положить зажим. А у пациента была расширена ещё и восходящая аорта, мы планировали заменить её вторым этапом. Но по мере того, как мы мало-помалу выделяли грудную аорту, стали понимать, что в принципе, хоть это и будет сложно, сможем достать отсюда восходящую аорту. И в итоге изменили ход операции: пошли на замену всей аорты одномоментно из одного хирургического доступа.

Разумеется, в первый раз всё было внове, и работа шла медленнее.

– А если бы что-то пошло не так, у вас была возможность остановиться и без угрозы для жизни пациента отсрочить выполнение второго этапа? Или дороги назад уже не было?

– Второй этап, согласно методике ретроградной замены аорты, начинается от восходящей части, и, когда ты там приступаешь к работе, обратного пути нет. Принимая решение, я чётко понимал, что смогу сделать это из бокового доступа – выделить данный участок аорты и заменить его.

– Ещё вопрос о первой операции: как отнеслись анестезиологи к вашему внезапному предположению «шагнуть в неизвестное»?

– Анестезиологи, конечно, морально не были готовы к такому повороту... Надо отметить, в РНЦХ традиционно очень сильная анестезиологическая школа, в том числе и особенно в разделе «анестезия в аортальной хирургии». Есть врачи, которые специализированы именно в данном разделе, причём они не

просто «стоят на операциях», как принято говорить, а прекрасно понимают хирургическую технологию, и это нам очень помогает.

Тем не менее первая одномоментная замена аорты стала для анестезиолога и перфузиолога в определённом смысле «шоком», ведь это не только для хирурга физически тяжёлая работа, но и для них очень большая нагрузка. Однако по ходу операции мы друг друга начали понимать. Иными словами, они меня «простили». Простили меня, надеюсь, и мои ассистенты, и операционная медсестра.

– Не представляю, чем можно заменить аорту целиком? Создан единый протез на всю длину, или используются протезы отдельных участков, которые сшиваются?

– Как правило, используются либо один, либо два имплантата. Если один, то это просто длинный линейный протез в виде полый трубки, один конец которого пришивается к корню аорты, а затем

виду руководителям тех кардиоцентров, где намереваются развивать аортальную хирургию. Более того, хирурги и анестезиологи должны не просто технологически друг друга дополнять, но и идеологически одинаково думать. Мы всегда обсуждаем перед сложной операцией с анестезиологами, откуда будет проводиться перфузия, где будет установлена канюля, какой режим гипотермии будет использован.

– А теперь самое главное: результаты работы хирургов РНЦХ не только не уступают результатам итальянских и китайских коллег, но даже превосходят их. Здесь протезирование всей аорты проводится не просто в один этап, но и из одного хирургического доступа, в то время как в представленных наблюдениях за рубежом применяли два травматичных доступа. Трансформация стандартного оперативного подхода произошла по парадоксальному принципу «чем сложнее операция, тем лучше для пациента».

В беседе с корреспондентом «МГ» руководителем отдела кардиоаортальной хирургии РНЦХ им. Б.В.Петровского член-корреспондент РАН Эдуард ЧАРЧЯН рассказал, зачем необходимо было ещё больше усложнять и без того непростую методику операции, и поделится некоторыми «секретами» хирургии аорты.

в бок его через окошечки, которые хирург вырезает на нужной высоте, пришиваются площадка с ветвями дуги аорты, площадка с группой артерий, питающих спинной мозг, затем чревной ствол, верхне-брюшечная и обе почечные артерии. А нижний конец протеза пришивают к терминальному отделу аорты.

Второй вариант – два протеза с браншами. Первым протезируются восходящая аорта, дуга и часть нисходящей аорты, вторым – торакоабдоминальный отдел аорты, затем они друг с другом сшиваются.

Кстати, все варианты имплантата изготавливаются из дакрона – это специально разработанный синтетический биоинертный материал. Биологических протезов аорты пока нет. Во-первых, готового цельного ксенобиоматериала такой протяжённости не существует, а использование человеческой донорской аорты даже не рассматривается. Во-вторых, а нужен ли в принципе биопротез? Ведь его использование будет сопровождаться специфическими рисками, один из которых – кальцинация новой аорты.

К тому же современный синтетический протез не имеет «срока годности».

– А как же понятие «усталость протеза»? Оно означает, что протезирование извлекает человека от болезни лишь на время, а затем она появляется вновь?

– Это понятие использовалось в отношении предыдущих поколений искусственной аорты, потому что через 20-30 лет после замены развивались повторные аневризмы. И это было связано именно с каче-

ством протеза, а не с генетической природой заболевания.

Хотя, конечно, значительная часть повторных аневризм аорты есть проявление врождённой дисплазии соединительной ткани. Заболевание действительно может рецидивировать после операции, поэтому именно у пациентов с генетически обусловленной аневризмой мы во время протезирования максимально исключаем стенку аорты из кровотока, чтобы не было условий для формирования повторных «мешков».

– Согласны ли вы с мнением, что аортальная хирургия в регионах России развивается не так масштабно, не так синхронно, не так быстро и не так качественно, как следовало бы?

– Полностью согласен. Но, прежде чем говорить о развитии аортальной хирургии в регионах и о подготовке аортальных хирургов, нам нужно понимать, сколько таких пациентов ежегодно оперируется в стране и сколько их, по расчётным данным, нуждается в хирургическом лечении. Даже без точных цифр можно утверждать, что пациентов, которым реально необходимо такое лечение, намного больше, чем тех, кто его получает. В том числе потому, что доступность медицинской помощи при патологии аорты ниже, чем потребность в ней: профильных клиник мало.

Итак, сначала нужно создать регистр пациентов. Затем вокруг него можно будет сформировать ассоциацию аортальных хирургов, ведь у нас в стране нет такого профессионального объединения. Пока мы можем лишь предполагать, какое число российских хирургов занимается хирургией аорты.

Кстати, дополнительную сложность создаёт это обстоятельство, что аорта у нас «поделена» между кардио- и сосудистыми хирургами: первые оперируют верхние отделы, вторые – брюшной отдел аорты. Соответственно, статистика хирургических вмешательств тоже аккумулируется разными главными специалистами Минздрава.

Есть ещё одна очень большая проблема, препятствующая развитию в России хирургии аорты: она экономически не выгодна ни для федеральных медицинских центров, ни для региональных больниц.

– Осмелюсь предположить, что дело в неадекватных тарифах?

– Да. Аортальная хирургия весьма высокочрезвычайна и при этом очень высокооплачиваема. Операция на аорте сегодня в нашей стране оплачивается примерно как операция на сонной артерии – чуть больше 300 тыс. руб. При этом расходы для операции на сонных артериях подразумевают стоимость трёх ниток и 3-4 дня пребывания пациента в стационаре, в то время как расходы, к примеру, для операции на торакоабдоминальном отделе аорты – это искусственное кровообращение, больше 50 ниток, протез аорты, большой объём гемостатиков, препараты крови и кровезаместителей, мощные антибиотики, наркотические средства, различные катетеры для контроля давления в артерии, вене, спинномозговом пространстве и многое другое. И это не считая работы операционной бригады.

Будем объективны: затраты на операции по замене аорты даже приблизительно не покрываются тарифами ВМП. Мы подсчитали реальную себестоимость операции на торакоабдоминальной аорте, получилось от миллиона до полутора миллионов рублей на одного пациента. А при мегааорте – не меньше двух миллионов в один этап и почти три миллиона, если оперировать в два этапа.

К моей радости, наш центр пока идёт на такие расходы, поскольку аортальная хирургия – одно из главных профильных направлений его работы. Но далеко не каждая клиника готова из альтруистических побуждений себе в убыток заниматься такой экономически неэффективной хирургией, учитывая к тому же, что протезирование аорты – технологически самая сложная операция в хирургии вообще.

Елена СИБИРЦЕВА.
МИА Сити!

По количеству участников (в этом году собралось более 1100 неврологов из разных стран мира) этот ежегодный четырёхдневный форум является вторым в Европе, уступая лишь конгрессам Европейской академии неврологии. Сидящие в зале голосовали с помощью смартфонов дважды – в начале сессии и в конце. Таким образом, было видно, удалось ли кому-то из «дуэлянтов» переубедить аудиторию.

Плоды воображения

Как и раньше, в первый день прозвучали пленарные лекции на разные темы. Хулиан Бенито-Леон (Испания) рассказал о роли грибковой инфекции в патогенезе рассеянного склероза (РС).

Олаф Стуве (США) посвятил свой доклад аутоиммунным неврологическим осложнениям при использовании моноклональных антител. Частота таких осложнений составляет 2-4%. В 60-80% случаев они проявляются в первые 4 месяца от начала лечения. Кроме того, при назначении моноклональных антител обостряются ранее существовавшие аутоиммунные расстройства, такие как РС.

Как известно, большую роль в патогенезе РС играют В-лейкоциты. Они активируются тирозинкиназой Брутона – ТКБ. Ингибиторы ТКБ представляются перспективным направлением для лечения аутоиммунных расстройств, в том числе РС. Вопросы иммунотерапии РС разбирались в докладе Антонио Гарсии Мерино (Испания).

После появления функциональной магнитно-резонансной томографии публикуются статьи о нейрональных коррелятах эмоционального чувства, чувства благодарности и т.д. Такой подход называют новой френологией. В этой связи особенно хотелось бы отметить доклад Даниэля Друбха (США) о воображении. Воображение он определяет как «когнитивный процесс, позволяющий человеку временно по своей воле уйти в виртуальную реальность, частично вытеснив из сознания окружающую действительность». Оно, утверждает Друбха, характеризуется добровольностью, носит временный характер, причём создаётся параллельная как бы реальность, нереальность которой осознаётся. Воображение ограничено нашим опытом. Чем дальше какое-то явление от реальности, тем труднее его вообразить. Воображение играет роль в развитии человека, в репетиции поведения, предсказании наших действий, в творчестве, помогает «убежать» от реальности, улучшить двигательные навыки.

Опасный диагноз

Бессменным организатором конгрессов является почётный профессор неврологии Амос Корчин (Израиль). Поскольку научные интересы Корчина связаны с изучением нейродегенеративных заболеваний, едва ли стоит удивляться тому, что эта тема всегда является одной из главных.

Бурная дискуссия развернулась по поводу болезни Альцгеймера (БА). Обычно такой диагноз ставится на основании когнитивного снижения и патологоанатомических находок (амилоидные бляшки и нейрофибриллярные клубочки). Однако эти морфологические изменения появляются задолго до клинических симптомов. Недавно для обозначения этой стадии был предложен термин «доклиническая болезнь Альцгеймера».

Насколько он оправдан? Дэвид Кнопман (США) утверждал, что повышение бета-амилоида и тау-белка независимо от когнитивного статуса позволяет однозначно ставить такой диагноз. Оппонентом был Амос Корчин. Понятие БА за сто с лишним лет изменилось. Накопление амилоида при спорадической БА может быть проявлением старения, эпифеноменом, или же защитной реакцией. Бета-амилоид, считает Корчин, такой же биомаркер когнитивных нарушений, как возраст, генетика

испанских песен на церемонии открытия. Ей аккомпанировал на фортепиано профессор неврологии Иоав Чапман (Израиль).

В саду неврологии

Музыкальному вечеру предшествовала лекция Хавьера Де Фелипе (Испания) «Кахал, нейронная теория и золотой век художественного творчества в нейронауках». Испанский нейроморфолог Сантьяго Рамон-и-Кахаль в своей «Автобиографии» приводит удивительные поэти-

итоги конгресса мы попросили троих его участников.

Смена парадигм

Первым был известный нейробиолог академик РАН **Михаил Угрюмов** (Институт биологии развития им. Н.К.Кольцова РАН, Москва).

– **Михаил Вениаминович, вы представляете фундаментальную науку. Что даёт вам участие в клиническом конгрессе?**
– Во-первых, сейчас все серьёзные исследования прово-

дятся с позиции трансляционной медицины: изучают патогенез, находят ключевые молекулярные механизмы, а затем используют их как мишени для разработки диагностики и лечения.

Поэтому я бы не стал утверждать, что являюсь только экспериментатором. Я координирую несколько консорциумов, сочетающих всю линейку – от фундаментальных исследований и молекулярных механизмов до внедрения новых технологий в клиническую практику. Как экспериментаторы мы сосредоточены на изучении тех процессов, которые невозможно исследовать на человеке. Если речь идёт о нейродегенеративных заболеваниях, то с большим можно иметь дело только после того, как известен диагноз, а его можно поставить лишь через много лет после начала болезни. Поэтому ранние её этапы остаются абсолютно неизвестными, и отсутствуют подходы для их изучения. Единственный возможный путь – экспериментальный. Именно в нашей лаборатории мы моделируем все стадии заболевания, особенно самые ранние. Естественно, мы должны учиться, что не существует модели, которая могла бы абсолютно адекватно воспроизвести какое-нибудь заболевание. Поэтому мы ориентируем наши модели на те механизмы, которые считаем наиболее важными. Использование таких моделей позволило нам, с одной стороны, усовершенствовать существующую методологию разработки доклинической диагностики болезни Паркинсона, и, с другой стороны, создать новую методологию на основе провокационного теста, которая никогда не использовалась в неврологии

и психиатрии. Хотя она десятки лет применяется для решения той же самой задачи (доклиническая диагностика) терапевтами (в кардиологии, пульмонологии, эндокринологии и т.д.).

Второе направление связано с разработкой превентивного лечения нейропротекторами. Для этого также необходимы экспериментальные модели, потому что больных на ранних стадиях болезни мы не видим.

– **В чём состоит предложенный вами провокационный тест?**
– Провокационный тест – это универсальное понятие, и он может иметь разную природу: физическую или фармакологическую. В основе болезни Паркинсона лежит деградация дофаминэргической системы и возникновение дефицита дофамина – ключевого нейротрансмиттера регуляции моторного поведения в стриатуме. Снижение дофамина ниже порогового значения приводит к появлению двигательных расстройств и постановке диагноза. Наш провокационный тест основан на создании обратимого искусственного дефицита дофамина с помощью ингибитора синтеза данного нейротрансмиттера. Вводимой дозы недостаточно, чтобы достичь пороговых значений у здорового животного, но достаточно, чтобы вызвать симптомы у животного на модели доклинической стадии заболевания. То же самое будет и у человека.

– **Сейчас пересматривается само понятие болезни. Может ли она быть «доклинической»? Ведь если нет клиники, то человек считается здоровым...**

– Мы продолжаем говорить о «болезни Паркинсона» или «болезни Альцгеймера». И это ошибочно. И то, и другое – это не болезни, а синдромы. Они протекают по одному и тому же сценарию, но могут быть вызваны огромным количеством факторов, которые подразделяются на две группы – генетические и факторы среды. Во-вторых, это системные расстройства. Они захватывают не только узловую структуру мозга, при разрушении которых развивается специфическая симптоматика, но и другие его участки, ответственные, например, за нейроэндокринную регуляцию, центральную и периферическую регуляцию внутренних органов. Таким образом, проявления этих заболеваний носят чрезвычайно широкий характер. Они большей частью неспецифичны, что затрудняет диагностику. Если раньше считалось, что отложения агрегированных белков, таких как альфа-синуклеин (тельца Леви), является диагностическим критерием болезни Паркинсона, то сейчас оказалось, что у многих больных эта протеинопатия отсутствует. И наоборот, у многих пожилых людей, не страдавших этой болезнью, при посмертном исследовании было обнаружено много тельц Леви. Можно ли считать болезнь на доклинической стадии болезнью? Конечно, можно. Здесь чётко надо дифференцировать две вещи. Во-первых, мы можем говорить о генетических факторах риска и предрасположенности к заболеванию. Если обнаружены «гены риска», то на этом основании нельзя создать «генодиагностику», потому что наличие гена не означает, что уже развивается болезнь или даже что она возникнет (если только речь не идёт о моногенных заболеваниях). Всё зависит от сложного сочетания факторов окружающей среды (эпигенетика). Но мы можем сказать о начале заболевания по другим показателям,

Деловые встречи

Таинственные бабочки души

В Мадриде состоялся 13-й Всемирный конгресс по противоречиям в неврологии (CONy)



Мадридские дебаты: О. Левин (слева) и М. Угрюмов

или сосудистые факторы риска. Большинство голосовавших с ним согласились.

С пленарным докладом о нейроморфологических изменениях при нарушениях сна при нейродегенеративных заболеваниях выступила Леа Гринберг (США/Бразилия). Ночная бессонница и дневная сонливость часто встречаются при БА и прогрессивном надъядерном параличе.

Хосе Обесо (Испания) рассказал о лечении нейродегенеративных заболеваний с помощью фокусированного ультразвука (УЗ). Высокочастотный (650 кГц) УЗ позволяет нагревать ткани до 60°C, а низкочастотный (220 кГц) УЗ применяется для локального преодоления гематоэнцефалического барьера. Фокусированный стереотаксический УЗ, приводящий к термическому повреждению таламуса, используется (под контролем МРТ) для лечения эссенциального тремора и дрожательной формы болезни Паркинсона. Процедура занимает около двух часов, отличается высокой эффективностью и малым числом осложнений.

Шарон Хассин-Баер (Израиль) выступила на конгрессе дважды – в начале с докладом о треморе и атаксии, ассоциированных с ломкой X-хромосомой, а затем в роли исполнительницы грустных

чекские метафоры: «Воистину, сад неврологии представляет исследователю захватывающий спектакль и несравненные художественные впечатления. Здесь мои эстетические инстинкты находят полное удовлетворение. Как энтомолог, который ловит красивых бабочек, я охотился в саду серого вещества за изящными клетками, этими таинственными бабочками души, биение крыльев которых, быть может, когда-нибудь откроет тайну психической жизни». Речь идёт, по сути, о нейропластичности и умственной гимнастике.

Умственной гимнастикой можно назвать дебаты по различным нерешённым вопросам. Оправдана ли тромбэктомия при лёгком инсульте? Имеет ли смысл профилактика инсульта с помощью таблеток, содержащей три лекарства – антиромботическое, антигипертензионное и снижающее холестерин (polypill)? Могут ли женщины, принимающие противосудорожные препараты, кормить грудью? Допустимо ли назначать марихуану больным с фармакорезистентной эпилепсией? Достаточно ли данных, чтобы рекомендовать диету для снижения риска появления БА? Существует ли сосудистый паркинсонизм? Список спорных вопросов может быть продолжен. Поделитесь своим видением затронутых проблем и подвести

от фундаментальных исследований и молекулярных механизмов до внедрения новых технологий в клиническую практику. Как экспериментаторы мы сосредоточены на изучении тех процессов, которые невозможно исследовать на человеке. Если речь идёт о нейродегенеративных заболеваниях, то с большим можно иметь дело только после того, как известен диагноз, а его можно поставить лишь через много лет после начала болезни. Поэтому ранние её этапы остаются абсолютно неизвестными, и отсутствуют подходы для их изучения. Единственный возможный путь – экспериментальный. Именно в нашей лаборатории мы моделируем все стадии заболевания, особенно самые ранние. Естественно, мы должны учиться, что не существует модели, которая могла бы абсолютно адекватно воспроизвести какое-нибудь заболевание. Поэтому мы ориентируем наши модели на те механизмы, которые считаем наиболее важными. Использование таких моделей позволило нам, с одной стороны, усовершенствовать существующую методологию разработки доклинической диагностики болезни Паркинсона, и, с другой стороны, создать новую методологию на основе провокационного теста, которая никогда не использовалась в неврологии

которые хорошо отслеживаются на доклинической стадии, когда начинается патологический процесс. Он дебютирует с дегенерации аксональных синаптических терминалей и распространяется ретроградно до тела нейрона, вызывая его гибель. Параллельно запускаются механизмы нейропластичности, направленные на компенсацию функционального дефицита вследствие нейродегенерации. Мы можем считать началом заболевания функциональное проявление нейродегенеративного процесса в виде премоторных симптомов. По разным данным, с этого момента до появления моторных (двигательные) расстройств и постановки диагноза проходит от 5 до 25 лет. Вначале возникают немоторные симптомы – нарушения обоняния, запоры, нарушения сна. Однако они, как и биомаркеры гуморальных сред (кровь, ликвор и др.), неспецифичны.

– Что нового вы узнали на данном конгрессе?

– Как отметил в своём выступлении Амос Корчин, 40 лет назад, когда мы имели очень скромные инструменты для оценки состояния человека при жизни и после смерти, нам всё казалось понятным. Мы считали, что можем чётко определить заболевание, дать критерии его оценки. Сейчас оказалось, что за счёт системности заболевания не удаётся познать его общую картину. Контур проявления заболевания расплываются от большого к больному. Особенно это относится к нейродегенеративным расстройствам, где затронуты многие отделы центральной и периферической нервной системы. Существовавшие критерии диагностики перестали работать. Должна произойти смена существующей парадигмы, которая позволит преодолеть возникший кризис в сложившихся представлениях об основных проявлениях неврологических и психических заболеваний.

Если в прошлых конгрессах многие секции были посвящены доклинической диагностике, то сейчас такие доклады почти отсутствуют. За последние 30 лет опубликовано огромное количество статей, потрачены миллионы долларов, а результата нет и, как все поняли, на основе существующей методологии, не будет. Ущербность методологии на основе поиска биомаркеров привела к тому, что сейчас от неё приходится отказываться, а другой пока не видно. Наш провокационный тест – это первый росток. Кризисный период в неврологии и психиатрии должен закончиться тем, что будет найден новый путь в диагностике и превентивном лечении нейродегенеративных заболеваний. Мы сейчас на распутии, и медицинская наука должна выйти на новый уровень. Накоплена большая информация, есть материально-технические возможности, но последнюю точку должны поставить мозги того, кто сможет всё это ассимилировать и перевести количество в новое качество.

– Но с этим-то у нас проблем вроде бы нет...

– Первая реакция на провокационный тест: «Почему этого раньше не было?» Исторически получилось так, что между терапевтическим и неврологическим сообщениями практически нет пересечения. Например, на съезде кардиологов вы увидите пульмонологов, нефрологов и эндокринологов, но практически не встретите неврологов, нейрофизиологов и психиатров.

Наоборот, на неврологическом конгрессе, включая нынешний, нет терапевтов. Наша заслуга в том, что мы перенесли информацию из терапии в неврологию, поняв, что эта методология может работать при любых хронических заболеваниях. Мне кажется, что провокационные тесты можно использовать только при таких болезнях, в основе которых есть специфический элемент в виде определённой популяции нейронов, при дегенерации которых возникает дефицит определённого нейротрансмиттера. Я всегда думал, что в основе болезни Альцгеймера лежит дефицит ацетилхолина в гиппокампе и коре. По аналогии с болезнью Паркинсона здесь тоже можно разработать провокационный тест на основе дозозависимого снижения содержания ацетилхолина.

– Какие вы видите перспективы?

– Я считаю, что вся медицина основана на трёх китах. Главный кит – это профилактика. Самые большие успехи были сделаны в этой области. Все основные достижения онкологии основаны на превентивной медицине. Если вы захватываете опухоль на нулевой стадии, то вы стопроцентно её вылечите. Во-вторых, трансляционная медицина, которая даёт понять, какие молекулы ответственны за те или иные патологические или репаративные процессы. Эти молекулы превращаются в мишени для разработки диагностики и лечения. Третье – это персонализированная медицина. Но она имеет свои ограничения. Если мы считаем, что можем построить медицину на основе понимания индивидуальной экспрессии генов, то это нереально. Ни одна система здравоохранения такой нагрузки не выдержит. Должен быть определённый лимит. Но мы можем использовать персонализированную медицину применительно к группам людей. Например, к этническим популяциям. Вы знаете, что у людей жёлтой расы имеется дефицит алкоholesдегидрогеназы, и они плохо переносят алкоголь. Это мишень не только для персонализированной медицины, но и для двойных технологий.

Болезнь и творчество

Своими впечатлениями о конгрессе с корреспондентом «МГ» поделился профессор неврологии **Олег Левин** (Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва).

– Идея обсуждения неврологических проблем в форме контроверсий, когда чётко известны правила дебатов, голосуют слушатели, – всё это напоминает спортивные соревнования. Данный формат метастазировал в другие конференции, в том числе в нашей стране. Этот конгресс выходит на второе место после конгресса ЕАН, обгоняя Всемирный конгресс неврологии. Помимо необычного формата, он характеризуется тёплой, домашней атмосферой. Вместе с тем каждый год здесь появляются «звёзды», которые сделали открытия, перевернули представления в той или иной области неврологии.

Врачи точнее ставят диагноз и оценивают прогноз. Большое внимание было уделено боковому амиотрофическому склерозу, где до сих пор нет адекватных методов лечения, которые могли бы замедлить наступление летального исхода. Сейчас есть два новых перспективных препарата, причём в нашей стране зарегистрирован только один.

Также хотелось бы отметить доклад про аутоиммунные энцефалопатии. Это новый класс заболеваний (их около десятка). За последние годы достигнуты большие успехи в выделении антител, что позволяет верифицировать диагноз. Это очень тяжёлые заболевания, от которых раньше умирали в течение нескольких дней или недель. Теперь благодаря ранней диагностике и иммуносупрессивной терапии таких больных удаётся спасти.

– На конгрессе вы дискутировали со своим чешским коллегой о сосудистом паркинсонизме...

– Это была экзистенциальная для советской неврологии тема, поскольку сосудистым паркинсонизмом у нас много занимались. Но была гипердиагностика. Сейчас, когда разрабатываются новые диагностические критерии, важно, с одной стороны, не ставить необоснованные диагнозы, а с другой – не пропускать те случаи, когда сосудистая патология играет важную роль. Наш опыт по снижению гипердиагностики сосудистого паркинсонизма во многом уникален, потому что ни в одной стране мира такого количества ошибочных диагнозов не было.

– Меняется ли парадигма лечения болезни Паркинсона?

– Новой парадигмы на сегодняшний день нет, потому что смены не происходит: до сих пор самые большие надежды в области лечения этой болезни связывают с воздействием на дофаминергические системы.

– Как вы относитесь к идее доклинической диагностики и превентивного лечения болезни Паркинсона?

– В отличие от болезни Альцгеймера, где есть чёткие маркеры доклинической стадии, при болезни Паркинсона их практически нет, потому что не удаётся отследить альфа-синуклеин аналогично тому, как мы выявляем амилоид или тау-протеин при болезни Альцгеймера. Поэтому все разговоры о доклинической стадии болезни Паркинсона пока повисли в воздухе.

– А разве нельзя определить уровень дофамина?

– Этот уровень прямого отношения к дофамину в мозгу не имеет. Подобные тесты (определение уровня дофамина в сыворотке – **Б.Л.**) – зачастую лишь увеличивают стоимость обследования, не добавляя понимания клинической ситуации.

– Как вы относитесь к идее нагрузочных тестов в неврологии?

– Они существуют давно, и могут быть использованы. Проблема в том, что мы ускоряем развитие заболевания у тех людей, которые к нему предрасположены. Дофаминовые процессы нередко протекают медленно. Для достижения эффекта при нагрузочной пробе может потребоваться длительный приём препаратов, после которого может быть длительный процесс восстановления.

– По словам М.Угрюмова, закончены доклинические испытания (на животных моделях), и сейчас идёт подготовка к клиническим испытаниям, в рамках которых будут созданы группы риска, получающие нейротропные...

– Вы же знаете, что на сегодняшний день нет ни одного нейротропного, эффективность которого была бы доказана. Даже если бы мы выявили больных на доклинической стадии, встал бы вопрос, что с ними делать. Мы не можем замедлить процесс дегенерации, и радикально новых идей тут за последние годы, к

великому сожалению, не прибавилось.

– Может быть, поможет изменение образа жизни?

– Это вопрос действительно очень важен. Например, за последние годы отмечено снижение заболеваемости деменцией в развитых странах. Многие связывают этот феномен с более благоприятными условиями жизни. Обратите внимание, что сейчас в возраст развития деменции вступает первое поколение, не жившее в экстремальных условиях войны. Таким образом, речь может идти о роли эпигенетических факторов. Что касается болезни Паркинсона, то единственный способ замедлить развитие заболевания – расширение физической активности.

– Что ещё нового на конгрессе вы бы отметили?

– Почти одновременно появились четыре новых препарата на основе моноклональных антител для лечения хронической формы мигрени. Это, с одной стороны, большое научное достижение (так как разработана качественно новая технология создания лекарственных средств против определённых мишеней), с другой – прорыв собственно в терапии мигрени. Также отметил доклад по лечению нейрогенной ортостатической гипотензии с помощью дроксидопы – предшественника норадреналина. Интересной была сессия, посвящённая оптикомиелиту. Это теперь отдельное заболевание, а не разновидность рассеянного склероза, и требует особого подхода к терапии.

Подводя итоги

Подвести итоги конгресса корреспондент «МГ» попросил профессора **Амоса Корчина**.

– Несмотря на то, что 13-е число считается опасным, это был очень удачный конгресс как по количеству участников, так и в научном плане, – отметил профессор. – Людям интереснее слушать дебаты, нежели лекции. На лекциях можно услышать послы, но не всегда есть возможность удостовериться в их достоверности. Очень часто после лекции возникают вопросы, а во время дебатов есть возможность услышать противоположные точки зрения и самому спросить докладчика. Программа составлена так, что даётся много свободного времени для встреч и дискуссий с коллегами. Обстановка очень интимная. Если вы играете в теннис, вы стремитесь выиграть, но вы не ненавидите оппонента, а относитесь к нему как товарищ и друг. То же и на нашем конгрессе.

– Как выбирается тема для дебатов? Порой кажется, что, говоря спортивным языком, это договорные матчи – люди играют определённые роли, имитируя дискуссию.

– Такое может случиться, но в большинстве случаев мы выбираем людей, которые придерживаются противоположных взглядов. Важно, чтобы оппоненты разбирались в проблеме и продемонстрировали слабые стороны противника. Если один утверждает, что дважды два – четыре, то другой скажет, что, возможно, это и так, но проблема всё же остаётся. Иногда мы просим кого-то выступить, иногда это инициатива снизу, когда люди сами предлагают темы.

– Есть ли в других специальных аналогичных конгрессах?

– Да, мне известны подобные форумы по гинекологии, артериальной гипертензии, диабету и т.д.

– Какие противоречия в неврологии вы считаете основными?

– Один из главных вопросов – как примирить клиническое обследование и результаты тестирования? Некоторые из нас полагаются на данные лабораторных исследований или методов визуализации, а другие – на клинические проявления.

– Но ведь об этих противоречиях известно давно. Могут ли они быть разрешены?

– Не знаю, могут ли они быть до конца разрешены. Например, при рассеянном склерозе в начальной стадии с единичным эпизодом обострения мы не знаем, что ждёт таких больных в будущем. Будут ли у них новые приступы? Какой тяжести? Отсюда возникает вопрос, надо ли начинать лечение? Один ответит утвердительно – заболевание может быстро прогрессировать. Другой возразит, что дорогостоящее и опасное лечение неоправданно, поскольку болезнь может протекать легко. Подобная ситуация возможна при многих болезнях, включая инсульт. Например, проводить ли тромболизис тем больным, которые поступили чуть позже установленного срока (когда прошло более 4,5 часов от начала инсульта)? Вопросы одинаковые. Когда начинать лечение? Когда его прекращать?

– В первый день конгресса вы участвовали в дебатах по поводу болезни Альцгеймера. Существующая классификация устарела?

– Наука развивается. Сейчас мы знаем, что нейродегенеративные процессы развиваются незаметно на протяжении десятилетий. У человека могут быть выраженные изменения в мозгу, но он абсолютно здоров. Вопрос в том, как их выявить. Сейчас мы всё больше полагаемся на биомаркеры. Имеет ли смысл лечить асимптомного больного, у которого через 20 лет разовьются симптомы? Как доказать эффективность такого вмешательства? Ведь нужно проводить двойные слепые рандомизированные испытания длительностью в два десятилетия. Перед нами дилемма: начинать ли сейчас лечение, эффективность которого не доказана, или ждать.

– А вы как бы в такой ситуации поступили?

– Для того чтобы начать лечение, нужны веские аргументы. Кроме того, о каком лечении пойдёт речь? Одно дело – дешёвый препарат с известной частотой осложнений, другое дело – препарат, стоимость ежегодного приёма которого достигает 20 тыс. долл. Не каждый может себе это позволить, и нам неизвестна ни эффективность, ни безопасность такого профилактического лечения.

– Как бы вы резюмировали прошедший конгресс?

– В медицине вообще и в неврологии в частности существует много вопросов, не имеющих однозначных ответов. Необходим индивидуальный подход к больному. Никакой компьютер не скажет вам, нуждается ли в лечении данный больной. Для этого нужен хороший клиницист и учёт мнения самого больного. Решение должно приниматься совместно врачом и больным.

– Но ведь существуют клинические рекомендации?

– Не везде они одинаковы. Наш следующий конгресс состоится в будущем году в Лондоне, и мы планируем обсудить, насколько британские рекомендации согласуются с европейскими, в чём различия. Доказательства очень важны, но их интерпретация может быть различной.

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

Мадрид – Москва.

«Симптом изжоги регулярно испытывают 25-50% населения по всему миру. В обывательской среде о нём сложилось ложное представление как о довольно безобидном. Популярность и богатый ассортимент безрецептурных антацидных препаратов, современный темп жизни заставляют пациента заниматься самолечением и надолго откладывать визит к врачу», – открыл очередную научно-практическую образовательную сессию «Амбулаторный приём», ориентированную главным образом на специалистов первичного звена: поликлинических терапевтов и врачей общей практики, её неизменный лидер заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий Вёрткин.

Случай из практики

Между тем изжога, как и некоторые другие вполне невинные симптомы, могут быть проявлением серьёзной патологии – гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), которой по некоторым подсчётам страдают около 20% мирового населения.

– ГЭРБ являет хроническое рецидивирующее заболевание верхнего отдела ЖКТ, обусловленное регулярным избыточным забросом в пищевод содержимого желудка и/или двенадцатиперстной кишки, – напомнил коллегам А.Вёрткин.

Этой многоликкой болезни, опасность которой пока ещё недооценена врачами, и был посвящён клинический разбор. Больной 67 лет был направлен из поликлиники на консультацию в консультативно-диагностическое отделение (КДО) одного из столичных многопрофильных стационаров к хирургу с диагнозом: ГЭРБ; недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит.

На протяжении 5 лет пациента беспокоила упорная боль в эпигастрии после приёма пищи, ощущение «кома» в горле, отрыжка и изжога, усиливающиеся при наклоне и лёжа, а также постоянный малопродуктивный кашель и першение в горле. Пациент неоднократно обращался с этими жалобами в поликлинику по месту жительства, где они интерпретировались в рамках ХОБЛ (дважды проходил стационарное лечение), а также диспепсии на фоне коморбидной сосудистой патологии.

В дальнейшем пациенту была выполнена рентгенография пищевода с барием и выявлена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, по поводу чего он был направлен на консультацию хирурга КДО. В анамнезе у больного многолетний стаж артериальной гипертензии, острый инфаркт миокарда в 2005 и 2013 гг. с последующей ангиопластикой со стентированием сосудов, острое нарушение мозгового кровообращения в 2006 г. В 2000 г. – комбинированная (лучевая) терапия рака гортани.

При объективном осмотре обращает на себя внимание жёсткое дыхание, над обоими лёгочными полями единичные сухие рассеянные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 90 в минуту, АД – 120/80 мм рт.ст. Язык у корня обложен желтоватым налётом, живот безболезненный. По рекомендации хирурга поликлиники показано оперативное лечение грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в плановом порядке. Повторная рентгенография желудка и пищевода с барием позволила диагностировать недостаточность кардии, признаки рефлюкс-эзофагита, дуоденогастральный рефлюкс. Процедура ЭГС также подтвердила недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит лёгкой степени и очаговый гастрит. На биопсии: очаги хронического воспаления, умеренно выраженная кишечная метаплазия эпителия. При функции внешнего дыхания бронхообструкции выявля-

Экспертный уровень

Базис отраслевого благополучия

Специалисты первичного звена должны быть всесторонне просвещёнными

но не было. Лёгкое снижение вентилиционной способности лёгких, форсированная жизненная емкость легких (ФЖЕЛ) умеренно снижена. На ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 53-55 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево, желудочковые экстрасистолы. Заключение ЭхоКГ: умеренный гипокинез нижней стенки на базальном и среднем уровнях.

Клинический диагноз: ГЭРБ: дистальный рефлюкс-эзофагит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений. Ишемическая болезнь сердца (ИБС): постинфарктный кардиосклероз (2006, 2013). Состояние после чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ): ангиопластика со стентированием правой коронарной артерии и остеоартрите (ОА) в 2006 г., повторное ЧКВ: ангиопластика ОА в 2013 г. Состояние после острого нарушения мозгового кровообращения в 2006 г. ХОБЛ: хронический обструктивный бронхит, пневмосклероз. Состояние после лучевой терапии. Хронический рефлюкс-гастрит.

Патоморфологическую картину рефлюкс-эзофагита описал главный патологоанатом Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой патологической анатомии МГМСУ, профессор, заслуженный врач РФ Олег Зайратьянц.

– ГЭРБ – коварное заболевание, поскольку зачастую имеет очень скудную клиническую симптоматику, и даже при вполне приличной эндоскопической картине (отсутствие эрозивных повреждений. – Ю.Ш.) для него характерно тяжёлое воспаление слизистой пищевода, что может привести к тяжёлым, вплоть до онкологических, осложнениям. Помимо таких симптомов, как изжога, регургитация, боль в эпигастрии и грудной клетке, ГЭРБ может проявляться и внепищеводными симптомами, такими как хронический кашель, осиплость голоса. Также симптом нарушения глотания может быть проявлением ГЭРБ. Длительно существующая ГЭРБ может привести к таким осложнениям, как эзофагит (30-50%), пищевод Баррета (10-15%) и аденокарцинома (5-10%), – сказал О.Зайратьянц.

Пациенту была проведена робот-ассистированная лапароскопическая фундопликация по Ниссену с круорографией, дренирование брюшной полости, которую на сессии представил заведующий отделением хирургии ГКБ им. С.И.Спасокукоцкого Департамента здравоохранения Москвы С.Ерин. Послеоперационная терапия проводилась АБТ, ИПП, антикоагулянтами и др. Ранний послеоперационный период проходил без особенностей. Далее пациент был выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдением терапевта и хирурга КДО. В настоящее время пациент отмечает улучшение общего состояния, симптомы изжоги, отрыжки не беспокоят, практически прекратился кашель, о чём он сам рассказывал многочисленной аудитории врачей, будучи приглашённым на мероприятие.

– ГЭРБ – это многофакторное, сенсорно-моторное заболевание, связанное с нарушением нормаль-

ных антирефлюксных механизмов. Предикторами болезни являются увеличение внутрибрюшного давления, хронический панкреатит, который в нашей стране в подавляющем большинстве случаев связан со злоупотреблением алкоголем и ранней желчнокаменной болезнью, – подвела итоги клинического разбора доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ Елена Вовк. – ГЭРБ приводит к развитию рефлюкс-эзофагита и опасным для жизни осложнениям, а также к развитию внепищеводных осложнений вследствие частого попадания рефлюктата в полость рта, гортань, нижние дыхательные пути. Симптомы ГЭРБ делятся на типичные (изжога, регургитация, гиперсаливация) и атипичные (тошнота, отрыжка, замедленное пищеварение, раннее насыщение, эпигастральная боль, метеоризм, рвота), а также внепищеводные проявления (прекардиальная боль в груди, респираторные симптомы, лор-симптомы, а также раннее пробуждение, бессонница). Существуют «красного флага»: торпидная изжога и регургитация > 3 месяцев с сильной ночной изжогой; симптомы сохраняются после 2 недель лечения ИПП; впервые возникшая изжога или регургитация в возрасте 45-50 лет; дисфагия или одинофагия; симптомы или признаки желудочно-кишечного кровотечения; симптомы или признаки ларингита; необъяснимая потеря веса; упорная тошнота, рвота, диарея; кардиальные симптомы; симптомы у беременных или кормящих матерей, – заключила она.

В плену у остеоартрита

– Патология опорно-двигательного аппарата – весьма вариabельна и обусловлена не только клинически, но и социально. Жалобы на боли в суставах – одна из ведущих причин обращения населения за медицинской помощью, – отметила старший научный сотрудник отделения специализированной медицинской помощи НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой профессор Наталья Чичасова. – Наиболее частая локализация поражения при ОА, то, с чем сталкиваются все терапевты, – это коленные суставы (гонартроз, клинически наиболее манифестно), тазобедренные суставы (коксартроз), узелковый остеоартроз мелких суставов кисти. Клинические проявления включают суставную боль, скованность, снижение функции сустава, – добавила она.

Диагностика ОА включает клинико-анамнестические данные, данные физикального обследования и результаты дополнительных методов исследования: повышенные нагрузки, избыточный вес, нарушение статики, в том числе плоскостопие; боль (стартовая, после физической нагрузки); утренняя скованность до 30 (кроме ТБС); боль или дискомфорт при вставании из положения сидя или при ходьбе, особенно по лестнице (вниз); боль при ходьбе по неровной дороге или в положении стоя на коленях; боль при сидении > 2 часов не вставая; боль при попытке сесть в низкое кресло или машину; изменение конфигурации сустава; крепитации; деформации; состояние суставной щели, наличие

остеофитов, хондром, состояние субхондральной кости при рентгенографии; синовит, тендосиновит, киста Беккера, остеофиты и при УЗИ. В ряде случаев показана артроскопия.

– При ОА наблюдается слабая связь между рентгенологическими изменениями, болями и клиническими проявлениями суставного синдрома, – подчеркнула Н.Чичасова. – Причём сложность в ведении таких пациентов заключается ещё и в коморбидном состоянии (высокий ИМТ, артериальная гипертензия, атеросклероз, сахарный диабет, остеопороз), которое утяжеляет течение ОА и увеличивает риск развития хронического болевого синдрома. ОА ведёт к повреждению всех структур сустава. На сегодняшний день это заболевание суставов рассматривается как воспалительное, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса, ведущую роль в патогенезе которого играют иммунокомпетентные клетки. Целью консервативной терапии является уменьшение симптомов боли, снижение воспаления, улучшение функции сустава, а также уменьшение потери объёма хряща и улучшение качества жизни пациентов с уменьшением потребности в эндопротезировании, – подытожила она.

Ориентир – на пациента

– Мы часто задаёмся вопросом: какими чертами должен обладать идеальный врач? Какие характеристики, по мнению врачей, присущи идеальному современному пациенту? – обратился к аудитории профессор А.Вёрткин. – По мнению врачей, идеальный современный пациент характеризуется малой осведомлённостью в медицинских вопросах; отсутствием сомнений в силах и умении лечащего врача; готовностью беспрекословно выполнять назначения; умением кратко и чётко излагать жалобы; отсутствием ипохондрии. Но в реальной практике терапевта такие пациенты встречаются редко, и врачам необходимо владеть алгоритмом общения, чтобы сделать визит пациента максимально продуктивным. Каждый амбулаторный приём в обязательном порядке должен заканчиваться обсуждением рекомендаций для пациентов.

Интересно, что, по данным аналитического обзора Росстата в минувшем году (60 тыс. респондентов), треть граждан нашей страны в принципе не обращаются к врачам, даже если нуждаются в помощи, 3% опрошенных не смогли получить в поликлинике помощь. У 34,4% участников опроса нет времени на лечение, 14% считают, что получить помощь можно только на платной основе. Половина из тех, кто так и не дошёл до врача, занимались самолечением.

Тем не менее в целом за последние два года россияне стали чаще (на 7,3%) обращаться за амбулаторно-поликлинической помощью. Стало меньше случаев нехватки медикаментов (на 12,5% по сравнению с 2016 г.), сократилось количество очередей, на 18,9% меньше случаев навязывания платных услуг.

Так, в амбулаторном сегменте столичного сектора отрасли, согласно распоряжению мэра Москвы С.Собянина, с недавнего времени

стали внедрять единый стандарт – меры, принятые для оптимизации работы поликлиник. В целях устранения дисбаланса по узким специалистам в каждой поликлинике на первичном уровне планируется организовать приём врачей 8 наиболее востребованных специальностей (ревматолог, нефролог и др.). Наиболее посещаемые кабинеты (забора крови, дежурных врачей и пр.) разместят на нижних этажах, а наименее посещаемые и административные – на верхних. Кабинеты узких специалистов будут располагаться на одном этаже с функциональной диагностикой. Для пациентов и персонала организуют буфеты, для врачей оборудуют кабинеты и комнаты отдыха.

Неврологические дебри

– Несмотря на увеличение расходов на здравоохранение, число неврологических больных продолжает расти. Серая, монотонная городская среда способствует повышению уровня стресса и появлению депрессии, увеличению уровня потребления алкоголя, повышению степени криминальности и асоциальности, – акцентировал внимание терапевтической аудитории на неврологических проблемах заведующий кафедрой нервных болезней Института последипломного образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Алексей Данилов. – Доказано и научно обосновано, что зрительное воздействие оказывает мощный эффект на головной мозг. При восприятии чего-либо красивого улучшается корковая активность нашего мозга (нейроэстетика). Фастфуд, нездоровая пищевая среда – важнейший фактор риска медленно прогрессирующих неврологических заболеваний. Вкупе с низкой физической активностью это приводит к увеличению объёма жировой ткани, – заявил он.

Известно между тем, что провоспалительные цитокины, синтезируемые в адипоцитах (IL-6, TNF, триглицериды, свободные жирные кислоты) запускают механизмы развития инсулинорезистентности, онкологических заболеваний, атеросклероза и гипертонической болезни, нейродегенерации (деменции). Напротив, регулярная физическая активность препятствует системному воспалению – фундаменту целого ряда различных заболеваний (зачастую с формированием коморбидности. – Ю.Ш.) и патологических состояний.

Выводы многочисленных исследований по всему миру неутешительны в своей тривиальности: психосоциальный стресс, отсутствие дневного света и физической активности выливаются в так называемый офисный синдром, проявляющийся головной болью, болью в спине и шее, туннельным синдромом, синдромом «сухого глаза», гастритом или язвой, сердечно-сосудистыми заболеваниями, геморроем и трещинами прямой кишки, воспалением органов малого таза, синдромом хронической усталости, варикозным расширением вен, тромбозом, ухудшением когнитивных функций и др.

Наряду с этим нарушение биоритмов, хроническая бессонница приводят к целому ряду патологических состояний (ухудшению памяти, снижению работоспособности, иммунным нарушениям, ИБС и артериальной гипертензии), в основе которых лежит снижение секреции мелатонина. Для увеличения продукции собственного мелатонина необходимо ежедневно выкраивать время, чтобы побыть на солнце, либо создать оптимальный режим искусственного дневного света.

– Задача хорошего терапевта – суметь пообщаться с пациентом таким образом, чтобы последний захотел изменить свой образ жизни к лучшему, – подвёл итоги своему выступлению А.Данилов.

Юлия ШЕВЧУК,
внешт. корр. «МГ».

Страницы истории

В омском Центре изучения истории Гражданской войны открылась уникальная выставка «Спаси человека», посвящённая омскому врачу Андрею Пантюхову, спасшему жизнь Варламу Шаламову и ставшему прототипом главного героя нескольких «Колымских рассказов» писателя.

Выпускника Западно-Сибирского государственного медицинского института (ныне Омский государственный медицинский университет) Андрея Пантюхова (1912-1983) писатель Варлам Шаламов считал своим другом и спасителем. Со студенческой скамьи 22-летний Андрей Пантюхов в 1934 г. попал в жернова репрессий. Провёл в лагерях и ссылке два десятка лет, но смог сохранить в самом себе Человека и Врача, не «растворившись» в ГУЛАГовской реальности. Он под своим именем стал прототипом главного героя нескольких «Колымских рассказов» Шаламова. Именно благодаря Пантюхову будущий «летописец ГУЛАГа» Шаламов, умиравший на Колыме от истощения и тяжёлого труда, выжил и даже получил профессию фельдшера.

Историко-документальный проект «Спаси человека» освещает биографию Пантюхова со студенческих лет и до последних дней жизни, большую часть которой он отдал служению самой гуманной из профессий.

— Когда мы говорим об Андрее Пантюхове, без всяких сомнений можно сказать, что если бы не он, то мир не узнал бы писателя Варлама Шаламова, — отметила главный научный сотрудник Института всеобщей истории РАН доктор исторических наук Юлия Кантор. — Шаламов не погиб в лагере только благодаря тому, что в 40-е годы они встретились на Колыме и что Пантюхов его вылечил и дал направление на фельдшерские курсы, и Шаламов дожил до реабилитации и стал известным писателем...

Он спас Шаламова на Колыме

Об этом рассказывает выставка в Омске



Фрагмент выставки

Выставка состоит из четырёх разделов: «Студенческие годы», «Лагерь», «Освобождение» и «Послесловие». Каждый из них посвящён соответствующему этапу жизни героя и наполнен редкими

документами и личными вещами врача, позволяющими погрузиться в атмосферу жестоких репрессий, увидеть штрихи повседневности того времени, ощутить переживания и отклики на происшедшие события.

Как сообщили специалисты центра, на выставке (подготовка к ней заняла 2 года) представлено более 50 ранее неизвестных документов из семейного архива Пантюховых: тексты Варлама Шаламова, адресованные А. Пантюхову и фотографии разных лет, дипломы врача, автобиография, справки о реабилитации и др. Также впервые экспонируются личные

вещи и книги из его библиотеки, публицистические статьи.

Среди уникальных источников посетители смогут увидеть документы из архивного уголовного дела, хранящегося в УФСБ России по Омской области, и рассекреченные в марте 2019 г. материалы архивного следственного дела, хранящегося в УМВД России по Магаданской области. Не менее интересно и личное дело студента Пантюхова А. из фондов Исторического архива Омской области, а также артефакты, рассказыва-

ющие о жизни студентов-медиков 1930-х годов, представленные музеем Омского государственного медицинского университета и Госпиталем для ветеранов войн. Реконструировать атмосферу лагерного медучреждения помогает инсталляция, где находятся подлинные предметы из фондов Мемориального музея-заповедника истории политических репрессий «Пермь-36».

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Экскурсию проводит Ю. Кантор

Ракурс

Новый остросюжетный сериал с рабочим названием «Под прикрытием» является российской версией одного из популярных корейских сериалов, где главными персонажами выступают медики. Его снимает киногруппа под руководством режиссёра-постановщика Сергея Ткачёва. Для съёмок детектива на территории Ростовского научно-исследовательского онкологического института кинематографисты выбрали несколько площадок.

Учебная палата интенсивной терапии, где профессиональное мастерство оттачивают врачи-ординаторы, с помощью художников-постановщиков была переоборудована в инфекционную

Стоп. Снято!

В Ростовском онкологическом институте прошли съёмки художественного фильма

палату заброшенной больницы. Место робота-симулятора временно пришлось уступить актёру Михаилу Гаврилову. Преподаватель аккредитационно-симуляционного центра, анестезиолог-реаниматолог института Александра Алёшкина выступила в роли консультанта. Она помогла кинематографистам подобрать подходящее медицинское оборудование и приборы для ми-



Актёры и медики – рядом

зансцены, грамотно подключила к «пациенту» анестезиологическую аппаратуру. В съёмках сцены также принял участие народный артист Российской Федерации Владимир Ильин.

Второй эпизод был снят в испытательном лабораторном центре онкологического института.

В уникальном на юге России вариации учёные института проводят клинические и фундаментальные исследования при помощи экспериментальных животных. Приглашённый для консультации младший научный сотрудник Сергей Ткачёв, по совпадению тёзка режиссёра-постановщика,

даже сыграл эпизодическую роль – специалиста лаборатории.

Съёмки ещё одной сцены прошли на территории старого корпуса отделения опухолей головы и шеи, который сейчас готовят к масштабной реконструкции. В здании уже начались строительные работы. Мусор, демонтированное коммуникации и старое медицинское оборудование – именно такой объект искала съёмочная группа сериала.

— Нашему коллективу очень приятно внимание кинематографистов к институту. Лечебное учреждение – сложный объект для съёмки. Мы не можем позволить себе нарушать режим и покой пациентов. В некоторых подразделениях соблюдается полная стерильность, а это неприемлемо для съёмочного процесса. Но некоторые точки были одобрены кинематографистами, и мы очень благодарны за деликатность, которую они проявляли, работая на территории института, — отметил генеральный директор института член-корреспондент РАН Олег Кит. — Для наших пациентов съёмки фильма тоже стали небольшим приключением. Они с большим интересом наблюдали за процессом и с удовольствием обсуждали событие.

Съёмки фильма «Под прикрытием» в Ростове завершены, впереди съёмочные дни в Москве. Премьера телесериала ожидается в следующем году.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.



Сцены в новом фильме даются нелегко

Сокровенное

Давай улетим на звёзды...

Александр ШЕЯНОВ

Дворец на скале

Ты красива, стройна, величава.
Вся из себя заморская пава.

дворец на скале.

Моя таганская хата с края.
Ты плывёшь подобно луне,

как на конкурсе красоты.

Одна краше другой.
Но где несравненная ты,

манит всё равно.

А с тобой, комета Ким Терри,
Давай улетим в стратосферу

заоблачно Венеру...

На сочельник

И вечный путь луны.
Скитанья поэта-отшельника.



На вечерней заре

Новодевичий монастырь
на вечерней заре.

Золочёные купола
в небесном огне.

По млечному пути

У Музы завтра именины.
Куплю шампанское и апельсины.

Но она, шаловливая, не заметит меня.
И я, легкомысленный, зная, не судьба.

Цыганская метель

Небо – зал.
Луны овал.

Провода – струны.
Ветви – смычки.
Пьяная скрипка горло смочи.

Воспоминания о юности

Я на свет выпорхнул в озорном дворе,
где гоняли голубей по вечерней заре,

ОБ АВТОРЕ. А.Шеянов – поэт, прозаик,
драматург. Недавно в Москве выпустил
новую книгу лирики «Давай улетим».

Умные мысли

- Новые знания приходят всегда, когда голова ещё испытывает предыдущие мысли.
• К старости в черепе поселяется пылесос, который постепенно высасывает все умные мысли.

Игры разума всё не дают покоя

Виктор КНЯХИН

- Если дураков не кормить, они подозрительно быстро умнеют.
• Ты навсегда должен запомнить, где ты был, когда тебя не было; и где ты будешь, когда тебя не будет.

СКАНВОРД
Объект религ. поклонения
Ирланд. писатель
Кожура подсолнечника
Древнегреч. математик
Роман Набокова
Часть рычага
Автор Валерий Шаршуков
Расплав оксидов
Порт, море Лаптевых
Город, Яросл. обл.
Эпоэтин альфа
Для шитья
Ветрянка
Содержит металл
Друнина, поэма
Башаров, фильм
Этамзилат
Агдам
... там?
ОБВАЛ В
ОР АЛАНД
СИОЗАМЛНВ
ЬН АЛВЕОЛИТРЕМИНИЛФУТ
МАХАУСАРДАРИАТАОЗЕРО
ИЛУЧИПЯДЬБКИПРЕННАМ
НАПЕВДАИСИДУДУК
АКОРЖТОКМОЕЛЕ
ОЗИРИНАКОДАЙ

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (зам. ответственного секретаря),
В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря),

Справки по тел.: 8-495-608-86-95. Рекламная служба: 8-495-608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; 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.