

Медицинская

26 февраля 2021 г.
пятница
№ 7 (7975)

Газета®

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

Работают мастера

Распутали сосудистые лабиринты

Нейрохирурги исправили сразу две ошибки природы



Система заочных консультаций, которая позволяет пациентам воспользоваться услугой «второе мнение» либо просто найти специалиста, готового взяться за их лечение, полностью себя оправдывает. В этом убеждены в Национальном медицинском исследовательском центре им. Е.Н.Мешалкина.

По медицинским документам, направленным на заочную консультацию, врачи центра выявили у пациентки показания к срочной госпитализации и немедленному лечению жизнеугрожающего состояния. Речь идёт о 38-летней жительнице Забайкальского края, которая обратилась за помощью к новосибирским нейрохирургам. У женщины сразу две опасные врождённые сосудистые аномалии головного мозга: артериовенозная мальформация и кавернома, каждое из которых грозило риском внезапного разрыва с внутричерепным кровоизлиянием.

Операция проводится под контролем нейронавигатора

Помимо этого, кавернома создала предпосылки для образования эпилептически активного очага в головном мозге. В течение нескольких лет (!) у женщины происходили регулярные эпилептические приступы, возникали сильные головные боли, появилась дезориентация в пространстве. Вопрос, почему до сих пор она не получила необходимого лечения, оставим для специалистов и организаторов здравоохранения региона, где проживает больная. Подобное сочетание патологий встречается очень редко – два случая на миллион населения. Тем не менее, в стране есть клиники, где таких пациентов успешно лечат, причём, оказывают им медицинскую помощь замкнутого цикла – проводят и хирургические вмешательства, и лучевую терапию.

Как пояснил специалист отделения нейрохирургии НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Дмитрий Кислицин, когда пациентка поступила в клини-

ку, первым этапом ей выполнили эндоваскулярную эмболизацию артериовенозной мальформации. Это позволило уменьшить её объём до размеров, при которых возможна дальнейшая лучевая терапия. Вторым этапом нейрохирурги провели одномоментное микрохирургическое удаление каверномы, расположенной в левой височной доле, и сформированного ею эпилептически активного очага.

После двух малоинвазивных операций у женщины прекратились эпилептические приступы, теперь ей предстоит пройти курс лучевой терапии. Нейрохирурги уверены, что после этого пациентка сможет вернуться к активной жизни без ограничений.

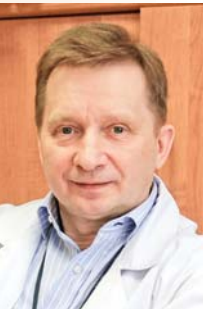
Елена ЮРИНА,
МИА Сито!

Новосибирск.

Сергей ТЮЛЯНДИН,
главный научный сотрудник НМИЦ
онкологии им. Н.Н.Блохина
профессор:

До сих пор не урегулирован вопрос назначения таблетированных таргетных препаратов, их надо ежедневно получать в дневном стационаре. Это совершенно не вяжется со здравым смыслом.

Стр. 4



Ольга КЛОКОВА,
заведующая отделением
лазерной рефракционной
хирургии Краснодарского филиала
МНТК «Микрохирургия глаза»,
кандидат медицинских наук:

Считаем весомым аргументом снижение возрастных ограничений для лазерной коррекции зрения не только по медицинским, но и по гуманитарным показаниям.

Стр. 5



Сергей ГОТЬЕ,
директор НМИЦ трансплантологии
и искусственных органов
им. В.И.Шумакова, академик РАН:

Россия вышла на пятое место в мире по количеству пересадок печени детям, и мы намерены подняться в этом рейтинге ещё выше.

Стр. 11



Ситуация

Поспешишь — насмешишь

Законопроект об обязательном страховании жизни и здоровья медработников, деятельность которых связана с высокими рисками, оказался «сырым». Его сходу забраковало Правовое управление Государственной думы РФ, сделав целый ряд принципиальных замечаний к предложенному депутатами тексту. Какова его дальнейшая судьба – будут ли авторы дорабатывать документ либо откажутся от своей идеи – пока неясно.

Напомним, в декабре 2020 г. группа депутатов Госдумы РФ во главе с руководителем одной из парламентских партий предложила внести изменения в Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», а именно – ввести норму об обязательном страховании для медицинских, фармацевтических и иных работников организаций здравоохранения, труд которых связан с угрозой их жизни и здоровью. Тогда, поясняя свою инициативу, разработчики ссылались на пандемию коронавирусной инфекции, во время которой несколько сотен российских медиков погибли, заразившись на работе, а у тех, кто тяжело переболел, начались проблемы со здоровьем.

Инициативная группа предложила восстановить справедливость и предусмотреть размеры компенсационных выплат медработникам по аналогии со страховыми выплатами военнослужащим, сотрудникам полиции и Нацгвардии, пожарным: в случае смерти при исполнении трудовых обязанностей – 2 млн руб.; при инвалидизации – от 500 тыс. до 1,5 млн; при получении травм или увечий – в зависимости от тяжести от 50 тыс. до 500 тыс.

Конечно, можно заподозрить политиков в открытом популизме накануне парламентских выборов, тем более, что данный законопроект прочно «привязан» к конкретной партии. И такое подозрение было бы обоснованно, если бы не одно «но»: о полной беззащитности российских медработников перед угрозой инфицирования, травмы и даже гибели, сопряжённых с исполнением их профессиональных обязанностей, давным-давно говорят и сами врачи, и медицинские общественные объединения.

Но до сих пор никаких подвижек на уровне государства в плане их обязательного страхования так и не было сделано, и первая же попытка депутатов Госдумы исправить эту ситуацию тоже не увенчалась успехом.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

Новые метры — новые возможности

Более 140 тыс. исследований в год планируется выполнять в обновлённой медико-генетической лаборатории на базе Кемеровской областной клинической больницы им. С.В.Беляева. Подразделение теперь занимает площадь 300 м², на которых можно разместить несколько линий современного оборудования.

По информации регионального Минздрава, наиважнейшая задача,

стоящая перед ведомством и укрепленной лабораторией – организовать пренатальный скрининг, обеспечив доступность дородовой диагностики аномалий развития плода, врождённых пороков и наследственных заболеваний для всех беременных женщин. Сегодня показатель дородовых обследований в регионе составляет 83%, и здесь новое подразделение областной больницы дополнит мощности других генетических лабораторий региона.

Кроме того, это единственная в области лаборатория, где проводится стандартный неонатальный скрининг на пять наследственных болезней.

Отмечается, что в перспективе список проводимых здесь генетических исследований детям и взрослым будет расширен.

Ирина БАЖЕНОВА.

МИА Сито!

Кемерово.

Стандарты в медицине должны рождаться не из фантазий чиновников, а из лучшего опыта тех, кто был пионером.

Обмен опытом состоялся на площадке Российского общества клинической онкологии. Примечательно, что организаторы форума построили его таким образом, чтобы представление лучшего опыта шло не как обычно – с запада на восток, от Москвы к окраинам страны, а наоборот – от Владивостока к столице России. В этом есть глубокий подтекст: прогрессивные идеи рождаются не только в Первопрестольной. Более того, как признался в конце встречи главный онколог Москвы член-корреспондент РАН Игорь Хатков, он тоже взял на заметку кое-что интересное из того, о чём рассказали коллеги из регионов.

Нормальная логика такова: профессиональное медицинское сообщество знакомится с примерами успешного внедрения тех или иных организационных, научных и клинических технологий в конкретных учреждениях здравоохранения или регионах, определяет наиболее успешные практики, тем самым даёт сигнал всем остальным регионам, а также Минздраву России обратить внимание на положительные модели и тиражировать их в масштабах всей страны. К сожалению, далеко не все министры здравоохранения и главные онкологи субъектов РФ готовы быть энтузиастами и новаторами, но все они без исключения обязаны быть хорошими исполнителями указаний «сверху». Следовательно, самый короткий путь к совершенствованию системы онкологической помощи в таких субъектах РФ – директива федерального центра с указанием, как именно нужно организовать работу и как конкретно лечить, чтобы снизить смертность от рака.

Способен ли нацпроект «Здравоохранение», а конкретно его онкологический сегмент решить эту задачу? Способен лишь отчасти. Потому что выделить субъектам РФ серьёзную финансовую помощь на развитие онкологической службы не означает напрямую добиться эффективности работы этой службы, ведь сами по себе деньги не лечат рак. В огромной степени результаты нацпроекта и его онкологической программы будут зависеть от того, насколько грамотно в каждом регионе организована система оказания онкологической помощи, насколько смела и расторопна территория в плане внедрения новых лечебно-диагностических технологий.

Приведём несколько примеров такой – смелой и быстрой – перестройки онкослужб субъектов РФ.

Изотопы вернулись

Заместитель главного врача Приморского краевого онкологического диспансера доктор медицинских наук Людмила Гурина напомнила, что радионуклидная диагностика – это не что-то новое для российской медицины, а хорошо забытое старое. В доперестроечные времена во Владивостоке было две радионуклидных диагностических лаборатории, обе оказались не нужны «архитекторам перестройки» и благополучно «погибли».

Наконец, спустя более четверти века на базе краевого онкодиспансера открыто отделение радионуклидной диагностики и терапии. На сегодняшний день здесь выполняется изотопное исследование костной системы, щитовидной и паращитовидных желёз, мочевыделительной системы, печени и селезёнки. Это позволило также начать применение системной радионуклидной терапии препаратами на основе радия и самария пациентам с опухолями предстательной и молочной желёз.

По словам Л. Гуриной, за первые полгода (май-декабрь 2020 г.) применения радиоизотопной терапии в лечении больных раком предстательной железы приморские онкологи увидели следующие результаты: у 97% пациентов отмечено уменьшение интенсивности

болевого синдрома даже на фоне отмены обезболивающих препаратов. При этом специалисты онкодиспансера провели научное исследование, в рамках которого показали не просто эффективность использования радия хлорида в качестве изотопа, а чётко определили показания и противопоказания к его применению, способ и дозу введения. Фактически, это готовый алгоритм, которым могут пользоваться все российские учреждения онкологического профиля, где планируется начать или уже проводится радионуклидная терапия.

Распознать генотип

Далее эстафету принял Красноярский край. Главный онколог регионального Минздрава Андрей Модестов доложил о результатах

подразделений – оптимизировать маршрут по так называемому зелёному коридору пациентов с подозрением на злокачественные новообразования. Это возможно за счёт своевременного дообследования и начала специализированного лечения, что в итоге должно привести к ощутимому снижению онкологической смертности в регионе.

На примере центра диагностики и лечения рака молочной железы видно, как сократилось движение пациенток по «зелёному коридору». Если в начале 2019 г. только на первом этапе – от момента впервые высказанного подозрения на рак молочной железы до проведения биопсии – срок ожидания составлял 19 дней, то в 2020 г. весь период от первого обращения пациентки к онкологу

есть выдавать рак первопричиной смерти человека от COVID-19 или наоборот. Манипулировать статистикой сложно, когда система учёта налажена и прозрачна.

– За прошлый год в Нижегородской области умерли 200 пациентов со злокачественными новообразованиями, у которых была выявлена коронавирусная инфекция. По официальным данным, 74 пациента скончались от прогрессирования рака, 86 – от COVID-ассоциированной пневмонии, ещё 35 человек умерли от сердечных и сосудистых катастроф, пятеро – от других причин. Однако, посмотрев глубже, мы увидели, что среди 74 онкологических пациентов, которые в прошлом году умерли от коронавирусной инфекции, и в заключении о смерти которых значится именно рак, много людей

«онкология». «Лишние», среди которых не всегда достаточно компетентные игроки, удалены с поля. Отныне только шесть конкретных многопрофильных московских больниц имеют право оказывать весь спектр онкологической помощи, ещё пять стационарам разрешено оказывать специализированную помощь по отдельным локализациям опухолей.

Наконец, с августа 2020 г. в Москве работает городской онкологический консилиум. Его сформировали, чтобы оперативно рассматривать ситуации, требующие принятия нестандартных решений.

Вопрос открытый

Подытоживая сказанное представителями разных территорий страны, председатель Российского

В центре внимания

Смелые и расторопные

Регионы делятся опытом эффективной работы онкослужбы

внедрения в клиническую практику метода молекулярно-генетического исследования (МГИ). Речь идёт об определении генетических мутаций, как необходимом условии для назначения пациентам таргетной терапии при меланоме, раке прямой кишки, немелкоклеточном раке лёгкого и яичников.

Специалисты Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И.Крыжановского сформулировали протоколы МГИ для всех случаев: если определение мутаций проводится на гистологическом материале и пациент оперировался в диспансере, а также если пациент оперировался в другом лечебном учреждении региона. Для последних случаев подробно расписана вся маршрутизация биоматериала, порядок действий пациента и медперсонала, сроки проведения исследования и выдачи результатов.

Позатупное внедрение технологии молекулярно-генетического тестирования началось в регионе в 2015 г. К настоящему времени исследования на девять вариантов мутаций выполняются на базе самого онкодиспансера или краевого патолого-анатомического бюро, и только на два вида генетических мутаций, ассоциированных с развитием злокачественных опухолей (с-kit и PIK3CA) биоматериал направляют из Красноярска в лабораторию национальных медицинских исследовательских центров онкологии им. Н.Н.Петрова и им. Н.Н.Блохина.

Говоря об эффективности применения молекулярно-генетических технологий, А. Модестов сообщил, что благодаря тестированию на мутации и назначению таргетных препаратов пациентам с положительными результатами генетических анализов, смертность от новообразований снизилась в Красноярском крае с 240 случаев на 100 тыс. населения в 2017 г. до 229 случаев в 2020 г. Динамика применения таргетной терапии опухолевых заболеваний в регионе внушительна: только за 2019-2020 гг. произошёл рост на 163%.

Учитывая, что регион не относится ни к числу самых бедных, ни к числу самых богатых, повторить его опыт внедрения МГИ в принципе может любая российская территория.

В Челябинске на базе поликлиники областного клинического центра онкологии и ядерной медицины создали три специализированных центра: диагностики и лечения опухолей молочной железы, бронхов и лёгких, патологии шейки матки. Заместитель главного врача Елена Ратнер пояснила, что основная задача вновь организованных

до начала лечения сократился до 18 дней. За это время женщине проводится полный комплекс лучевой диагностики и трепан-биопсии опухоли, морфологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата, а затем врачебный консилиум. За полтора года работы этого центра проконсультировано и обследовано более 40 тыс. пациенток, проведено 2,7 тыс. биопсий при подозрении на рак молочной железы, из них в 62% случаев диагноз подтверждён.

– Положительным «побочным эффектом» такой организации работы стал рост выявляемости опухолей молочной железы на ранних стадиях, включая нулевую in situ, – подчёркивает Е. Ратнер.

Примерно такие же результаты показал центр диагностики и лечения патологии шейки матки: как только пациентки с подозрением на рак начали сосредотачиваться здесь, доля выявленных случаев злокачественных опухолей на I-II стадиях увеличилась с 47 до 56%, а выявленных на III существенно сократилась. На очереди создание аналогичного специализированного центра по раку почки.

Честная статистика

Главный врач Нижегородского областного клинического онкологического диспансера Сергей Гамаюнов подробно рассказал, как работает региональный раковый регистр, созданный в 2016 г. Сегодня в нём информация о 99,5 тыс. больных со злокачественными опухолями. В территориальную информационную автоматизированную систему «Канцер-регистр» сведения о пациентах, которые проходят обследование и лечение по поводу онкологических заболеваний, в обязательном порядке вносят первичные онкологические кабинеты, центры амбулаторной онкологической помощи (ЦАОП), поликлиника областного онкодиспансера, детские поликлиники Нижнего Новгорода, стационары с онкологическими койками и частные клиники.

– Синхронизация ракового регистра с региональной медицинской информационной системой позволила «отслеживать» каждого онкологического пациента в режиме реального времени, своевременно передавать пациентов на диспансерное наблюдение после лечения, получать достоверную информацию по умершим больным, проводить учёт и наблюдение пациентов с предраковыми заболеваниями, – перечисляет главный врач.

Во время вспышки коронавирусной инфекции региональный канцер-регистр оказал ещё одну хорошую услугу, а именно, не позволил «играть показателями», то

с I-II стадиями рака, и прогрессирование основного заболевания, как причин смерти здесь вряд ли возможно. Таким образом, шифрование причины смерти этих пациентов вызывает вопрос. Это повод для дальнейшего анализа и обсуждения ситуации с нашими коллегами из других служб, – констатирует С. Гамаюнов.

Нужны ли центры амбулаторной онкологической помощи как таковые? По мнению главного онколога Ленинградской области Сергея Алексева, нужны, более того, он называет ЦАОПы новым шагом в развитии российской онкослужбы.

Учитывая географические, транспортные и социальные особенности российских регионов, невозможно обеспечить доступность онкологической помощи населению на 100%. ЦАОПы могут выручить в ситуации, когда первичное звено плохо укомплектовано онкологами и диагностическим оборудованием, а расстояние между удалёнными сёлами и областными центрами такое, что на амбулаторное лечение в региональный онкодиспансер каждый день ездить невозможно, да и стоят такие поездки недёшево для онкобольных, которые получают пенсию по инвалидности.

Главный специалист рассказал о ленинградском опыте решения этой проблемы для больших территорий. Чтобы избавить онкобольных от необходимости тратить время и деньги на дорогу к онкологу, открыли 5 межрайонных ЦАОПов, расположив их таким образом, чтобы каждый из амбулаторных онкоцентров замкнул на себя от 260 до 500 тыс. жителей региона. Здесь проводятся консультативный приём, курсы химиотерапии и эндоскопические исследования.

Завершила эстафету передового опыта столица. О том, как в Москве нашли возможность применять современные методы лечения злокачественных опухолей, рассказала заместитель директора Московского клинического научного центра им. А.С.Логина доктор медицинских наук Людмила Жукова. Прежде всего, региональная онкослужба в 2019 г. обозначила новые правила обеспечения пациентов противоопухолевыми препаратами. Ими определены источники финансирования лекарственного лечения по каждому виду препаратов – таблетированных и парентеральных, а также внедрена программа «Эксперимент», согласно которой, при отсутствии нужного пациенту-льготнику лекарства он может приобрести его за свой счёт и затем гарантированно получить возмещение своих затрат.

Другое принципиальное изменение касается оптимизации сети лечебных учреждений, оказывающих медицинскую помощь по профилю

общества клинической онкологии, главный научный сотрудник НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина, профессор Сергей Тюляндин подчеркнул, что организационные технологии, которые показали максимально высокий результат в одном или нескольких субъектах РФ, следует рекомендовать к повсеместному внедрению.

В то же время есть один архиважный организационный вопрос, решение которого вне компетенции субъектов, оно полностью зависит от федеральной законодательной и исполнительной власти. Речь идёт о порядке назначения и условиях применения таргетной терапии. Ситуация вкратце выглядит так: таргетные препараты разрешено применять амбулаторно, но только под контролем врача. То есть пациент должен приехать на приём к онкологу и после его осмотра принять лекарство. Как уже сказано выше, в российских реалиях это невозможно, если больной человек живёт в сельской местности за тридевять земель от областного центра и не намного ближе к ближайшему ЦАОПу.

Что вынуждены делать онкологи в такой ситуации? Нарушать закон и рисковать собственной свободой. Например, выдавать лекарства пациенту на три месяца вперёд, и самим всё это время аккуратно заполнять его медицинскую карту. В итоге все, кто действуют по такой схеме, рискуют предстать перед судом в случае, если выяснится, что больной лекарства вообще не принимал, либо принимал, но ему стало хуже, хотя в дневнике наблюдений врач указывал обратное.

Корреспондент «МГ» поинтересовалась мнением профессора С. Тюляндина, почему проблема не решена, и от кого зависит её решение?

– Действительно, до сих пор не урегулирован очень сложный вопрос назначения таблетированных таргетных препаратов. ФОМС считает, что пациенты должны получать это лечение в дневном стационаре или в ЦАОПе, приходя туда ежедневно. Это совершенно не вяжется со здравым смыслом. Вопрос о необходимости пересмотреть данное правило ставится и перед ФОМС, и перед Минздравом России. Все согласны, что надо пересмотреть, но пока никаких подвижек нет. Думаю, эта задача должна быть решена на законодательном уровне и подкреплена подзаконными актами в виде приказов Минздрава. Мы просто обязаны упростить жизнь пациентам и обезопасить онкологов, не вынуждать их идти на нарушения, – считает С. Тюляндин.

Елена ЮРИНА.