

Медицинская

18 мая 2016 г.
среда
№ 34 (7654)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит по средам и пятницам
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

Конкурсы

Готовы увидеть боль

Будущие врачи учатся работать в экстремальных ситуациях



Конкурс практических навыков «Неотложка» провели в Красноярском государственном медицинском университете им. В.Ф.Войно-Ясенецкого.

12 студенческих команд с лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов состязались в оказании неотложной помощи при самых частых ситуациях: остановка кровотечения при травме, внебольничные роды, базовая сердечно-лёгочная реанимация, введение назначенного препарата, удаление инородного тела из верхних дыхательных путей.

Подобные соревнования проходят в КрасГМУ уже не впервые, однако в

Студенты были максимально приближены к реалиям жизни

этом году организаторы придумали оригинальную форму. Учиться принимать роды и останавливать кровотечение у травмированного больного студентам пришлось в обстановке, стилизованной под настоящую: «беременные» находились как бы у себя дома, а «травмированные» – в спортивном зале.

Роли рожениц и раненых спортсменов исполняли добровольцы из медицинского колледжа. Причём, как подчёркивают в ректорате КрасГМУ, волонтеры работали настолько достоверно, изображая боль и страх, что сами участники соревнования

пережили настоящие эмоции, свойственные врачам скорой помощи.

– Страшно оказаться в такой ситуации «вживую», но теперь мы уверены, что не растеряемся и обязательно спасём человека, – признаётся студентка 4-го курса педиатрического факультета Анастасия Яровикова.

Разумеется, жюри конкурса испытывало команды не только в умении работать руками, но и в знании теории неотложной помощи.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.



Дмитрий ИВАНОВ,
главный неонатолог Минздрава
России, профессор:

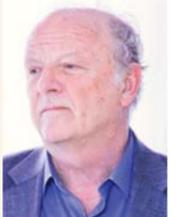
Именно протоколы и пытаются объять необъятное, дать врачу инструмент, чтобы он мог в любой клинической ситуации правильно действовать.

Стр. 5

Одд Арилд ХАУГЕН,
специальный советник Норвежского
директората здравоохранения Осло:

Перед нами встал вопрос, как помочь жителям северной российской глуши, где зачастую на местах нет ни психиатров, ни клинических психологов.

Стр. 7



Владимир ПАРШИН,
заведующий отделением торакальной
хирургии Университетской
клинической больницы № 1 Первого
МГМУ им. И.М.Сеченова, профессор:

Хирург часто выбирает вариант операции, которым он хорошо владеет, порой в ущерб для результата окончательного излечения.

Стр. 11

Инициатива

Охота за силой

В рамках Всероссийской акции «СТОП ВИЧ/СПИД!» в Екатеринбурге прошёл тренинг для ВИЧ-положительных подростков «Охота за силой».

Автором и ведущим тренинга стала Светлана Пермина, кандидат психологических наук, организатор программ для детей и подростков, руководитель ежегодного детского лагеря «Ветер перемен» на Южном Урале.

Необходимость такого мероприятия вызвана тем, что ВИЧ-положительные подростки с самого рождения принимают антиретровирусную терапию. Препараты надо пить строго по назначению врача. В противном случае может развиться резистентность. Если прерывается терапия, то он подвергает свою жизнь реальной опасности. «Есть ещё одна причина, по которой на-

чинаются срывы, не только у детей, но и у взрослых – это усталость от терапии», – считает Елена Гузеева, психолог Свердловского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

«Принятие любого хронического диагноза, особенно в ситуации, когда близкие воспринимают диагноз как беду – это испытание для пациента. На пробуждение веры в свои возможности, выработку навыка сохранения себя в ситуациях, которые невозможно изменить, и направлен тренинг», – поясняет С.Пермина.

В дальнейшем специалисты Свердловского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом намерены продолжить работу в этом направлении.

Инна СЕРГЕЕВА.

Екатеринбург.

Перемены

Будет новая детская больница

Министерству здравоохранения Омской области на реконструкцию хирургического стационара детской клинической больницы № 3 выделена федеральная субсидия – более 76 млн руб.

Это существенный стимул для ускорения работы по реконструкции хирургического корпуса, которая осуществляется в рамках плана основных мероприятий, связанных с подготовкой и проведением празднования 300-летия основания Омска.

Реконструируемый хирургический корпус рассчитан на 90 коек, включающих отделение лор-патологии,

отделения челюстно-лицевой и гнойно-торакальной хирургии. Приёмное отделение будет принимать как плановых, так и неотложных больных. Ранее в учреждении завершена реконструкция инфекционного и педиатрического стационаров.

«В результате у нас будет работать мощный детский центр на 600 коек и единственная в регионе служба детской неотложной помощи. Со всего города сюда будут везти ребятшек с заболеваниями по различным направлениям: общая хирургия, нейрохирургия, урология, травматология, ортопедия. Плюс мы переведём туда ещё детскую челюстно-лицевую хи-

рургию и отделение оториноларингологии. Здесь же оказывается помощь детям с инфекционной патологией, заболеваниями почек, ЖКТ, нервной системы. Нужно отдать должное губернатору Омской области Виктору Назарову: благодаря ему серьёзный проект успешно реализуется и получает поддержку из областного и федерального бюджетов», – отметил министр здравоохранения региона Андрей Стороженко.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.



Палатный
рентгеновский аппарат
Dixon Remodix 9507

- Легкий, мобильный, эргономичный
- Превосходное качество визуализации
- Доступна модификация аппарата с цифровым плоскопанельным детектором

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 60 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

День диагностики меланомы

23 мая в России в 10-й раз пройдёт «День диагностики меланомы». В акции будут участвовать более 900 дерматологов из 90 российских городов, которым можно абсолютно бесплатно показать свои родинки с целью профилактики и раннего выявления одной из самых злокачественных опухолей – меланомы.

Омские дерматовенерологи являются активными участниками проводимой акции. А записаться к ним на приём можно будет с 23 мая во всех поликлинических отделениях клинического кожно-венерологического диспансера. Дерматовенерологи проведут бесплатные осмотры пациентов, имеющих настороженность в отношении пигментных новообразований кожи. Все пациенты с подозрением на меланому и другие злокачественные новообразования кожи получат направление к онкологам для дальнейшей диагностики и лечения. Необходимо отметить, что жители Омска могут и в любой другой день пройти данное обследование в кожно-венерологическом диспансере при наличии паспорта и страхового медицинского полиса.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

Омск.

Иглу убрали из сердца

В Республиканской клинической больнице Кабардино-Балкарии хирурги удалили иглу из полости перикарда.

Девочка 13 лет поступила с жалобами на боли в области грудной клетки. Из объяснений родителей и самой пациентки стало известно, что она напоролась на иглу, которая каким-то образом оказалась в постели. Компьютерное исследование грудной клетки показало, что игла находится в полости перикарда. Предстояло сложное оперативное вмешательство.

Консилиум в составе заместителя главного врача по хирургии Олега Дабагова, заведующего отделением торакальной хирургии Аслана Тутукова, торакального хирурга Владимира Дыгова и анестезиологов вынес решение о необходимости проведения операции в экстренном порядке.

Хирургическая бригада успешно провела операцию по удалению иглы из полости перикарда. Состояние пациентки стабильное, девочка находится в отделении интенсивной терапии под наблюдением реаниматологов. Доктора дают благоприятный прогноз относительно состояния её здоровья.

Лилия ШОМАХОВА.

Кабардино-Балкарская Республика.

День медицинской сестры

В преддверии Международного дня медицинской сестры в Астраханском областном кардиологическом диспансере прошло торжественное мероприятие. С каждым годом в сообществе профессионалов углубляется понимание, насколько зависима система здравоохранения каждой страны именно от усилий медицинских сестёр. Это отражает девиз Международного дня медицинской сестры в 2016 г. «Медицинские сёстры – движущая сила перемен: укрепление устойчивости системы здравоохранения».

«Взаимодействие с пациентами, руководителями, экспертами выходит на новый уровень, где медицинская сестра становится ключевой фигурой, знающей и понимающей механизмы работы всей системы оказания медицинской помощи, – отметил главный врач ОКД Сергей Гальцев. – День ото дня сестринская практика становится более сложной и более интересной».

Принимая во внимание, что имидж сестринской профессии является важной составляющей имиджа здравоохранения в целом, Совет по сестринскому делу диспансера в преддверии праздника провёл исследования, направленные на изучение морально-этических проблем в деятельности средних медицинских работников. Основной задачей работы стало улучшение качества обслуживания пациентов.

Исследование проводилось в несколько этапов: разработка анкет, проведение анкетирования, анализ полученных результатов и доклад о них на торжественном мероприятии. В анкетировании приняли участие практикующие все медицинские работники диспансера, оно проводилось по добровольному согласию респондентов, что гарантировало правдивые ответы. При анализе анкет средних медицинских работников было выявлено, что большинство медсестёр (94,1%) пришло в профессию осознанно. 97% средних медработников понимает, что от их внешнего вида и поведения зависит имидж лечебного учреждения. Не может не радовать факт благоприятного психологического настроения в коллективе диспансера – 88,2% сотрудников довольны взаимоотношениями с коллегами. Несмотря на высокие требования, предъявляемые руководством диспансера к медицинским сёстрам, 91,1% из них удовлетворены взаимоотношениями с администрацией.

Торжественное мероприятие в диспансере было завершено праздничным концертом, подготовленным воспитанниками детского сада № 68 «Морячок».

Юлия ИНИНА.

Астраханская область.

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

Профилактика

Пьют меньше, запои – короче Всем миром на борьбу с вредными привычками

В Республике Тыва начались выездные зональные совещания, в ходе которых обсуждают одну из самых актуальных медико-социальных проблем – как снизить заболеваемость населения региона алкоголем и наркотической зависимостью.

На совещание в одном из районных центров собираются делегаты из соседних кожуунов (районов), которые вместе с чиновниками Минздрава Тувы, специалистами наркологического диспансера, работниками правоохранительных органов и представителями религиозных общин обсуждают роль общественности в профилактике пьянства и наркомании.

По информации Министерства здравоохранения республики, положительная динамика наметилась: человеческие потери от отравления алкоголем и его суррогатами сократились со 149 в 2013 г. до 67 в 2015 г. Тувинские наркологи отмечают, что не только стало меньше случаев запойных форм употребления алкоголя, но и продолжительность запоев уменьшилась.

Что касается наркомании, официальная статистика говорит о снижении заболеваемости на 46%. Разумеется, речь идёт только о



зарегистрированных случаях болезни.

Обращаясь к участникам совещаний, врачи наркологического диспансера делают акцент на том, как важна для их пациентов социальная реабилитация, и просят содействия в трудоустройстве, оказании мер социальной поддержки, вовлечении бывших алкоголиков и наркоманов в общественную жизнь кожуунов.

В свою очередь общественники поделились опытом организации

клуба анонимных алкоголиков, а также реализации проектов по формированию здорового образа жизни. Так, два тувинских села – Хонделен и Бижиктиг-Хая – объявлены зонами трезвости, так решили местные жители.

Подобные выездные совещания прошли уже в двух зонах республики, а до конца года состоятся на всей территории Тувы.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Кызыл.

Вехи

Десять лет антицитокиновой терапии

Проекту развития сети центров антицитокиновой терапии (ЦАТ) в России исполнилось 10 лет. В связи с этим их руководители из разных регионов страны собрались на деловую встречу в Подмоскowie.

Первый такой центр был открыт в НИИ ревматологии в Москве. На сегодняшний день в стране работает 114 ЦАТ, которые входят в структуру и располагаются на базе государственных лечебных учреждений и федеральных ин-

ституты. Они охватывают такие направления, как ревматология, гастроэнтерология и дерматология, представляя собой кабинеты для консультативного приёма, оборудованные для длительных внутривенных инфузий генно-инженерных лекарственных препаратов для лечения аутоиммунных воспалительных заболеваний.

Встреча прошла под председательством академика РАН Вадима Мазурова, проректора по клинической работе Северо-Западного государственного медицинского

университета им. И.И.Мечникова (Санкт-Петербург), заведующего кафедрой терапии и ревматологии.

Иностранный гость – профессор отделения фармакологии Научно-исследовательского центра Национального политехнического института Мексики Хильберто Кастаньеда-Эрнандес представил доклад о современном состоянии научной темы биоаналогов в области терапии аутоиммунных воспалительных заболеваний.

Нина АЛЕКСЕЕВА,
Московская область.

Утра

Памяти Юрия Белого

12 мая 2016 г. на 51-м году жизни скоропостижно скончался Юрий Александрович Белый, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.

Юрий Белый был и талантливым врачом, беззаветно преданным своей специальности, и талантливым учёным, самозабвенно и безгранично влюблённым в науку.

Его трудовая жизнь самым тесным образом связана с Калужским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова: здесь Юрий Александрович состоялся и как клиницист, и как учёный. После окончания Смоленского медицинского института он пришёл сюда интерном в 1988 г. С 1989 г. Он продолжил работу в филиале врачом-офтальмологом. В 1995 г. был назначен заведующим первой хирургической бригадой. В 1998 г. защитил кандидатскую диссертацию. В 2000 г. стал заведующим витреоретинальным отделом. В 2002 г. защитил докторскую диссертацию. С 2006 г. беспрерывно возглавлял Калужское региональное отделение Общества офтальмологов России. В 2009 г. Юрию Александровичу было присвоено звание профессора по специальности «глазные болезни». С февраля 2003 по апрель 2016 г. он работал в должности заместителя директора по научной работе. 25 апреля 2016 г. был переведён в Оренбургский филиал МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова на должность директора.

За годы работы Юрий Белый выполнил тысячи сложнейших операций при самой неблагоприятной патологии глаза. Он сохранил зрение огромному количеству пациентов, случаи многих из них считались безнадежными, но профессору Белому удавалось возвращать способность видеть людям, имеющим тяжёлые диагнозы. Он оперировал постоянно и блестяще, занимаясь при этом и научной, и административной работой.

Ю.Белый внёс заметный вклад в развитие отечественной офтальмологической науки. Его разработки хорошо известны специалистам в сфере офтальмологии. Они всегда отличались новизной, оригинальностью и относились к самым различным направлениям: витреоретинальная хирургия, фотодинамическая, клеточная терапия в офтальмологии, методы электрохимического лизиса внутриглазных новообразований, патология роговицы, экспериментальные исследования. Особое внимание он уделял макулярной патологии.

Юрий Александрович был необыкновенно щедрым человеком. Он всегда делился с коллегами своим профессиональным опытом, научными идеями и работами. Под руководством профессора Ю.Белого были защищены 13 кандидатских и две докторские диссертации. Им лично и в соавторстве написано 6 монографий, а также сотни научных статей, в его активе множество изобретений.

Это был очень целеустремлённый человек и врач, который никогда не останавливался в своём постижении сути жизни и профессии. Преданность офтальмологии, науке, системе МНТК, постоянное стремление к дальнейшему росту в деле, которому он себя посвятил, закономерно привели его к назначению на должность директора Оренбургского филиала. Он был молод, активен, полон созидательных планов и идей... Жизненный путь его прервался на взлёте, неожиданно, немисливо.

У Юрия Александровича остались родители-врачи, жена и маленькая дочь.

Коллектив МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России глубоко скорбит и выражает искренние соболезнования родным и близким Юрия Александровича Белого.



В центре внимания

На ключевых направлениях

Ход выполнения указов Президента России от 7 мая 2012 г., где зафиксированы приоритеты развития страны, цели, которых в последние годы придерживается государство, в том числе в сфере здравоохранения, рассмотрен на совещании в Доме Правительства РФ.

Как подчеркнул председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, особое внимание уделяется тем ключевым направлениям, которые непосредственно влияют на жизнь людей. «Здесь есть и очевидные успехи, – отметил Д. Медведев. – Значительно улучшилась ситуация с продолжительностью жизни, естественным приростом населения, сокращается ряд критически важных показателей, таких как смертность, в том числе младенческая».

В работе совещания приняли участие заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, курирующая социальную сферу, и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

На сайте правительства размещено сообщение о ходе работы по исполнению поручения Президента России, содержащегося в Указе № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения» (подпункт «а» пункта 2). Речь идёт о дальнейшем формировании здорового образа жизни граждан, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака.

В 2015 г. в целях охраны здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака и алкоголя, а также установления запрета на розничную и оптовую торговлю сосательным табаком (насваем) приняты федеральные законы «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части усиления мер противодействия обороту контрафактной продук-

ции и контрабанде алкогольной продукции и табачных изделий» и «О внесении изменений в статью 19 Федерального закона «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» и статью 14.53 Кодекса РФ об административных правонарушениях».

Правительство утвердило план мероприятий («дорожную карту») по стабилизации ситуации и развитию конкуренции на алкогольном рынке (распоряжение кабмина № 2413-р от 26.11.2015). План предусматривает меры по снижению масштабов злоупотребления алкогольной продукцией и профилактике алкоголизма. В их числе – усиление просветительской работы и информирования о вреде употребления алкоголя, установление требований к объёму тары выпускаемых спиртосодержащих лекарственных средств, профилактика алкоголизма, в том числе в молодёжной среде.

Постановлением Правительства РФ № 30 от 21.01.2015 утверждена федеральная целевая программа «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2016–2020 гг.», предусматривающая, в том числе, развитие спортивной инфраструктуры и повышение интереса общества к стандартам здорового образа жизни.

В 2015 г. проведено более 300 массовых физкультурных мероприятий среди всех возрастных и социальных групп населения. В 61 субъекте Федерации внедряется всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО) (в 2014 г. – в 12 субъектах Федерации). В выполнении нормативов комплекса ГТО приняли участие 747,5 тыс. человек.

Наряду с этим в прошлом году продолжена диспансеризация населения, которую за год прошли более 22,5 млн человек. Из них к первой группе здоровья (отсутствие хронических заболеваний и факторов риска их развития) отнесено около 32,2% от всего числа

прошедших диспансеризацию. Ко второй группе здоровья (наличие факторов риска развития хронических заболеваний) – 20,4%. К третьей группе здоровья (наличие заболеваний, требующих наблюдения врача) – 47,4%.

В 2015 г. продолжалась реализация информационно-коммуникационных кампаний, направленных на популяризацию здорового образа жизни и здорового питания, отказ от потребления табака и алкоголя. Единая федеральная телефонная справочная служба Минздрава России по формированию здорового образа жизни приняла около 25 тыс. вызовов, федеральный портал о здоровом образе жизни посещали около 30 тыс. человек ежедневно. В 2015 г. стартовал федеральный проект «Фабрика здоровья» для привлечения к здоровому образу жизни людей трудоспособного возраста.

В результате реализации мероприятий по формированию здорового образа жизни, по данным Федерального медицинского исследовательского центра наркологии и психиатрии Минздрава России, показатель среднестатистического потребления алкогольной продукции в 2015 г. снизился до 11,5 л на душу населения в год по сравнению с 13,5 л в 2014 г. Распространённость потребления табака среди взрослого населения, по данным фонда «Общественное мнение», в 2015 г. составила около 33% (в 2013 г. – 34%, по данным ВЦИОМ). По данным Минспорта России, в 2015 г. доля граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности населения увеличилась до 31,9% (планируемый показатель – 30%).

Как подчеркнул на совещании Д. Медведев, «безусловными приоритетами, конечно, остаются наши социальные обязательства, улучшение демографической ситуации» и другие ключевые вопросы.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Решения

Минздравом России разработан перечень заболеваний, наличие которых даёт право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому. Разработанный документ направлен на реализацию возможности обучения детей, в том числе детей-инвалидов, по основным общеобразовательным программам на дому в случае, если отсутствует возможность посещения образовательных организаций по состоянию здоровья.

Учить ребёнка на дому

В связи с развитием государственных программ, направленных на создание доступной среды для лиц с ограниченными возможностями была значительно усовершенствована материально-техническая база образовательных организаций.

Сегодня учебные учреждения оснащены всем необходимым для посещения учащихся с нарушением опорно-двигательного аппарата, слуха и зрения. Однако до недавнего времени вышеуказанные категории граждан попадали в перечень лиц, которым показано обучение на дому.

Новый перечень должен будет заменить собой ранее утверждённый, и содержит уточнённый список заболеваний, при которых показано обучение на дому.

Указанный документ доработан с учётом межведомственного комплексного плана по вопросам организации инклюзивного дошкольного и общего образования и создания специальных условий для получения образования детьми-инвалидами и детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Соб. инф.

Кагры

Сокращая дефицит специалистов

По целевому набору в медуниверситет и медколледж планируется принять 530 астраханских школьников. Как сообщили в Минздраве Астраханской области, в 2016 г. в территории будет продолжен целевой приём абитуриентов в медицинские образовательные учреждения высшего и среднего профессионального образования с целью их последующего трудоустройства в организациях здравоохранения.

Планируется, что 133 астраханских школьника получат целевые направления для обучения в медицинском университете и 400 выпускников школ будут зачислены по целевому набору на бюджетные места в базовый медицинский колледж. Впервые филиалу астраханского медколледжа, открытому в этом году в Ахтубинске, будет выделено 50 бюджетных мест. Это позволит готовить медицинский персонал из числа местных жителей для северных районов Астра-

ханской области – Ахтубинского района, ЗАТО Знаменск.

Как известно, целевая контрактная подготовка специалистов – один из важных ресурсов в решении проблемы дефицита медицинских кадров для Министерства здравоохранения Астраханской области. С 2008 г. работает Положение о целевой контрактной подготовке специалистов с высшим образованием в АГМУ, с 2010 г. – программа целевой подготовки средних медицинских работников. Со студентом заключается договор, согласно которому по окончании обучения он обязан отработать 3 года в лечебных учреждениях Астраханской области.

В 2015 г. конкурс на целевые бюджетные места в медуниверситет составлял 2 человека на место. Получить профессию врача захотели около 300 выпускников астраханских школ, были зачислены 139 человек.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сито!

Астрахань.

Акци

Действовать вместе!

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова обратилась с приветственным словом к участникам всероссийской акции «Стоп ВИЧ/СПИД», которая началась 10 мая. В течение 10 дней по всей России будут проходить мероприятия, нацеленные на привлечение внимания общества к проблеме СПИД и ВИЧ.

– Главная задача этой акции – привлечь внимание к проблеме ВИЧ-инфекции и СПИДа, донести до каждого правильную и полную информацию об этой болезни, помочь защитить себя и своих близких, – сказала Вероника Скворцова. – Такое внимание к ВИЧ не случайно: сегодня этот вирус является одной из наиболее серьёзных мировых угроз в области общественного здоровья. По оценкам Всемирной организации здравоохранения, более 37 млн человек живут с ВИЧ, более 34 млн умерли от этой опасной болезни за 30 лет, прошедших с момента её открытия. Не является исключением и наша страна: в России сегодня более 800 тыс. человек живут с ВИЧ; жизни более 200 тысяч эта болезнь, к сожалению, унесла.

Как считает министр, в нашей стране сделано многое для того

чтобы остановить распространение опасного вируса. Во-первых, беспрецедентно увеличен охват бесплатным тестированием, которое сегодня каждый может пройти в своём регионе. Практически полностью прекращена вертикальная передача ВИЧ от матери ребёнку, и уже 98% детей у ВИЧ-инфицированных женщин рождаются здоровыми. Существенно увеличена доступность необходимых лекарств, многие из которых сегодня производятся российскими предприятиями. Однако усилий государства недостаточно в решении столь сложной проблемы. Необходима консолидация усилий органов власти, общественных организаций, средств массовой информации.

Примером такого плодотворного сотрудничества, по мнению В.Скворцовой, является

совместная работа министерства с Общественным фондом социально-культурных инициатив, направившим свою деятельность на борьбу с ВИЧ по инициативе Светланы Медведевой.

При этом, в решении проблемы важно участие каждого гражданина. Только ответственное отношение человека к своему поведению, соблюдение простых правил, а также регулярное прохождение тестирования могут защитить от ВИЧ-инфекции и препятствовать её дальнейшему распространению.

– Мы должны действовать вместе – именно это и является девизом нашей акции, – считает В.Скворцова. – Важно помнить, что сегодня ВИЧ – это не приговор. Своевременная диагностика и лечение позволяют инфицированному человеку жить нормальной жизнью, создавать семью, быть счастливым.

Павел АЛЕКСЕЕВ.
МИА Сито!

Москва.

Криминал

За иностранцев в 10 раз больше



Суд оштрафовал кисловодский медицинский колледж на 500 тыс. руб. за дачу взятки в размере 50 тыс. руб. старшему инспектору одного из отделов краевого Управления ФМС России.

Как сообщает пресс-служба прокуратуры Ставропольского края, один из сотрудников хозяйственного отдела медколледжа предложил 50 тыс. руб. в виде вознаграждения старшему инспектору краевого Управления ФМС России. Взамен инспектор должна была сфальсифицировать дату поступления в управление уведомлений о завершении обучения двух иностранных граждан.

Таким образом, учебное заве-

дение смогло бы избежать привлечения к административной ответственности за нарушение правил уведомления госорганов.

«Постановлением мирового судьи судебного участка № 2 Промышленного района Ставрополя Кисловодский медицинский колледж Минздрава России признан виновным в совершении административного правонарушения, предусмотренного ч. 1 ст. 19.28 КоАП РФ (незаконное вознаграждение от имени юридического лица)», – передаёт пресс-служба ведомства.

Борис БЕРКУТ.
МИА Сито!

Ставрополь.

Факт...

Сплошная аналитика

Почему первый в России регистр кардиохирургических пациентов называют живым?

Существующее в мире великое множество регистров иногда сравнивают с каталогами книжных библиотек, куда вносятся и где хранятся записи в соответствии с определённой системой: в одних ящиках они группируются по отраслям знаний, в других – по фамилиям авторов, в третьих – по жанрам литературы, в четвёртых – по издательствам. Но если основное использование больших специализированных информационных баз – бухгалтерских, налоговых, образовательных и прочих-прочих – можно изобразить короткой схемой: документ – регистр – отчёт, то первейшее назначение совсем недавно внедрённого в промышленную эксплуатацию петербургского регистра кардиохирургических пациентов в сфере обязательного медицинского страхования – сплошная аналитика огромного статистического массива. Разложенного отнюдь не по ящикам, а, пожалуй, по неким необъятным виртуальным ларям с табличками: «обращение к врачу», «госпитализация», «операция», «реабилитация». Настолько насыщена в информационном отношении система, созданная инициативой и интеллектуальным трудом специалистов Санкт-Петербургского территориального фонда ОМС и группы врачей, которая позволяет принимать и «пережёвывать» определённые знания об очень большом количестве пациентов, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Для определения вероятности осложнения или летального исхода при эндоваскулярном лечебном вмешательстве у таких пациентов используется балльный принцип оценки. По словам главного кардиохирурга Комитета по здравоохранению Геннадия Хубулавы, кумулятивную кривую выживаемости больного с диагностированным острым коронарным синдромом не составляет труда выстроить на любую операцию, на любой сосудистый центр, на любого работающего хирурга.

Профессор Г.Хубулава наряду со специалистами городских и федеральных клиник, где хорошо поставлена кардиологическая и кардиохирургическая помощь, входил в рабочую группу по формированию регистра, которую возглавила заместитель директора территориального фонда ОМС Александра Репина. В ходе одного из первых совещаний этой группы, состоявшегося в ТФОМС, и было решено взять за информационную платформу Европейский регистр, который содержит данные более чем об 1 млн кардиохирургических операций в 29 странах. На его матрице создавались национальные регистры Великобритании, Италии, Испании, Новой Зеландии и многих других государств, где в результате с 2001 г. послеоперационная летальность среди профильных больных упала на 14-27%. Воздвигнув на уже апробированную платформу собственный «рулевой механизм», организаторы пригласили в пилоты 4 клиники города. А спустя 5 месяцев перевели проект из режима опытной обкатки в промышленную эксплуатацию во всех 16 региональных сосудистых центрах, 11 из них работают 24 часа 7 дней в неделю.

Намерение петербургских властей по-настоящему бороться за снижение смертности по причине острого коронарного синдрома проиллюстрировано в принятии

городской программы высоко-технологичной помощи больным с ОКС, которую сегодня в стране называют одной из лучших, в проведении регулярных заседаний координационного совета по управлению качеством медицинской помощи под председательством вице-губернатора. С 2012 по 2016 г. в 7 раз выросло финансирование стентирования и шунтирования сосудов сердца. «Сегодня мы пришли к ситуации,

...И комментарии

Создатели и участники петербургского кардиорегистра находятся пока что в самом начале пути. Оправдывают ли надежды первые шаги? Этот вопрос некоторым из них задал корреспондент «МГ». И вот что они ответили.

Дмитрий ЛИСОВЕЦ, заместитель главного врача по медицинской части городской больницы № 40, кандидат медицинских наук:

– У реализуемого проекта немало достоинств и преимуществ, но оценивать их надо с разных сторон. Если посмотреть с позиций пациента, то это – постепенно, в ходе использования кардиорегистра, заполучить возможность выбирать адрес оказания плановой медицинской помощи с учётом накапливаемых сведений о сосудистых центрах, в которых индикаторы качества более высокие, ниже процент осложнений, меньше летальность. С точки зрения медицинского учреждения можно будет оценивать качество лечебных пособий, предоставляемых сосудистым больным в нескольких однопрофильных отделениях, различными сменами в отделении реанимации, различными врачами в отделении эндоваскулярной хирургии. Страховой компании же вручается своего рода инструмент для проверки соответствия качества. На основании выводов, в зависимости от качества выполненной лечебно-диагностической работы, вероятно, будут определяться объёмы финансирования сосудистых центров. Касаемо Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга как регионального органа управления здравоохранением ему ничто не помешает точно так же в целом оценивать качество медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистой патологией для принятия оперативных управленческих решений. Сопоставлять показатели летальности, осложнений, отслеживать своевременность госпитализации и т.д.

В кардиорегистр нами внесено уже более 200 петербуржцев, получающих помощь в феврале, марте и апреле. И врачи отчётливо понимают, зачем это нужно. Они стали не просто вхожи в некую информационную базу, в которой отслеживается вся «подноготная» оказания помощи пациенту в разных учреждениях города, а если заглядывать немного вперёд, то и в разных регионах страны. Они приобрели реального помощника для самооценки. Это преимущество клинического кардиорегистра перекроет любой его недостаток временного характера на этапе «отладки», в том числе длительный процесс заведения информации.



Заместитель директора ТФОМС Санкт-Петербурга Александра Репина обсуждает с рентгеновскими специалистами хирургии городской больницы результаты вентрикулографии

когда просто пытаться увеличивать объёмы, а денег на эти цели мы не жалеем, уже недостаточно. Большие материальные вложения регионального бюджета, системы обязательного медицинского страхования на этом этапе своё дело сделали», – говорил ещё в прошлом году, выступая перед чле-

нами городского правительства, директор территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга Александр Кужель. Так, мол, исходя из этого, не пора ли разобраться, что происходит с качеством дорогостоящей специализированной помощи?

Производить его «замеры» и есть одна из главных задач клини-

ческого кардиорегистра. Именно так – клинического. Ведь он, к примеру, позволяет врачам не только заводить какие-то данные, но и подвешивать видеоизображения инвазивных процедур – коронарографии, стентирования. Зачем это нужно? Бывает, пациент выписывается, а потом поступает по «скорой», поступает в другой стационар. Тамошнего врача картинка, пристёгнутая к истории болезни во время предыдущей госпитализации, отлично проинформирует. Кстати, выписной эпикриз система может формировать самостоятельно. А ещё она в состоянии подсказать, с какой частотой используется в реанимационных блоках и операционных залах медицинская аппаратура, допустим, для внутриаортальной баллонной контрпульсации...

Остаётся добавить, что пользователем регистра является ТФОМС. При этом доступ к нему устроен хитро: если каждая из медицинских организаций видит только своих пациентов, а каждая страховая компания – лишь своих застрахованных, то финансово-кредитное учреждение наблюдает всех и вся. Поскольку закон малых цифр не даёт возможности получить заинтересованным сторонам адекватную оценку, главные врачи городских клиник и Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга получают результаты отчёта аналитической группы, созданной из числа ведущих кардиологов и кардиохирургов, не чаще одного раза в месяц.

Владимир КЛЫШНИКОВ, соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора.

Александра РЕПИНА, заместитель директора территориального фонда ОМС Санкт-Петербурга:

– Какой основной показатель работы кардиохирурга? Число осложнений и летальность. Если составить график ровно по такому принципу, то вот, скажем, хирург № 1 трудится хуже всех, так как у него больше всех погибло больных, а хирург № 5, на счету которого меньше всего потерь, – лучший. Обывательское мнение: к «пятому» и надо идти. Но ведь учитывать необходимо ещё два момента – сложность пациентов и сложность операций. Так вот внедряемый кардиорегистр как раз и позволяет произвести расчёт рисков. Мы увидим, у хирурга № 5 случаев с летальным исходом действительно крайне немного, но при этом обнаружим, что и операции-то были простенькими. Ну а хирург № 1 брался выполнять вмешательства более сложные, оттого и порядок цифр летальности напротив его фамилии другой. На Западе многие кардиохирурги публикуют свои результаты, и было бы логично, если бы и наши специалисты, наши клиники формировали любые отчёты, «вывешивали» в системе и видели данные по себе. Но мы на этом не настаиваем, потому что кардиорегистр – живой, саморазвивающийся организм.

Очень важно на примерах отслеживать, что же помимо квалификации и опыта врача влияет на оказание эффективной помощи больным с острым коронарным синдромом. Вот мы проанализировали первые отчёты по кардиорегистру и увидели, в каких районах такие пациенты не поступили вовремя в региональный сосудистый центр. В марте, например, случилось, что от первого контакта больного с врачом до поступления в стационар прошло 3 часа. Была причина разбираться, провести экспертизу качества. Срезы информации о состоянии дел на этапе госпитализации чрезвычайно необходимы. Но начинается-то всё со знания факторов риска. Весьма ценна и вторичная профилактика осложнений у прооперированных пациентов. Не удивительно, что правление ТФОМС Санкт-Петербурга высказалось за формирование амбулаторной части кардиорегистра. Нам интересно идти дальше. Уже сегодня готовы войти в «пилот» по три поликлиники в двух городских районах – Центральном и Курортном. Фактически уже разработан набор показателей качества медицинской помощи, которые включают данные диспансеризации и профилактических осмотров.

«Круглый стол»

Ямал внёс свои предложения

На днях в Москве прошёл «круглый стол» на тему «Законодательные аспекты борьбы с инфекционными заболеваниями и общественное здоровье в Российской Федерации», организованный Комитетом Госдумы РФ по охране здоровья. В работе «круглого стола» приняла участие начальник отдела координации профилактической работы и охраны здоровья населения Ямальского центра медицинской профилактики кандидат биологических наук Юлия Романова.

Участники слушаний обсудили вопросы законодательного регулирования медицинского

обслуживания в целях его оптимизации, возможности внедрения на законодательном уровне

профилактических программ по здоровьесбережению работников в производственных коллективах, разработку системы мер по поощрению и стимулированию граждан РФ к ведению здорового образа жизни.

«Более 74% смертей в России обусловлено инфекционными заболеваниями. Предложения, подготовленные нами в проект рекомендаций Комитета Гос-

думы РФ по охране здоровья, направлены, с одной стороны, на максимальное расширение популяционной работы по предупреждению хронических инфекционных заболеваний, а с другой – на повышение ответственности граждан за своё здоровье и формирование приверженности населения к здоровому образу жизни, – отмечает главный специалист Департамента здравоохра-

нения Ямало-Ненецкого автономного округа по медицинской профилактике доктор медицинских наук Сергей Токарев. – Только комплексный, законодательно обоснованный подход к охране здоровья людей, и особенно в сфере профилактики, позволит существенно снизить распространённость болезней системы кровообращения, эндокринных заболеваний, заболеваний органов пищеварения и дыхательной системы, лидирующих в причинах смертности россиян.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Москва.

«Актуальные вопросы современной перинатологии: сложный случай» – под таким названием в Москве состоялась Всероссийская научно-практическая конференция, собравшая неонатологов, педиатров, акушеров-гинекологов. Её особенностью заключалась в том, что проходила она в форме диалога. Обсуждались наиболее злободневные вопросы: вакцинация, вскармливание и применение препаратов в сложных случаях.

Как сказал президент Российской ассоциации специалистов перинатальной медицины академик РАН Николай Володин, обсуждение каждой из тем позволит выработать общую позицию, сориентировать действия, повысить качество оказания медицинской помощи.

Опыт каждого врача бесценен, но не безграничен

– Мероприятие поможет в оптимизации подходов к ведению детей с проблемами, – уверена президент Европейской педиатрической ассоциации, главный детский аллерголог-иммунолог Минздрава России, член-корреспондент РАН Лейла Намазова-Баранова, – оно проводится Российской ассоциацией специалистов перинатальной медицины и Союзом педиатров России. Мы – единая профессиональная среда, работаем по единым протоколам.

Директор Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России Елена Байбарина, отметив, как важно обсуждать сложные, неоднозначные случаи, тем не менее, привлекла внимание аудитории к простым ситуациям, к рутине. По её словам, неонатологическая служба в целом работает очень хорошо. Младенческая смертность снижается, за 2 месяца нынешнего года показатель составил 6,1. Но резерв ещё есть, как минимум 30%-ный. Он связан с чёткой маршрутизацией и жёстким соблюдением протоколов.

– Как только стали отслеживать маршрутизацию, смертность начала довольно быстро снижаться. Правда, нам пришлось бороться с неким местничеством, когда выдвигались отговорки: «Тяжёлого пациента не возьмём», «Нетранспортабельный» и т.п., – поделилась соображениями Е.Байбарина. – По неонатологии разработаны очень хорошие протоколы, но как они выполняются! О расхождении требований клинических рекомендаций с реальным положением дел говорил и Н.Володин:

– Мы слишком хорошо к себе относимся, думаем, что всё знаем и умеем, – заметил он, призвав коллег к постоянному развитию и совершенствованию.

Как сказал главный неонатолог Минздрава России Дмитрий Иванов, во врачебном сообществе к протоколам настроено отношение. Это и понятно, потому что опыт каждого врача уникален, бесценен.

– Но как бы мы ни были опытны, всех клинических ситуаций, сложных случаев, существующих в медицине, не видели, – обратился он к докторам. – Именно протоколы и пытаются объять необъятное, дать врачу инструмент, чтобы он мог в любой клинической ситуации правильно действовать. Нынешняя конференция имеет огромное значение, ведь проводимая в её рамках дискуссия позволяет обсудить спорные вопросы и договориться. Это мнение будет учитываться при создании и изменении протоколов.

Разговор пессимиста и оптимиста

Обсуждение темы «Кого, когда и чем прививать?» началось с вопроса: вакцинировать ли беременную

Деловые встречи

Подискутировать И... договориться

или Как избавить докторов от устаревших стереотипов

женщину в преддверии эпидемии гриппа.

«Многие привитые против гриппа сразу заболевают, в связи с этим прививаться бессмысленно», – такую точку зрения зачастую можно слышать не только от женщин, но и от врачей.

– Здесь смешиваются понятия респираторной вирусной инфекции в целом и гриппа, временные и причинно-следственные связи. Заболевают после прививки чаще всего ОРВИ, а не гриппом. Вакцинация против гриппа должна осуществляться как можно раньше, осенью, а не тогда, когда циркулирует большое количество респираторных инфекций, – считает заведующая отделением вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья Научного центра здоровья детей Наталья Ткаченко.

Бытует расхожее мнение, что поскольку вирус гриппа очень быстро мутирует, то вакцинация не успевает за столь быстрыми изменениями, в связи с чем прививка не работает.

Но вакцина против гриппа, утверждают эксперты, также меняется ежегодно. По предписаниям ВОЗ производители вносят изменения в её антигенный состав.

Насколько важен при этом наибольший охват населения вакцинацией, показала на конкретном примере Л.Намазова-Баранова:

– Работая в одном из крупных регионов, мы столкнулись с тем, что вспышка гриппа, причём с гибелью детей, роженицы и даже заведующей родильным залом, возникла только в единственном районе области. Когда проанализировали, то выяснилось, что мэр муниципального образования из-за сложности с бюджетом сократил вакцинальную программу, и привито было всего 20% населения района, вместо ранее прививаемых 40%. Поэтому сразу же инфекция стала неконтролируемой.

Среди акушеров-гинекологов распространено убеждение, что большинство вакцин беременным противопоказано, ведь в инструкциях ко многим вакцинным препаратам значится, что опыт применения у беременных ограничен. А в вакцинации беременных против гриппа вообще нет необходимости, считают многие доктора службы родовспоможения, нужно просто соблюдать меры предосторожности. Да и грипп далеко не всегда имеет серьёзные последствия.

В ответ на это специалисты НЦЗД парировали: в инструкции к вакцине против гриппа написано, что вакцинировать можно на любом сроке беременности, а во втором и третьем триместре в преддверии гриппа просто необходимо, так как у беременных крайне высок риск тяжёлого течения заболевания. Беременная женщина – это система «мать-плод», когда все её органы работают, по сути, за двоих. И любой дисбаланс их функций может привести к тяжёлым последствиям, даже к смерти. Так, летальность беременных при гриппе в эпидемию 1957 г. достигала более 50%. В эпидемию 2009 г. в Великобритании погибло 6% беременных, в США и Австралии – до 16%, в России (на примере Ульяновской области) – 42,8%. Связано это



Идёт дискуссия

в первую очередь с предубеждением, что нельзя прививать беременную женщину. Но представленные зарубежные данные свидетельствуют об обратном.

То же самое касается перинатальной смертности. Дети, родившиеся от инфицированных гриппом матерей, погибали в 5 раз чаще.

Вакцинация беременных снижает вероятность заболевания гриппом и тяжесть течения инфекции у детей в возрасте до 6 месяцев жизни, для которых нет вакцин против гриппа и специфической противовирусной терапии. У ребёнка формируется пассивный иммунитет за счёт передачи антител от матери плоду, который будет работать до 6 месяцев, а с 6 месяцев уже можно вакцинировать самого ребёнка.

– ВОЗ настоятельно рекомендует делать беременным прививки от гриппа, – напомнил заведующий лабораторией вакцинопрофилактики и иммунотерапии аллергических заболеваний НИИ вакцин и сывороток им. И.И.Мечникова профессор Михаил Костинов, – однако у врачей много соображений единого мнения по этому поводу, к сожалению, нет. В пик кожному и безответственному мышлению медицинских специалистов заявляю, что субъективная адекватная отечественная вакцина от гриппа, включённая в Национальный календарь прививок, не оказывает никаких негативных последствий на здоровье беременной, а напротив повышает иммунитет будущей матери и ребёнка к вирусным заболеваниям.

Недоношенный ребёнок нуждается в защите

Ещё один сложный вопрос, возникающий перед докторами: когда и чем прививать недоношенных детей весом от 1,5 до 2 кг. Назначать ли прививки против пневмококковой инфекции, коклюша, дифтерии, столбняка, полиомиелита в соответствии с Национальным календарём или всё же отложить вакцинацию на какое-то время, ведь бытует мнение, что раннее начало вакцинации (в соответствии со сроками Национального календаря прививок) – это большая нагрузка, в том числе на незрелую иммунную систему организма.

Вот что об этом думает Н.Ткаченко:

– Ребёнок в утробе матери на-

ходится в абсолютно стерильной среде, и в первые часы жизни подвергается массивной атаке со стороны окружающей микрофлоры. Эта антигенная нагрузка в тысячи раз превышает таковую при проведении профилактических прививок, особенно современными бесклеточными вакцинами, в частности комбинированными коклюшно-дифтерийно-столбнячными.

К сожалению, многие специалисты (особенно неврологи, аллергологи) считают, что вакцинацию недоношенных новорождённых следует отложить хотя бы до 6, а лучше до 12 месяцев, так как в этом периоде жизни у ребёнка мало контактов и вряд ли он заболит теми инфекциями, против которых делают прививки.

Однако возможность контакта с инфекциями присутствует всегда. Их вполне могут принести из школы старшие братья и сёстры малышей. Между тем, например, пневмококковая пневмония у детей до года протекает очень агрессивно. Крайне опасен для новорождённых и детей первых месяцев жизни тот же коклюш (кстати, восприимчивый врачами легко), он зачастую приводит к серьёзным последствиям, к остановке дыхания и даже к летальному исходу. Именно поэтому детей из групп риска надо защищать в первую очередь. Недоношенный ребёнок должен прививаться по календарю. Хотя некоторые доктора возражают, поскольку недоношенный малыш в процессе выживания и так подвергается большому количеству инвазивных и крайне болезненных манипуляций (в частности в отделении реанимации и интенсивной терапии). Стоит ли ещё причинять ему боль вакцинацией?

– Тем не менее, вакцинация должна быть проведена вовремя. Бояться причинить боль ребёнку и оставить его один на один с теми грозными инфекциями, против которых дети прививаются на первом году жизни, это – кощунственно, – утверждает Н.Ткаченко. – К тому же отсрочка вакцинации до года, когда дети уже начинают испытывать страх перед инъекцией, увеличивает у них число психотравм. Тогда как на первом году жизни вакцинация переносится хорошо.

Порой специалисты соглашались с тем, что вакцинировать недоношенного надо, но по индивидуальному графику. Дескать, нельзя слишком много вакцин назначать одновременно, как это требует

Национальный календарь прививок, стоит прибегнуть к практике «раздельной вакцинации», чтобы не перегружать иммунную систему.

Но, по словам Н.Ткаченко, современные ацеллюлярные комбинированные вакцины хорошо переносятся, и нет необходимости разделять вакцинацию. Антигенная нагрузка бесклеточной ААКДС-вакцины в тысячу раз меньше, чем цельноклеточной АКДС. Кроме того, использование комбинированных вакцин снижает инъекционную нагрузку и уменьшает количество посещений учреждения.

Статистика свидетельствует о том, что у 16% недоношенных, родившихся весом свыше 1500 г развивается бронхо-лёгочная дисплазия, у 33-70% (в зависимости от срока гестации) имеется перинатальное поражение центральной нервной системы различной степени тяжести, в том числе приводящее к инвалидизации. Это, по мнению некоторых врачей, требует отсрочки проведения профилактических прививок, хотя бы на какой-то период.

– Откладывать не надо, о чём свидетельствует опыт отделения вакцинопрофилактики детей с отклонениями в состоянии здоровья Научного центра здоровья детей, – говорит Н.Ткаченко. – Изучив переносимость комбинированных вакцин у этих детей, мы выявили следующее: какой-либо достоверной разницы при вакцинации доношенных и недоношенных детей, детей здоровых и детей с отклонениями в состоянии здоровья, практически нет. Единственное отличие – у недоношенных детей в поствакцинальном периоде чаще наблюдается снижение аппетита.

– Инфекция может подкараулить ребёнка в любой момент, поэтому мы должны вакцинировать недоношенных также, как и обычных детей, в соответствии с графиком Национального календаря, – подвела итог дискуссии Л.Намазова-Баранова.

А как быть с глубоко недоношенными с экстремально низкой массой тела, которые выписываются из стационара в 3-4 паспортных месяца? Когда начинать вакцинацию?

– Угрожаемые по инфекциям такие дети даже больше, чем кто бы то ни был, – считает Л.Намазова-Баранова. – Вакцинацию относительно сроков, указанных в Национальном календаре, мы можем отодвигать. Но как только состояние ребёнка стабилизировалось, имеем право прививать. Хорошие результаты показывает вакцинация на втором этапе выхаживания, перед выпиской. К сожалению, такая практика у нас очень принята. Хотя вакцинация в конце госпитализации, когда ребёнок находится в состоянии ремиссии – самое лучшее время для прививки, он фактически подготовлен к этому. И на третьем этапе, когда проводится реабилитация, вакцинация тоже уместна и целесообразна.

Видя, сколько вопросов вызывает эта тема у докторов, работающих в регионах страны, академик Н.Володин предложил сделать отдельные клинические рекомендации по вакцинации недоношенных, чтобы докторам не искать эту информацию среди всего массива сведений о вакцинации.

Не менее содержательные дебаты развернулись и вокруг других тем, которые были обозначены как «сомнительное» грудное молоко или «проверенная» молочная смесь» и «Где заканчивается терапия и начинается перестраховка?». В лечении детей раннего возраста должен применяться взвешенный подход, желание врача перестраховаться, не должно возобладать над здравым смыслом и быть определяющим в выборе схемы терапии, подчёркивалась на конференции.

Валентина ЕВЛАНОВА,
корр. «МГ».

Недавно, накануне Международного дня медицинской сестры, мы встретились с поистине исторической личностью – последней главной медсестрой СССР, ныне работающей главной медсестрой Московского областного научно-исследовательского клинического института (МНИКИ) им. М.Ф.Владимирского, Еленой КАШИРИНОЙ.

– Елена Петровна, редакция «МГ» поздравляет вас с профессиональным праздником!.. Счастья, всяческих благ вам.

– Не первый раз принимаю поздравления от столь авторитетного издания. Именно «Медицинская газета» была первой, кто поздравил меня в те уже далёкие годы с назначением на должность главной медсестры Министерства здравоохранения СССР. И тот выпуск газеты бережно храню до сих пор, как одну из самых ценных семейных реликвий.

– С вашего позволения, Елена Петровна, давайте вкратце процитируем материал о вас, который вышел в «МГ» в ноябре 1989 г. ровно через месяц, как вы приступили к работе на новой должности.

«Мы ожидали увидеть министерскую даму, исполненную неприступной важности и холодного достоинства.

Однако пришла молодая худенькая блондинка, живая, улыбчивая. Приказом министра Елена Каширина со 2 октября 1989 г. утверждена главной медицинской сестрой Министерства здравоохранения СССР. Знакомимся...»

– Вы вошли в здание Минздрава со страхом? Надеждой? Ощущением взваленной на вас непосильной ноши?

– С желанием работать, что-то сделать для медицины и медицинских сестёр в частности. Их беды – мои беды. Двенадцать лет была медицинской сестрой в различных больницах. Пять – полевой, ещё столько же старшей отделения, и два года трудилась главной сестрой Московского областного научно-исследовательского клинического института.

– Боюсь спросить, как вы пришли в медицину. Ведь скажете: мечтала с пелёнок, с детских лет...

– Не скажу. Это ваши журналистские штампы. Мама у меня учительница, отец военный. В школе училась хорошо, окончила с одной четвёркой. В Московское областное медучилище приняла без экзаменов. Вот и вся биография.

– Чем занимались эти три дня в министерстве?

– Осматривалась, вникала в дело, училась. Участвовала в обсуждении вечных проблем малой механизации с другими главами, составлении перечня необходимого оборудования. Социологи попросили помочь в составлении вопросника по сестринскому делу.

– Вы сами по себе или в составе отдела?

– В министерстве образован отдел организации сестринского дела. Там будет ещё и главная акушерка. Всё пока ещё в стадии формирования.

– Вернёмся к началу нашего разговора. Чем сегодня можно помочь отчаявшейся сестре?

– Нужно поднять престиж её дела. Мы не только помощники врача, мы специалисты, способные многое делать и решать самостоятельно. Надо дать сестре современную технику, чтобы труд её не был изнурительным. И оценить его по достоинству, избавив от унижений и нищенства. Но и зарплата не всё решает. Там, где её повысили, культуры обслуживания в больницах и поликлиниках не прибавилось, качество помощи и ухода не стало выше. Значит, надо начинать с отбора, профориентации, качества обучения. Здесь

Наше интервью

Последняя главная медсестра Союза

Она и сейчас показывает пример в своём деле



у нас, впрочем, как и в медвузе, основной клубок проблем.

– Вы надеетесь его распутать?

– Иначе не взялась бы за это дело.

– Желаем удачи. Сёстры надеются на вас. Вы теперь главная их заступница.

– Что и говорить – четверть века, да куда там, больше, как один миг пролетели. Вот и МНИКИ на днях 240 лет отметили. Великие здесь врачи работали – Ф.П.Гааз, Н.А.Семашко, Г.Н.Габричевский, В.Н.Розанов, П.А.Герцен, Д.Д.Плетнёв, А.В.Вишневский, В.И.Францев, Н.Н.Блохин и другие.

– Среди таких известных имён и ваше, Елена Петровна, останется в истории института. Вы очень преданы своему делу.

– Я с трепетом отношусь к прошлому и настоящему своего родного медицинского учреждения, как впрочем и все наши сотрудники.

Издrevле женский уход за больными известен во всех странах мира. Обычно гигиенические мероприятия для больных, чаще родственников выполняли женщины. Стоит заметить, что на Руси в прошлом понимании сестринский уход или работа сестры милосердия считались делом благородным и богоугодным. Самым показательным доказательством этого служит пример великих княгинь Ольги и Марии, которые первыми в XX веке организовали сестринские общины, больницы для неимущих.

Первый же приказ, или регламент, в котором определялась сфера деятельности женщин в лечебных учреждениях, вернее госпиталях, вышел в 1735 г. Однако их роль сводилась к мытью полов и стирке белья. После учреждения Павловской больницы в 1763 г. в Москве на 25 коек в честь выздоровления тяжело больного 9-летнего сына Екатерины II Павла, наследника престола, специально для больных женщин имелись «бабы-сидельницы» из вдов и жён больных солдат.

Специального обучения уходу тогда не существовало. По мнению некоторых историков первое обучение началось в 1818 г. с создания «Института сердобольных вдов», а при больницах появились курсы сиделок для женщин. Другие авторы считают, что сёстры милосердия появились в России только в 1841 г. после создания первой Свято-Троицкой общины

сестёр милосердия. Подготовка сестёр осуществлялась при общинах вплоть до 1920 г., когда стали создаваться первые медицинские школы.

Точно сказать о начале развития сестринской службы в МНИКИ затруднительно, так как, к сожалению, практически все архивные материалы больницы до 1786 г. утеряны. Кроме того в последующем, я имею в виду 1812 г., часть из них погибла при военных действиях и пожарах в Москве.

Однако, по отдельным сохранившимся документам можно предполагать, что женский уход за больными появился с открытием 19 июня 1776 г. на 3-й Мещанской улице, ныне ул. Щепкина, больницы на 150 коек, названной в честь её учредительницы Екатерины. Учитывая высочайший патронаж, её ещё называли «Екатерининская Императорская больница». Больница размещалась в шести деревянных домах бывшего противочумного карантинного дома – «карантинных домов». Последние были организованы в связи с эпидемией чумы (1770–1773 гг.). Тем не менее, в этих «карантинных домах» во время эпидемии чумы уход за тяжело больными осуществлялся мужчинами из числа солдат или приговорённых к каторге.

Сама же больница была предназначена для «чернорабочего класса людей» и вначале размещалась в 13 отдельных деревянных зданиях. Она имела 150 кроватей, богадельню на 100 человек, рабочий дом для мужчин, инвалидный дом для бывших военнослужащих.

В 1833 г. была организована очередная больница у Петровских ворот, теперь 24-я городская больница, которая отделилась от Екатерининской и получила название Ново-Екатерининской, а за прежней осталось название Старо-Екатерининской.

– Так ещё не только лечили, но и учили...

– Медицинский факультет Московского Императорского университета лишь через 120 лет после своего основания, а это было в 1764 г., получил возможность создания своих великолепных клиник на Девичьем поле. Поэтому основной клинической базой университета служили городские больницы и, прежде всего, Старо-Екатерининская больница. В 1820 г. Екатерининская больница официально получила статус клинической базы для практического обучения студентов университета.

Если говорить о начале образовательного процесса для средних медицинских работников на базе больницы, то в 1872 г. при Старо-Екатерининской больнице было открыто фельдшерское училище. Через несколько месяцев занятия были прекращены, как было сказано в рапорте, адресованном попечительскому совету больницы, – «за неимением преподавателей». Спустя 8 лет, 15 января 1881 г., фельдшерское училище вновь было открыто. В феврале 1884 г. состоялся первый выпуск учениц в количестве 19 человек.

С осени 1888 г. фельдшерское училище было реорганизовано в фельдшерско-акушерское училище. По воспоминаниям современников, в этот период качество подготовки и уровень преподавательской работы здесь были настолько высокими, что перед Московским городским управлением в 1907 г. был поставлен вопрос о преобразовании училища при Старо-Екатерининской больнице в высшую медицинскую школу. В 1907 г. реорганизация не удалась, однако фактически к этому удалось приблизиться – срок обучения продлили с 3 до 4 лет. Обширная учебная программа, рассчитанная на 4 года, высокий уровень всего учебного процесса дали возможность готовить широко образованных медиков.

С 1919 г. училище перешло в ведение Народного комиссариата здравоохранения. В 1923 г. больница получает институтский статус в связи с преобразованием в МКИ – Московский клинический институт усовершенствования врачей, а училище было преобразовано в Медицинский техникум им. Н.К.Крупской с трёхгодичным курсом обучения, который имел отделения акушерок, медицинских сестёр и лекарственных помощников. В 1930 г. Медицинский техникум им. Н.К.Крупской был реорганизован в высшее медицинское учреждение – Медвузбольницу, проводившую подготовку врачей из средних медицинских работников без отрыва от производства. Это был первый в СССР медицинский вуз-больница. В 1930 г. после образования Московской области наше учреждение стало называться МОКИ – Московский областной клинический институт. И уже в 1943 г. устанавливается окончательный статус учреждения – МНИКИ, Московский областной научно-исследовательский клинический институт.

На современном этапе развития сестринской службы в МНИКИ трудится 790 специалистов со средним медицинским образованием. К сожалению, обеспеченность физическими лицами из числа сестёр ежегодно сокращается, что соответствует общероссийским тенденциям.

Но те, кто не изменил своей профессии работают, как велел великий Фёдор Гааз: «Умейте прощать, желайте примирения. Побеждайте зло добром. Старайтесь поднять упавшего, смягчить озлобленного, исправить разрушенное».

Беседу вела
Найля САФИНА,
корр. «МГ».

Современные технологии

Участники III Евро-Азиатского неонатального форума в Екатеринбурге обсудили проблемы семейно-ориентированного нейроразвивающего ухода. Речь шла о современном состоянии, возможностях и проблемах неонатологической службы, способах улучшения физиологического прогноза и развивающего ухода в отделениях реанимации и интенсивной терапии новорождённых. В мероприятии приняли участие ведущие российские и иностранные эксперты.

Семья в реанимации не помеха

В рамках научной программы был организован сателлитный симпозиум «Современный взгляд на условия выхаживания новорождённых», проведён ряд мастер-классов для специалистов в области реанимации новорождённых, а также представлена современная система выхаживания детей с низкой и экстремально низкой массой тела.

Современное акушерство и неонатология обладают значительным потенциалом для успешного выхаживания недоношенных младенцев. При этом одной из ключевых проблем остаётся необходимость не только физического, но и нервно-психического развития, полноценного формирования функций головного мозга, что напрямую зависит от того, удастся ли ребёнку с первых часов жизни осуществлять тактильный контакт с матерью. В докладе заведующей отделением реанимации и интенсивной терапии новорождённых Президентского перинатального центра Чебоксар, главного внештатного неонатолога по Приволжскому федеральному округу, доктора медицинских наук Ирины Виноградовой были представлены результаты выхаживания детей с экстремально низкой массой тела. Докладчик отметила, что сегодня ведущие мировые эксперты рекомендуют для полноценного развития ребёнка с первых часов жизни не ограничивать возможность контакта с матерью, другими членами семьи: «Наши специалисты пришли к выводу, что при создании в реанимационном отделении комфортных условий вероятность успешного прогноза выхаживания ребёнка даже с экстремально низкой массой существенно возрастает. Малышу с первых часов жизни крайне важно не только находиться под наблюдением медицинского персонала, но и ощущать заботу самых близких людей».

Возможности нейроразвивающего семейно-ориентированного выхаживания существенно возрастают сегодня, с появлением современной технологии – реанимационной системы для новорождённых, которая позволяет создать защищённое комфортное окружение для выхаживания недоношенных младенцев, минимизировать количество переключений и раздражающих внешних факторов, повысить безопасность при перемещении по больнице. Всё это способствует снижению уровня стресса для ребёнка и матери.

Участники форума отметили, что современные технологии позволяют добиться качественно лучших результатов выхаживания новорождённых. «Мы практически 10 лет пользуемся подобной техникой для выхаживания наших маленьких пациентов. Новорождённые находятся там по 3 месяца. Сегодня мы ознакомились с новым вариантом – инкубатором, в котором создаются такие условия, при которых ребёнок не просто остаётся жив, но его развитие не нарушено», – сообщил старший ординатор отделения реанимации и интенсивной терапии новорождённых городской детской больницы № 8 Челябинска Андрей Аверин.

Нина ЗИМОВСКАЯ.
Екатеринбург.

**С акцентом
на первичное звено**

Все эти положения нашли своё отражение в российско-норвежском проекте «Реформирование системы здравоохранения Архангельской области с акцентом на первичную медико-санитарную помощь», итоги которого недавно были подведены в Поморье. С российской стороны в нём приняли участие представители Министерства здравоохранения Архангельской области, главные врачи медицинских организаций, врачи общей практики (семейные врачи), фельдшеры, медицинские сёстры, сотрудники Архангельского центра медицинской профилактики, сотрудники кафедры семейной медицины и внутренних болезней Северного государственного медицинского университета.

Проект реализовывался в трёх пилотных районах Архангельской области – Вельском, Виноградовском и Шенкурском. Как рассказывает руководитель проекта с норвежской стороны доктор Одд Арилд Хауген, в этих районах зарегистрирован высокий уровень смертности и заболеваемости. В одном из районов продолжительность жизни у мужчин была всего 51 год. Медицина на селе испытывала острый кадровый голод, обширные территории северного региона являлись препятствием для нормальной работы медиков. В пилотных районах приём населения в основном вёлся на фельдшерско-акушерских пунктах, для получения специализированной помощи пациенты направлялись в Архангельск.

«Мы организовали руководящий комитет проекта, куда вошли ректор СГМУ, представители Минздрава области, главы трёх муниципальных образований и главные врачи ЦРБ. Рабочая группа состояла из сотрудников кафедры семейной медицины и внутренних болезней СГМУ, врачей-наставников по семейной медицине, руководства Архангельского центра медицинской профилактики», – рассказывает Одд Арилд Хауген.

Проект реализовывался более 10 лет. За это время состоялось 12 стажировок за рубежом – по вопросам неврологии, травматологии, догоспитальной и первичной медико-санитарной помощи, хронической обструктивной болезни лёгких, оказания сердечно-лёгочной реанимации, проведено 11 межрайонных дней фельдшера, два клинических аудита. Участковые терапевты и педиатры пилотных районов прошли первичную профессиональную переподготовку по специальности «общая практика». Были созданы и оборудованы офисы ВОП, образована ассоциация врачей общей практики Архангельской области.

В рамках одного из важных направлений проекта – улучшение организации системы догоспитальной помощи – было проведено 17 семинаров обучения. Каждый район подготовил свой протокол реагирования и взаимодействия с областными лечебными учреждениями. Было переведено с норвежского языка и выпущено удобное карманное руководство для специалистов, работающих на догоспитальном уровне.

Сердечно-сосудистые заболевания до сих пор остаются основной причиной смертности в России, тогда как за рубежом «пальма первенства» с недавнего времени принадлежит онкологической патологии. В рамках проекта были организованы телемедицинские консультации

становится очевидным, что под влиянием глобализации системы здравоохранения, как основные элементы структуры государства, функционируют не так эффективно, как могли бы. На это обратила внимание генеральный директор ВОЗ доктор Маргарет Чен в своем докладе «О состоянии здравоохранения в мире». По её словам, необходимо вернуться к концепции первичной медико-санитарной помощи населению (Primary Health Care), целью которой является деятельность в области предотвращения болезни и общественное содействие здоровью. Соответственно госстандарту по общей врачебной практике (ОВП) в её рамках обычно происходит первый контакт пациента с системой здравоохранения; доступ пациентов к ОВП открытый и неограниченный;

медицинская помощь оказывается по всему спектру заболеваний независимо от возраста, пола, других особенностей и потребностей пациента. Важно отметить, что ОВП обеспечивает эффективность использования ресурсов системы здравоохранения, их координацию, взаимодействие с другими специалистами, работающими в первичном звене здравоохранения, руководство взаимодействием с другими специалистами, при необходимости защищая интересы пациента. Общая врачебная практика (семейная медицина), ориентированная на пациента, его семью и общество, предусматривает особый процесс проведения консультирования, включающий установление долговременных взаимоотношений врача с больным.

рующие, что опыт всей жизни материализуется и влияет на здоровье человека. Взаимосвязь между жизненным опытом и здоровьем давно является «народной мудростью». Однако современная медицина уделяет этому феномену недостаточное внимание.

Готовы принять новые идеи

«В первый раз мы услышали Линн на XIX Скандинавском конгрессе врачей общей практики в Гётеборге (Швеция), и сразу возникла идея – пригласить её в Архангельск с лекциями для наших коллег, которые участвуют в совместных российско-норвежских проектах и изначально подготовлены к восприятию подобного рода информации, – сообщила доцент кафедры семейной медицины и внутренних болезней СГМУ Елена Андреева. – Благодаря сотрудничеству с Норвегией стало возможным проведение данного семинара, на котором смогли побывать не только врачи общей практики, но и психиатры, психологи, специалисты центра медицинской профилактики, врачи первичного звена и фельдшеры из районов Архангельской области, доценты и профессора кафедры семейной медицины СГМУ. Мы видим данный семинар не как заключительное мероприятие проекта «Реформирование системы здравоохранения Архангельской области с акцентом на первичную медико-санитарную помощь», а как его продолжение и, может быть, начало чего-то нового, позволяющего и дальше развивать семейную медицину в северном регионе. Все новые идеи, с которыми нас познакомил профессор Гетц, будут внедряться в практическом здравоохранении при содействии ассоциации врачей общей практики и кафедры семейной медицины СГМУ».

Другие участники семинара также высказали своё мнение по поводу прошедшего мероприятия. «За прошедшие 2 дня мы получили информацию, которая ещё не была представлена у нас в России. Я уверена, что она послужит толчком для нашего дальнейшего саморазвития, повышения качества работы с пациентами и понимания миссии врача общей практики, – поделилась впечатлениями врач общей практики Архангельской городской поликлиники № 2 Мария Литвякова. – Я ещё раз убедилась, что работаю в правильном направлении: большое внимание уделяю установлению доверительного контакта с пациентами, пытаюсь в разговоре нащупать ту болевую точку, которая запустила патологические процессы в организме больного. Чем больше расскажет о себе человек, пришедший на приём, тем эффективней будет лечение».

Взаимодействие СГМУ с норвежскими партнерами активно развивается. В вузе реализовано более 50 российско-норвежских проектов в сфере медицины и образования. Наиболее значимые из них были в области общей врачебной практики. Преподаватели кафедры семейной медицины СГМУ и врачи общей практики неоднократно стажировались в центрах семейной медицины Норвегии, проводили совместные научно-практические и исследовательские мероприятия.

Опыт международного сотрудничества СГМУ подтверждает: решение многих медико-социальных проблем требует объединения усилий государств Баренц-региона.

Екатерина НЕМАНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Архангельск.

Сотрудничество

**К поморам,
в северную глушь...**

Российские и норвежские врачи объединяются для решения медико-социальных проблем



Одд Арилд Хауген

силами специалистов Архангельской областной клинической больницы, что помогло сельским врачам более эффективно справляться со многими сердечно-сосудистыми проблемами. Зарубежные партнёры проекта организовали визит в одну из норвежских клиник, где были достигнуты большие успехи в лечении острых состояний при инсультах, и в центр реабилитации инсультных больных. Также норвежской стороной было написано практическое руководство по ведению больных с острым коронарным синдромом и инсультом на догоспитальном этапе оказания помощи. В результате совместной работы ситуация в пилотных районах, где негативная динамика по смертности от сердечно-сосудистых заболеваний преобладала, значительно улучшилась.

**Профилактика
и ещё раз профилактика**

В ходе реализации в проекте получило дальнейшее развитие ещё одно важное направление – профилактическое. По словам доктора Одда Арилда Хаугена, Министерство здравоохранения Архангельской области обратилось с инициативой в первую очередь включить в проект программу по профилактике суицидов.

«Цифры по количеству самоубийств в трёх пилотных районах были просто удручающие, – рассказывает наш норвежский коллега. – Мы начали с проведения конференций, куда были приглашены лекторы – специалисты международного класса. Мероприятие стало стартовым

моментом для того чтобы научить врачей говорить с пациентами на тему, на которую до этого было наложено табу.

Перед нами встал вопрос, как помочь жителям северной российской глуши, где зачастую на местах нет ни психиатров, ни клинических психологов. Мы пригласили двух известных профессоров из Великобритании – Линду Гаск и Дэвида Голдберга, которые имели опыт подготовки специалистов в области профилактики самоубийств. Были подготовлены сотрудники кафедры семейной медицины СГМУ, врачи общей практики, фельдшеры. В дальнейшем они сами выступили в роли наставников, обучив эффективной профилактике суицидов более 200 человек: представителей сферы медицины, образования, социальных работников. На тренинговых занятиях, в рамках подпроекта «Профилактика суицидов в Архангельской области», обсуждались темы выявления и лечения на уровне первичного здравоохранения депрессии, техники и профилактики кризисных ситуаций.

Подготовка в области психического здоровья позволила специалистам на местах взглянуть на работу с больными с суицидальными настроениями по-новому. На приёмах врачи чаще стали задавать вопросы о душевном состоянии пациентов, и у них уже вырисовывалась реальная картина ментального состояния поморов, с которыми они работают. В отдельных случаях при необходимости пациенту предлагалась госпитализация или консультация специалиста психоневрологического диспансера из Архангельска. На базе диспансера был создан центр супервизии, закуплено оборудование, позволяющее вести дистанционное общение. Следующим шагом стало обучение участников проекта работе с людьми, имеющими факторы риска (курение, нерациональное питание, низкую физическую активность, злоупотребление алкоголем). К работе в проекте был подключён Архангельский центр медицинской профилактики. Была запущена программа по борьбе с последствиями потребления табака и профилактике табакокурения. В трёх пилотных районах вопросы первичной профилактики стали приоритетными.

Официально проект «Реформирование системы здравоохра-



Линн Гетц

нения Архангельской области с акцентом на первичную медико-санитарную помощь» уже подошёл к концу. Самым важным его результатом стала сплочённая команда специалистов, которая сможет не только продолжить начатую работу, но и развивать новые идеи в будущем, способствуя укреплению здоровья северян.

Примером того, что работа в данном направлении продолжится, стал прошедший в Архангельске научно-практический семинар «Новые подходы в практике врача первичного здравоохранения». Лектором семинара выступила профессор научно-исследовательского отдела общей практики Норвежского университета науки и технологии, города Тронхейм Линн Оккенхауг Гетц. Организовали мероприятие кафедра семейной медицины и внутренних болезней СГМУ и ассоциация врачей общей практики Архангельской области. Подобные семинары профессор Гетц уже проводила в Канаде и Великобритании в университетах, ориентированных на общую врачебную практику (семейную медицину).

«Приехав первый раз в Архангельск, я получила возможность познакомиться с российской аудиторией с нашими идеями, основанными на взаимосвязи ментального и физического здоровья», – рассказывает Л.Гетц.

Одна из лекций норвежского специалиста была посвящена коморбидности, которая в последнее время стала «горячей» медицинской темой. На семинаре был представлен краткий обзор этой темы, сделан акцент на последние данные, демонстри-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (1972)

71-летний мужчина поступил по поводу рецидивирующей лихорадки, одышки и гипоксемии, сопровождающейся непостоянными инфильтративными изменениями в лёгких.

Как сообщил больной, у него появились слабость, лихорадка, озноб, одышка и эритема на правой нижней конечности. На рентгенограмме, выполненной в другой больнице, был выявлен ателектаз нижней доли левого лёгкого. Его перевели в другой стационар. КТ грудной клетки, которая была выполнена в тот же день, показала множественные фокусы затемнения по типу матового стекла на протяжении обоих лёгких, уплотнение в лингулярных сегментах и нижней доле, а также увеличенные лимфатические узлы в средостении. Был подтверждён диагноз целлюлита правой нижней конечности. Начато лечение доксициклином и цефазолином. Состояние больного улучшилось, и он был выписан домой с рекомендацией продолжать лечение указанными антибиотиками ещё в течение 7 дней.

В продолжение следующих 6 месяцев многократно отмечались эпизоды слабости, повышенной утомляемости и снижение аппетита, с последующим развитием ознобов, одышки, лихорадки (до 39,4°C) и гипоксемии. В это время больной 6 раз госпитализировался в различные больницы. Многократные КТ грудной клетки, последняя за 6 недель до указанного выше поступления в больницу, показали улучшение, заключавшееся в уменьшении плотности тени в нижней доле левого лёгкого, но сохраняющиеся тени по типу матового стекла в верхних отделах левого лёгкого.

Антибиотикотерапия, назначавшаяся во время этих эпизодов, давала положительный эффект в течение 1–4 дней. Без применения глюкокортикоидов состояние больного через 8 дней вновь ухудшалось с теми же симптомами.

Признаков, указывающих на инфекцию, не было. При проведении бронхоальвеолярного лаважа, выполненного за 3,5 месяца до последней госпитализации, в промывных водах было 30% нейтрофилов, 24% лимфоцитов, 32% макрофагов и 2% эозинофилов; микробиологическое и цитологическое исследования дали отрицательный результат. Трансторакальная ЭхоКГ была нормальной. При видеофлюороскопии акта глотания выявлена лёгкой степени орофарингеальная дисфагия, которая прошла при последующих актах глотания. Был поставлен предварительный диагноз гиперсенситивной пневмонии. Приблизительно за 5 недель до госпитализации больной был выписан из другой больницы и в тот же день поступил в третью больницу для дальнейшего обследования. В анализе крови уровни N-terminal pro-B-type натрийуретического пептида (NT-proBNP) и тиротропина были в норме; тест на сывороточный галактотанон, 1,3-β-d-glucan и антитела к стронгилоидозу – отрицательные.

Исследования крови и мочи показали, что они стерильные. КТ придаточных пазух носа выявила затемнение левой максиллярной пазухи и обструкцию инфундибулум. На 4-й день число эозинофилов в крови увеличилось до 5,9%; абсолютное число эозинофилов составило 320/мм³. В кале не было обнаружено ни паразитов, ни их яиц. Предположительным диагнозом была гиперсенситивная пневмония. После выписки больной отправился в отель. Однако за 3 недели до госпитализации наступил рецидив лихорадки и одышки. В третий раз поступил в больницу. Анализ на антинейтрофильные цитоплазматические антитела, анти-PR3 и анти-MPO, антитела к двуспиральной ДНК и антинуклеарные антитела были отрицательными. Также были отрицательными анализы на паразитов в толстом и тонком кишечнике. Уровни в крови общей триптазы, зрелой триптазы, IgG, IgA, IgM и IgE были в норме. Культура крови была стерильна. Культуральный

анализ мочи оказался загрязнённым. На следующий день от поступления комбинация ПЭТ и КТ выявила многочисленные очаги затемнения по типу матового стекла с перибронхиальным уплотнением преимущественно в нижних долях лёгких. Эти находки имели минимальное накопление 18F-fluorodeoxyglucose. Бронхоскопия с бронхоальвеолярным лаважем показала наличие в промывных водах 58% макро-

гипертензия, дислипидемия, лёгкая форма псориаза и депрессия.

Живёт вместе с женой и тремя взрослыми собаками, работает в офисе, контактов с асбестом, птицами, рептилиями или сеном не имел. Курит сигары только по случаю, ранее выпивал алкогольный напиток раз в день, но прекратил несколько месяцев назад, запрещённые препараты не употреблял. 7 месяцев назад путешествовал по побережью штата Массачусетс. Из лекарств применял аторвастатин, омега-3 и флюоксетин. Страдает от аллергии на цефалоспорины (сыпь, повышение уровня аминотрансфераз). В семейном анамнезе нет указаний на наличие родственных заболеваний аутоиммунными заболеваниями лёгких.

При обследовании больной имел усталый вид и дрожал. Температура 36,4°C, АД

базиллярных отделах обоих лёгких, которых стало меньше, чем было за предшествующие госпитализации 3 недели.

На второй день была выполнена КТ грудной клетки без контраста, которая показала улучшение картины двухсторонних затемнений по типу матового стекла в нижних долях обоих лёгких. Прежде отмечавшееся уплотнение разрешилось. Небольшое увеличение прикорневых лимфатических узлов сохранялось в прежнем виде, как это было отмечено в течение 3 месяцев. В последующий день были выполнены диагностические процедуры.

Оценка результатов визуальных методов исследования

Серия СТ-сканирования грудной клетки показала дополнительное уплотнение в

Рецидивирующая лихорадка, гипоксемия с инфильтратами в лёгких. Клинический случай

фагов, 18% нейтрофилов, 10% лимфоцитов, 2% моноцитов и 12% эозинофилов; промывные воды также содержали 19% CD4+ Т-лимфоцитов (норма 40–58) и 57% CD8+ Т-лимфоцитов (норма 10–40) и соотношение CD4 : CD8 равное 0,33 (норма 0,56–4,27). Результат ПЦР на аденовирус был отрицательным. Не были выявлены микроорганизмы и злокачественные клетки. При гистологическом исследовании трансbronхиального биоптата обнаружены признаки острого фокального поражения лёгких (включая гиалиновые мембраны), гиперплазия пневмоцитов II типа и признаки незначительного хронического интерстициального пневмонита. Была рекомендована открытая биопсия лёгкого, и больной был выписан на 5-й день госпитализации.

15 дней спустя больной вместе с женой посетил амбулаторное отделение больницы. Они сообщили о том, что вновь появилась повышенная утомляемость, одышка, отмечавшиеся в начале дня, и что они подумали, что это предвещало начало болезни. Больной жаловался на ночные поты, похудение на 6,4 кг, которое он объяснял себе частыми госпитализациями. На вопросы о свистящем дыхании, кашле или боли в груди, затруднении глотания или аспирации ответил отрицательно. Ему не известно о действии каких-либо причинных факторов. В его анамнезе имеют место

148/67 мм рт. ст., пульс 89 уд./мин, частота дыханий 12/мин, оксигенация крови 96% при дыхании кислородом со скоростью 2 л/мин через носовые канюли. Рост 193 см, вес 104,5 кг, ИМТ 28,1. Грудная клетка симметрична, дыхание без усилия и без удлинённого выдоха. В правом лёгком в базальных отделах выслушивались редкие трескучие хрипы, и отмечался отёк ног I+ степени; цианоза и деформации ногтевых фаланг пальцев рук по типу барабанных палочек не было.

В остальном в статусе отклонений не было. Больной был помещён в отделение реанимации и интенсивной терапии больницы.

При обследовании в ОРИТ – температура 38,9°C, АД 155/76 мм рт. ст., пульс 104 уд./мин., частота дыханий 24/мин, оксигенация крови 93% при дыхании комнатным воздухом. Результаты других исследований были без изменений. В анализе крови тромбоциты, эритроциты, плазменные электролиты и показатели электрофореза сыворотки крови, а также коагуляции и почечных и печёночных функций, уровни кальция, ионизированного кальция, тропонина Т, альбумина, глобулина, молочной кислоты, NT-proBNP, ЛДГ, ферритина, витамина В₁₂, фолата, IgG, IgA, and IgM были в норме. на ЭКГ отмечены синусовая тахикардия до 102 уд./мин. На рентгенограмме грудной клетки были видны мелкие затемнения в

нижних долях лёгких и диффузные двусторонние затемнения по типу матового стекла, которые постепенно уменьшались в течение 6 месяцев (рис. 1).

Эти находки могли быть эпизодами аспирационного пневмонита и наслонившейся аспирационной пневмонии. Дифференциальный диагноз хронической периферической консолидации включает организуемую пневмонию, хроническую эозинофильную пневмонию, саркоидоз и рак, например лимфому и аденокарциному. Однако диффузные затемнения по типу матового стекла не характерны для больных с указанными патологиями.

Дифференциальный диагноз

У больного в течение 6 месяцев отмечались эпизоды интермиттирующей слабости, снижения аппетита, лихорадки, одышки, гипоксемии, появления лёгочных инфильтратов, кроме того, повышение уровня маркёров воспаления, которые разрешались в течение 8 дней обычно после назначения антибиотиков и без системных глюкокортикоидов (ГКС). При этом не было указаний на контакт с провоцирующими событиями или неизвестными интервенциями.

Рецидивирующая природа лёгочных инфильтратов сопровождалась застойной сердечной недостаточностью, рецидивирующими аспирациями или одним из многих видов интерстициальной болезни лёгких, такими, которые могли вызывать альвеолярные геморрагии. Однако у пациента не было ни клинических, ни визуальных (КТ) признаков, которые бы не соответствовали этим болезням, за исключением интерстициальных болезней лёгких.

Интерстициальные болезни лёгких

Эти болезни представляют собой группу патологий, характеризующихся различными типами воспаления фиброза. Диагностика этих болезней предполагает участие команды специалистов различного клинического профиля. Для установления точного диагноза может потребоваться хирургическая интервенция. ИБЛ могут быть охарактеризованы теми патологическими процессами, которые лежат в их основе, такими, которые обусловлены контактами с некоторыми факторами (включая гиперсенситивный пневмонит), болезнями соединительной ткани, саркоидозом, идиопатическими и другими причинами.

Патологические процессы, лежащие в основе интерстициальных болезней лёгких:

– болезни, связанные с профессиональными, хобби, экологическими и лекарственными факторами (гиперсенситивный пневмонит);

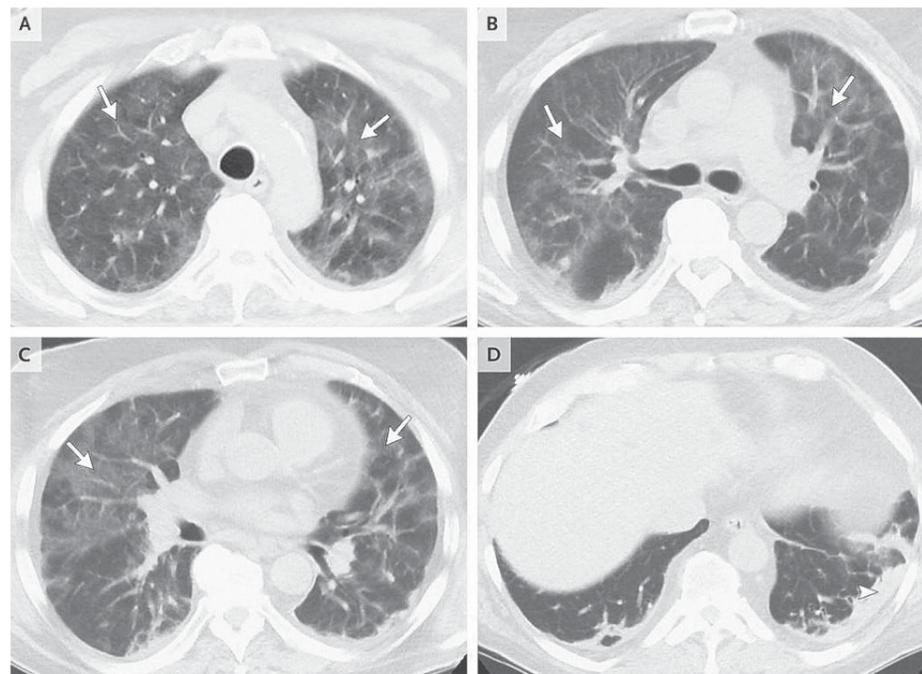


Рис 1. КТ грудной клетки. Множественные затемнения по типу матового стекла в обоих лёгких (А, В и С стрелки) и уплотнение в нижних долях обоих лёгких (D головка стрелки). Эти находки постепенно уменьшались на последующих КТ.

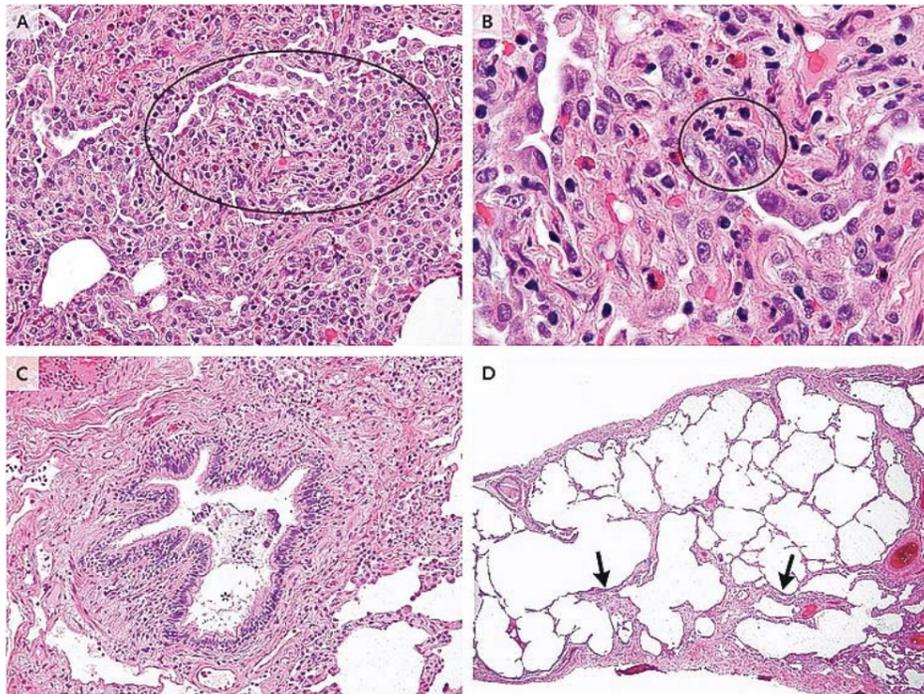


Рис. 2. Биоптат лёгкого (окраска Hematoxylin и Eosin). На панели А альвеолы заполнены инфильтратом из гистиоцитов и эозинофилов (в овале). На панели В видны признаки интерстициального воспаления, а также многочисленные эозинофилы (в кружочке). На панели С представлены терминальные бронхиолы, заполненные слизью (звёздочки), и скопления эозинофилов вокруг бронхиол. Панель D демонстрирует лёгкий интерстициальный фиброз (стрелки), который вызвал умеренное уплотнение вокруг альвеол.

– болезни соединительной ткани (склеродермия, ревматоидный артрит, дерматомиозит, полимиозит, болезнь Шёгрена);
– саркоидоз;
– идиопатические причины (идиопатический лёгочный фиброз, неспецифический интерстициальный пневмонит, бронхолит, ассоциированный с интерстициальной болезнью лёгких, десквамативный интерстициальный пневмонит, криптогенная организуемая пневмония, острый интерстициальный пневмонит);
– другие причины (васкулит, диффузные альвеолярные геморрагии, гистиоцитоз клетками Лангерганса, хроническая эозинофильная пневмония, лимфангиолейомиоматоз).

Примечание. Данные Ryerson и Collar. Некоторые болезни соединительной ткани, такие как склеродермия, ревматоидный артрит, дерматомиозит, полимиозит и болезнь Шёгрена, могут быть ассоциированы с интерстициальными болезнями лёгких, но у обсуждаемого больного клиническая картина и лабораторные данные не отвечали симптомам этих болезней. Саркоидоз маловероятен у этого больного из-за частых и быстро проходящих обострений и ремиттирующей природы лёгочных инфильтратов, атипичных находок на КТ и отсутствия неказеозных гранулём по данным гистологического исследования трансбронхиальных биоптатов.

Большинство идиопатических и других интерстициальных болезней лёгких имеет прогрессирующее прогредиентное течение с образцами визуальных исследований, отличающихся медленным уходом затемнений по типу матового стекла, какие были обнаружены у обсуждаемого больного.

Альвеолярные геморрагии могут иметь интермиттирующее течение, и отсутствие кровохарканья у больного не исключает этот диагноз. Однако исследование крови на анти-PR3 и анти-MPO антитела были отрицательными, и при исследовании промывных вод бронхов крови в них обнаружено не было; поэтому васкулитассоциированная альвеолярная геморрагия у него маловероятна. Диагнозы гиперсенситивного пневмонита, криптогенной организуемой пневмонии и хронической эозинофильной пневмонии наиболее соответствуют клинической картине у этого больного. Перечисленные болезни могут иметь постепенно уходящие клинические симптомы и ассоциированные с ними визуальные находки, как это было в описываемом наблюдении.

Гиперсенситивный пневмонит

Это заболевание представляет собой иммунный ответ на ингаляцию протеинов. В типичных случаях у больных отмечаются одышка и кашель, которые могут быть острыми, подострыми или хроническими. Имеется довольно длинный список болезней, который обусловлен контактом с грибковыми или бактериальными протеинами, включая лёгкое фермера, лёгкое

любителей птиц, лёгкое джакузи и болезнь занавеси душа. Данные анамнеза больного позволяют думать об остром контактном гиперсенситивном пневмоните. В пользу такого предположения говорит быстрая положительная динамика болезни во время пребывания в больнице, возможно, из-за прекращения контакта с причинным агентом. Отсутствие контакта с известными агентами – профессиональными, любительскими и лекарственными не исключают диагноза гиперсенситивного пневмонита. Однако у больного было обострение, когда он оставался в отеле, что говорит в пользу экспозиции агрессивного агента или что болезнь не связана с контактом. Наличие узлов и затемнений по типу матового стекла, которые были отмечены при всех визуальных исследованиях, соответствуют диагнозу гиперсенситивного пневмонита. У больных с таким диагнозом могут быть затемнения по типу матового стекла, узлы, воздушные ловушки, ретикулярные изменения и в хронических случаях – фиброз. Исследование крови у больных с гиперсенситивным пневмонитом на преципитирующие IgG-антитела к различным антигенам имеют сомнительную ценность, потому что как ложноотрицательные, так и ложнопозитивные результаты часто имеют место. Патогистологическое исследование биоптатов лёгких показывает признаки бронхиоцентрического гранулематозно-лимфоцитарного альвеолита, который может приводить к фиброзу. Лечение гиперсенситивного пневмонита включает прерывание контакта с агрессивным антигеном, если таковой идентифицирован. Может быть назначен убывающий курс ГКС на период в несколько месяцев, если симптомом болезни является тяжёлый кашель.

У больного были симптомы, которые разрешились за время госпитализации, так как можно полагать, что прерывание контакта с причинным агентом привело к улучшению клинической картины. Кроме того, в промывных водах было менее 40% лимфоцитов и соотношение CD4 : CD8 было низким. Оба эти показателя соответствуют диагнозу криптогенной организуемой пневмонии или гиперсенситивного пневмонита. Однако не было известно о причинном агенте, и у больного повторились все симптомы, когда он вновь оказался в отеле. Эти данные не соответствуют диагнозу болезни, обусловленной контактом, если повторные контакты не приводят в персистирующему воспалению.

Организуемая пневмония

Для больных с организуемой пневмонией типично наличие в течение нескольких недель продромального периода с последующим острым началом кашля и одышки. При визуальных методах исследования удаётся обнаружить затемнения по типу матового стекла, мигрирующие лёгочные инфильтраты и уплотнения лёгочной ткани с образованием воздушной бронхограммы. При патогистологическом исследовании в

поражённом лёгком определяются признаки воспаления вокруг мелких дыхательных путей и пробки грануляционной ткани, заполняющие эти воздушные пути. Организуемая пневмония может быть первичной или вторичной по отношению к другим процессам, таким как реакция на лекарства, применение кокаина, васкулярный коллагеноз, гиперсенситивный паневмонит, инфекция, рак, органная трансплантация, инфаркты, опухоли, некротизирующий гранулематоз, лучевая терапия, контакт с токсическим дымом, курение. Для лечения организуемой пневмонии применяют ГКС; лечение часто продолжается около одного года.

У обсуждаемого больного болезнь имела вялотекущий характер с наличием затемнений по типу матового стекла, в промывных водах соотношение CD4 : CD8 было низким. Однако организуемая пневмония не даёт обострений, а часто проходит без лечения.

Хроническая эозинофильная пневмония

Известны несколько типов эозинофильных болезней лёгких. Это хроническая эозинофильная пневмония (ХЭП), эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (обычно известный как Churg–Strauss-синдром), гиперэозинофильный синдром, ассоциированный со многими другими нарушениями. Клинические симптомы у обсуждаемого больного говорили в пользу диагноза ХЭП, но без других эозинофильных нарушений. ХЭП обычно наблюдается у некурящих женщин в возрасте 40 лет и характеризуется вялотекущим длительным кашлем, одышкой, лихорадкой и мигрирующими инфильтратами в лёгких. У больных обычно находят эозинофилию в периферической крови в промывных водах бронхов. Уровень маркёров воспаления в периферической крови может быть повышенным. Это важно для исключения других причин эозинофилии. ХЭП обычно не проходит спонтанно, но даёт быстрый положительный эффект на лечение ГКС.

У обсуждаемого больного клиническая картина болезни характеризовалась медленно развивающимися инфильтратами в лёгких и повышенным уровнем маркёров воспаления. Однако в лёгких наблюдалось спонтанное улучшение без терапии ГКС, была скудная эозинофилия в промывных водах бронхов и периферической крови.

Диагностические подходы

Медленное течение болезни у больного позволило врачам пошагово проводить исследования от неинвазивных до инвазивных, наконец, до трансбронхиальной биопсии. Эта процедура может быть диагностически ценной, особенно у больных с такими болезнями, как инфекция, лимфоцитарные опухоли, саркоидоз, эозинофильная пневмония и лёгочный альвеолярный протеиноз. Однако диагностическая ценность трансбронхиальной биопсии часто ограничена малым размером биоптата и разрушением альвеолярной ткани. Кроме того, малый биоптат может не показать полный объём патологических изменений, которые могли бы быть представлены в большем участке лёгочной ткани, что особенно важно у больного с интерстициальной болезнью лёгких. У обсуждаемого больного трансбронхиальная биопсия не помогла диагнозу.

Биопсия лёгкого посредством видеоассистированной торакальной хирургической процедуры (BATS) представляет собой диагностический подход, который часто вытесняет торакотомию и миниторакотомию, которые позволяют получить более объёмные участки лёгочной ткани, чем это возможно при трансбронхиальной биопсии. Они дают возможность патологоанатому получить более широкий участок лёгочной структуры с меньшим риском получить артефакт. Процедура имеет меньший риск осложнений, и поэтому часто предпочитается как метод биопсии при интерстициальных болезнях лёгких.

Результаты биопсии позволили изменить взгляд на неспецифический интерстициальный пневмонит, обычный интерстициальный пневмонит, острый интерстициальный пневмонит, лёгкое медовых сотов, организуемую пневмонию, эозинофильную пневмонию, капиллярит, гранулематоз с полиангиитом и саркоидоз.

Представлялось предпочтительнее провести биопсию посредством BATS у этого в общем-то здорового мужчины, у которого

рецидивирующая болезнь лёгких представляется собой один из возможных вариантов интерстициальной болезни лёгких, каждая из которых имеет свой прогноз и подходы к лечению.

Диагноз – интерстициальная болезнь лёгких (гиперсенситивный пневмонит, криптогенная организуемая пневмония или хроническая эозинофильная пневмония).

Обсуждение данных патологоанатомического исследования

Больному была произведена торакоскопическая биопсия лёгкого. Три биоптата были получены из правой лёгкого: по одному из верхней, средней и нижней доли. При гистологическом исследовании замороженных образцов было видно, что в долях лёгкого имеет место заполнение гистиоцитами альвеол. Некоторые альвеолы содержат эозинофилы среди гистиоцитов, другие – большое число эозинофилов, достигающее 10% всех клеток. Эозинофилы были также найдены в интерстиции лёгкого вокруг кровеносных сосудов (рис. 2А и 2В).

В биоптате из правой нижней доли были признаки слабо выраженного интерстициального фиброза с упрощением архитектуры ткани (рис. 2С и 2D).

Интраоперационный диагноз был поставлен на основании заполнения альвеол гистиоцитами, а именно – хроническая эозинофильная пневмония.

Диагноз ХЭП был установлен, но иногда следовало рассмотреть вариант облитерирующего альвеолита организуемой пневмонии. В этом случае бронхиолярный компонент не присутствует, и поэтому диагноз ХЭП представляется предпочтительным. Также фибрин или гиалиновые мембраны, которые могли быть у больных, отсутствовали в данном наблюдении.

ХЭП ассоциируется со специфическими гистологическими находками, но специфической причины для таких находок обычно не идентифицируется. Возможно развитие болезни на фоне бронхиальной астмы или колонизации и инфицирования аспергиллами. Реакция на лекарства и васкулит – другое вероятное обстоятельство. Умеренная степень гистиоцитарного и эозинофильного воспаления была отмечена в обсуждаемом случае, и высокая степень целлюлярита наблюдалась в других случаях ХЭП. Dr. Nancy Lee Harris (Pathology): Dr. Cooper, would you tell us what happened with this patient?

После того как диагноз ХЭП был подтверждён, была назначена терапия ГКС (преднизолон 40 мг/день) и превентивная терапия гастроэнтерологических и инфекционных осложнений. Больной был выписан на 7-й день госпитализации. 6 месяцев спустя у больного не было острых эпизодов, он стал прибавлять в весе, у него была нормальная оксигенация крови. Он отмечал, что ещё сохраняется сниженная толерантность к физическим нагрузкам, но что это постепенно уходило. Рентгенологический статус был стабильным, исследования вентилиционной функции лёгких указывали на лёгкие рестриктивные нарушения. Доза ГКС была постепенно снижена до 7,5 мг/день и было рекомендовано дальнейшее постепенное снижение. Показатели СОЭ и С-реактивного белка постоянно контролировались каждые 3 месяца и были существенно ниже, чем в течение госпитализации.

ХЭП является одной из причин периферических затемнений, а также уплотнений в нижней доле лёгкого, по данным КТ, и вполне соответствует диагнозу. Однако у больных с ХЭП эти затемнения отмечаются не только в нижних долях лёгких, они могут также быть рассеянными по периферии во всех долях. Рентгенологический дифференциальный диагноз периферических консолидаций ограничен и включает только организуемую пневмонию и хроническую эозинофильную пневмонию, в редких случаях саркоидоз, аденокарциному лёгкого и лимфому. Хотя дополнительные затемнения атипичны, их периферическое распространение соответствует диагнозу ХЭП.

Окончательный диагноз – хроническая эозинофильная пневмония рецидивирующая.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

По материалам
New England Journal of Medicine.

В этом году в России в ходе затяжной эпидемии гриппа, в результате осложнений этой болезни скончалось 503 человека, сообщила на днях руководитель Роспотребнадзора, главный санитарный врач РФ Анна Попова. Грипп по-прежнему остаётся самым распространённым инфекционным заболеванием, очень опасны его последствия. Николай БРИКО, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины медико-профилактического факультета Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, заведующий лабораторией по разработке новых технологий эпидемиологического надзора и профилактики инфекционных болезней «Сеченовки», рассказал «Медицинской газете» о том, почему этот недуг до сих пор так распространён, как с ним бороться и как защититься от него.

– Николай Иванович, с чем связаны такая высокая смертность и серьёзные осложнения от гриппа?

– Прежде всего, хочу напомнить, что он наиболее опасен для пожилых людей, у которых иммунная система может не столь эффективно реагировать на антиген, и для маленьких детей, у которых иммунная система ещё не созрела. Наличие различных хронических заболеваний также утяжеляет течение гриппа, причём в несколько раз. Он ведь поражает не только лёгочную ткань и респираторный тракт, но и мелкие сосуды, поэтому с ним связаны и инфаркт миокарда, и инсульты у пожилых людей и у больных с различными хроническими заболеваниями. Например, у больных хронической обструктивной болезнью лёгких в 300 раз выше смертность на фоне гриппа, чем у здоровых. И среди беременных смертность, связанная с гриппом, гораздо выше, они также в группе риска.

– А можно ли снизить риск серьёзных осложнений?

– Лучший способ – это вакцинация. Сезон 2015-2016 г. ещё раз это продемонстрировал, болели, в основном, не привитые.

– Много людей относятся к вакцинации с некоторым недоверием, насколько их опасения оправданы?

– Мне кажется, это лобби антивакцинаторов, оно довольно сильное, как у нас в стране, так и в других странах мира. Но более чем 215 лет истории вакцинации продемонстрировали нам, что нет более эффективного и экономически рентабельного мероприятия, влияющего на индивидуальное и популяционное здоровье. Эксперты ВОЗ говорят, что вакцинация и чистая вода – это как раз те вещи, которые реально влияют на общественное здоровье. И при гриппе, все качественные, обобщённые в систематических обзорах и мета-анализах, исследования говорят о том, что вакцинация в 2,5-4 раза эффективнее, чем другие средства профилактики гриппа.

Вакцинация не только снижает заболеваемость гриппом на 70-90%, но и снижает заболеваемость гриппоподобными заболеваниями на 35-40%, за счёт перекрёстной иммунизации. Кроме того, РНК вируса гриппа является сильным интерферогеном, который предотвращает заболевания, вызванные и другими вирусами. Те, кто призывают к отказу от вакцинации, несут огромную моральную ответственность за здоровье людей, которые могут остаться незащищёнными от болезней.

– А если человек всё-таки заболел?

– Существует целый ряд препаратов, ингибиторов нейраминидазы, которые предназначены исключительно для лечения гриппа. Но они эффективны лишь в первые-вторые сутки с момента начала болезни. Много и других препаратов, интерфероны, индукторы интерферонов, но всё равно, они далеко не на каждого влияют в равной мере.

– В этом году активно обсуждалась проблема гриппа А(Н1N1). С чем связано такое внимание именно к этой разновидности?

– На самом деле, «свиной грипп» – вызвал пандемию 6 лет назад, это тройной реассортант вирусов гриппа, он сочетает в себе свойства сразу 3 его видов: птичьего, свиного и, собственно, человеческого, поэтому он обладает новыми антигенными качествами. По данным ВОЗ, этот грипп был распространён

изменчивости, мутации и рекомбинации с другими вирусами. Особенно в организме свиней, ведь свиньи восприимчивы и к человеческому, и к птичьему гриппу, поэтому эти животные являются своеобразным котлом, из которого выходит совершенно новый антигенный вариант.

– Возможно ли отличить грипп от обычной простуды, есть ли у него какие-то характерные симптомы, и что делать, если они проявились?

– Не всегда можно диффе-

– В первую очередь выезжающим, особенно детям, рекомендуется сделать необходимые прививки от инфекций в рамках Национального календаря. Такие заболевания, как корь, краснуха, гепатит А, могут встретиться во всех странах. Дифтерия, менингококковая инфекция может проявиться в отдалённых регионах. Заболеваемость коклюшем в последние годы выросла, не только в России, но и в США, и в других странах.

Очень опасна жёлтая лихо-

Авторитетное мнение

Николай БРИКО:

Вирус гриппа не имеет предела коварства

И эти препараты эффективны только для лечения, для профилактики они не назначаются, поскольку формируется устойчивость, существует много побочных действий.

– Будет ли создана универсальная вакцина против всех типов гриппа?

– К сожалению, такой вакцины, которая бы защищала от всех антигенных вариантов гриппа, ещё не создано. Грипп обладает очень высокой степенью изменчивости, за счёт реассортации, рекомбинации. Поэтому ведётся тщательный мониторинг распространения недуга, на глобальном уровне работает более 100 лабораторий, и вся информация обобщается, а потом ВОЗ даёт рекомендации, какие штаммы вируса должны быть включены в сезонную вакцину. Иногда это не совсем получается, например, в прошлом эпидемическом сезоне не было полного совпадения между составом вакцины и теми вариантами гриппа, которые циркулировали. А вот в этом году вакцина была очень эффективной, потому что прогноз был точный. Но над универсальной вакциной работают, стремятся к тому, чтобы она содержала какой-то консервативный антиген, белок. Но пока что это только мечта.

– Существуют ли другие меры профилактики, помимо вакцинации?

– Для профилактики полезно закаливание, правильный образ жизни, хорошее питание, витамины группы С. Врачи также могут в некоторых случаях назначить препараты, повышающие общую резистентность, иммуностимуляторы. Довольно эффективно ношение медицинских масок в местах большого скопления людей, но делать это нужно правильно. Не на улице, там нужно свежим воздухом дышать, а в общественном транспорте, торговых центрах, других местах массового скопления людей. Любой человек, находящийся в пределах 1 метра с больным, у которого проявляются симптомы гриппа, рискует заразиться вследствие попадания в его организм потенциально инфицированных капель из дыхательных путей. Ношение медицинских масок ограничивает распространение вируса.

Маски бывают разные, многослойные, почти как респиратор. Тем не менее, их не следует носить длительное время, только 2-4 часа, в зависимости от маски.

в 214 странах. Вирус в антигенном отношении очень похож на печально известный испанский грипп, вызвавший одну из самых массовых и смертоносных пандемий в 1918-1919 гг. XX века, это тоже А(Н1N1). Однако смертность от него, конечно, с испанским гриппом несопоставима. Вирулентность современной формы гриппа А(Н1N1)

гораздо ниже, чем у той, что была в начале прошлого века. Но проблема в том, что грипп – это крайне контагиозная инфекция, она очень легко распространяется, в основном, воздушно-капельным путём, хотя заражение контактным путём также возможно, например, через грязные руки, контаминированную медицинскую маску, или какие-то предметы, на которые попал вирус. Кроме того, этот вирус приобрёл от свиного гриппа очень неприятное свойство: если человеческий грипп, в основном, поражает верхние отделы дыхательных путей, то свиной, с помощью особых рецепторов, может прикрепляться к нижним отделам респираторного тракта. Таким образом, риск возникновения серьёзных осложнений, например, первичных пневмоний, возрастает.

– Может ли ВОЗ спрогнозировать рост заболеваемости нетипичными штаммами гриппа, такими, как свиной? Какие меры принимаются в этом случае?

– Существует чёткая, отлаженная система мониторинга заболеваемости гриппом. Более 100 центров в различных странах под эгидой ВОЗ. Предугадать, появится ли совершенно новый антигенный вариант гриппа, непростая задача. Вирус гриппа очень коварен, он обладает колоссальным потенциалом к



ренцировать грипп от ОРВИ, но всё-таки он обычно протекает более тяжело, начинается внезапно. Характерна высокая температура, резкая интоксикация, резкое ухудшение самочувствия, кашель и головная боль, боль в мышцах. И симптомы быстро нарастают, в течение нескольких часов. Может быть и шоковое состояние, если есть интоксикация за счёт поражения головного мозга, тогда вполне вероятен и летальный исход. Для ОРВИ всё-таки характерно умеренное начало болезни, конъюнктивит, насморк, а вот при гриппе преобладают высокая температура и интоксикация.

– Если говорить о разных инфекциях, каких заболеваний следует опасаться этим летом?

– Заболеваемость рядом инфекций увеличивается как раз в весенне-летний период. Вот для гриппа и ОРВИ характерен рост заболеваемости в осенний и зимне-весенний периоды, а многие кишечные инфекции, гепатит А, ротавирусные инфекции, холера, брюшной тиф, как раз характерны для тёплого времени года. Есть такое понятие, как диарея путешественников. Многие зависят от региона, от того, куда именно вы поедете отдыхать.

– А какие экзотические заболевания угрожают российским туристам в других странах?

радка, распространённая в ряде стран Африки и Южной Америки, туда даже не разрешают въезд без вакцинации. Я лично вакцинировался уже дважды. Она очень эффективна, иммунитет сохраняется 15-20 лет. Это заболевание передаётся определённым видом комаров, кстати, теми же, что передают лихорадку Зика, Денге. С Денге можно столкнуться в Южной и Центральной Америке, в странах Карибского бассейна, против неё совсем недавно разработали вакцину. Малярия тоже распространена и опасна, но от неё вакцины пока нет. По поводу Эболы, ВОЗ сообщает, что глобальной угрозы уже нет, хотя и встречаются единичные случаи. Но во время эпидемии в ряде стран Африки в аэропортах нашей страны проводились обследования, измерялась температура приезжающих из эндемичных по этому заболеванию стран. И к лихорадке Зика мы относимся так же серьёзно. Все приезжающие из стран, где она зарегистрирована, подлежат опросу и досмотру, если обнаруживаются какие-то симптомы – их изолируют и обследуют, исследуют, кого они могли заразить.

– Достаточно ли в России лекарств и вакцин для борьбы с самыми распространёнными и опасными заболеваниями?

– Каждый год готовится запас, закупается необходимое количество препаратов и вакцин. В этом году 40 млн человек были вакцинированы против гриппа за счёт федеральных бюджетных средств, это более 30% населения. На следующий год государство планирует выделить средства на вакцинацию 40% населения от гриппа. Но, к сожалению, у нас отсутствуют некоторые вакцины, например, инактивированная полиомиелитная вакцина, нет пока вакцин против ротавирусной, папилломавирусной инфекции, ветряной оспы, мало комбинированных вакцин. Поэтому приходится закупать их за рубежом. Но перед нашей медицинской и фармацевтической промышленностью стоит задача импортозамещения, и планируется создание новых вакцин уже у нас.

Беседу вел
Станислав КУЗЬМИЧ,
внешт. корр. «МГ».

Успехи и проблемы российской трахеальной хирургии обсуждали на днях в Отделе медицинских наук РАН.

В период с 1963 по 2000 г. в нашей стране были прооперированы по поводу рубцового стеноза трахеи всего 297 больных. Зато с 2001 г. темп начал стремительно увеличиваться, и за последующие 14 лет в общей сложности выполнена 831 операция. Хорошо это или плохо?

Смотря под каким углом оценивать. Если как сам факт освоения врачами новых хирургических технологий, – безусловно, хорошо. Но если сопоставить востребованность оперативных вмешательств на трахее – 8 человек в год в прошлом веке и 61 человек в год сегодня – становится очевидно, что ответ неоднозначен.

**Стеноз
«рукотворный»**

«Хирургия движется вперёд настолько, насколько ей позволяет это делать анестезиология», – известная фраза приобретает неоднозначный смысл, когда речь идёт об оперативном лечении стенотических заболеваний трахеи. В данном случае хирургия не столько стремится, сколько вынуждена идти вперёд именно потому, что анестезиология-реаниматология, с одной стороны, добилась значительных успехов в выживании тяжелейших больных, но с другой стороны, как раз длительное нахождение пациента на аппарате искусственной вентиляции лёгких с дыханием через интубационную или трахеостомическую трубку с вероятностью до 25% приводит к повреждению трахеальной стенки и образованию рубцового стеноза трахеи (РСТ), что требует сложнейшего хирургического вмешательства. Круг замкнулся.

Является ли данная ситуация неизбежной? Вовсе нет. За рубежом частота возникновения ятрогенных РСТ существенно ниже, чем в России. По словам выступавших специалистов, это обусловлено высокими требованиями к «культуре» реанимационного сопровождения пациента в европейских клиниках.

В нашей же стране задача профилактики ятрогенного повреждения дыхательного пути при проведении ИВЛ, увы, пока не может считаться решённой, и это вынуждало в последние десятилетия уделять большое внимание совершенствованию хирургии рубцового стеноза трахеи. Зато сегодня можно с уверенностью говорить, что в данном разделе отечественная медицина уверенно занимает лидирующие позиции и в Европе, и в мире.



Владимир Паршин

зекцию с последующими трахеальными анастомозами 6 пациентам. Этот опыт является уникальным для мировой практики, подобные операции ранее не выполнялись. Возраст больных от 21 до 46 лет, у всех рубцовый стеноз трахеи имел ятрогенную этиологию и возник после длительной ИВЛ. Представьте пациента с протяженностью сужения трахеи на одном уровне от 1 до 4 см и на другом от 1 до 2,5 см. Операцию с допустимым риском можно выполнить, если сумма длины обоих стенозированных резецируемых участков не более 1/2-2/3 длины трахеи, более протяженные резекции связаны

с высоким риском осложнений. Решение о подобных операциях должно приниматься индивидуально в отношении каждого больного, основываясь на опыте оперирующей бригады», – продолжает В.Паршин.

Что касается повторных резекций трахеи после рецидива её сужения, такие вмешательства осмеливаются делать далеко не все специалисты. В большинстве лечебных учреждений пациентам предлагают паллиативные варианты оказания хирургической помощи, обрекая человека на длительное, а часто и пожизненное ношение трахеостомической канюли.

У специалистов клиники Первого МГМУ им. И.М.Сеченова есть успешные результаты повторных резекций трахеи при её рестенозе, что считается высшим пилотажем: подобные операции относятся к крайне редким хирургическим вмешательствам, сообщения о них в литературе носят единичный характер.

Мы выполнили повторную резекцию трахеи 6 пациентам. Всем им ранее в разных клиниках была выполнена циркулярная резекция трахеи, затем у всех возникло новое сужение. Жизнь этих людей была сплошным мучением: нарушения дыхания ограничивали их физическую активность, кому-то требовалось регулярное бужирование су-

женого сегмента трахеи. Протяжённость повторной резекции варьировала от 2 до 6 см, длина оставшейся трахеи после её повторной циркулярной резекции в среднем была 7,5 см. Мы считаем, что данная операция может быть выполнена, когда после неё у пациента остаётся около 1/4 длины анатомически нормальной трахеи, – акцентирует В.Паршин.

Ну и, конечно, настоящим прорывом в лечении пациентов с рубцовым стенозом трахеи могут стать применение методов регенеративной хирургии и трансплантация. По словам профессора, за последние де-

сятилетия было предложено много вариантов замещения трахеальной трубки собственными тканями пациента, но большинство этих операций носили экспериментальный характер. Надёжного способа замены трахеи с помощью ауто-тканей по-прежнему не существует. Появившиеся биологические протезы, искусственная трахея, выращенная из собственных клеток больного, представляются прогрессивным направлением. Однако эти работы всё ещё носят исследовательский характер и пока не могут быть рекомендованы для широкого применения в клинике», – констатирует специалист.

Опыт пересадки донорской трахеи в нашей стране пока тоже невелик. В частности, профессор Паршин с коллегами в Российском научном центре хирургии, в своё время, выполнили две первые трансплантации в 2006 и в 2010 гг. Оба пациента в настоящее время живы. Первый из них перенёс пересадку ревакульризованного тиретрахеального комплекса, полученного от умершего донора. Второму трансплантировали трахею, подготовленную с использованием клеточных технологий, где в качестве носителя собственных клеток был применён децеллюляризованный донорский орган.

Как видно из небольшой статьи, подобные вмешательства относятся к категории уникальных, что, впрочем, вполне объяснимо: замена органа – мера исключительная, она является единственным вариантом спасения жизни для пациентов с тотальным поражением трахеи. Сейчас, по данным В.Паршина, в российском листе ожидания на трансплантацию трахеи находятся 2 пациента. А сами хирурги совместно с учёными продолжают исследования в области трансплантации ревакульризированной донорской трахеи и создания трансплантата из собственных клеток пациента.

**Пора соломку
подстелить**

Перечисление успехов отечественной трахеальной хирургии в стенах РАН не было единственной целью встречи фундаменталистов и клиницистов. К тому же, кроме успехов в лечении рубцового сужения трахеи есть и трудности, об этом тоже было открыто сказано.

– В нашей стране имеются организационный и образовательный дефекты оказания медицинской помощи, когда выбор варианта лечения основывается не на научно обоснованных критериях, а на том, к какому врачу попал пациент. Хирург часто выбирает вариант операции, которым он хорошо владеет, порой в ущерб для результата окончательного излечения. Подобный недостаток не позволяет лечить больных с протяжёнными и мультифокальными поражениями трахеи, – подчёркивает В.Паршин.

Но бросать все силы только на разработку и внедрение новых методов хирургического лечения РСТ – тупиковый путь. «Решение проблемы рубцовых стенозов трахеи лежит не в области хирургии, а в области профилактики», – такой вывод прозвучал в финале разговора. Профилактика ятрогенного повреждения стенки трахеи во время дыхательной реанимации может существенно улучшить ситуацию. Вот почему в России крайне необходимо разработать национальные стандарты ведения больных, длительно находящихся на ИВЛ.

Профессор Паршин также деликатно напомнил коллегам, что сам факт ятрогенного рубцового стеноза трахеи может быть использован больным, как повод для обращения в суд с иском к лечебному учреждению. И, надо сказать, таких исков уже немало. Если суммировать размер выплаченных пациентам компенсаций «за диагноз» и затраты на выполнение им дорогостоящих операций, то суммы получаются куда более значительными, чем расходы на внедрение технологий профилактики РСТ в отделениях реанимации российских клиник.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ситуация

У замкнутого круга

Можно ли считать развитие трахеальной хирургии бесспорным достижением медицины?

**Успехи, выросшие
из проблемы**

Инновационные технологии в реконструктивной и регенеративной хирургии трахеи представил научному сообществу доктор медицинских наук профессор Владимир Паршин, заведующий отделением торакальной хирургии Университетской клинической больницы № 1 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова. По его словам, за последние полтора десятилетия достигнуты очень высокие результаты в хирургическом лечении стенотических заболеваний трахеи.

Тенденция развития трахеальной хирургии – уменьшение доли трахеопластических вмешательств, связанных с трахеостомическими канюлями, и увеличение частоты резекционных операций с восстановлением целостности дыхательного пути при помощи межтрахеального анастомоза. В настоящее время их доля при РСТ достигла 40%, причём, уже есть практика удаления поражённого сегмента дыхательного пути из минидоступа. Огромным успехом российских хирургов можно назвать овладение техникой одномоментной резекции трахеи на двух уровнях.

– За последние 4 года мы выполнили двухуровневую ре-

зекцию с последующими трахеальными анастомозами 6 пациентам. Этот опыт является уникальным для мировой практики, подобные операции ранее не выполнялись. Возраст больных от 21 до 46 лет, у всех рубцовый стеноз трахеи имел ятрогенную этиологию и возник после длительной ИВЛ. Представьте пациента с протяженностью сужения трахеи на одном уровне от 1 до 4 см и на другом от 1 до 2,5 см. Операцию с допустимым риском можно выполнить, если сумма длины обоих стенозированных резецируемых участков не более 1/2-2/3 длины трахеи, более протяженные резекции связаны

с высоким риском осложнений. Решение о подобных операциях должно приниматься индивидуально в отношении каждого больного, основываясь на опыте оперирующей бригады», – продолжает В.Паршин.

Что касается повторных резекций трахеи после рецидива её сужения, такие вмешательства осмеливаются делать далеко не все специалисты. В большинстве лечебных учреждений пациентам предлагают паллиативные варианты оказания хирургической помощи, обрекая человека на длительное, а часто и пожизненное ношение трахеостомической канюли.

У специалистов клиники Первого МГМУ им. И.М.Сеченова есть успешные результаты повторных резекций трахеи при её рестенозе, что считается высшим пилотажем: подобные операции относятся к крайне редким хирургическим вмешательствам, сообщения о них в литературе носят единичный характер.

Мы выполнили повторную резекцию трахеи 6 пациентам. Всем им ранее в разных клиниках была выполнена циркулярная резекция трахеи, затем у всех возникло новое сужение. Жизнь этих людей была сплошным мучением: нарушения дыхания ограничивали их физическую активность, кому-то требовалось регулярное бужирование су-

женого сегмента трахеи. Протяжённость повторной резекции варьировала от 2 до 6 см, длина оставшейся трахеи после её повторной циркулярной резекции в среднем была 7,5 см. Мы считаем, что данная операция может быть выполнена, когда после неё у пациента остаётся около 1/4 длины анатомически нормальной трахеи, – акцентирует В.Паршин.

Ну и, конечно, настоящим прорывом в лечении пациентов с рубцовым стенозом трахеи могут стать применение методов регенеративной хирургии и трансплантация. По словам профессора, за последние де-

сятилетия было предложено много вариантов замещения трахеальной трубки собственными тканями пациента, но большинство этих операций носили экспериментальный характер. Надёжного способа замены трахеи с помощью ауто-тканей по-прежнему не существует. Появившиеся биологические протезы, искусственная трахея, выращенная из собственных клеток больного, представляются прогрессивным направлением. Однако эти работы всё ещё носят исследовательский характер и пока не могут быть рекомендованы для широкого применения в клинике», – констатирует специалист.

Новости

Специалисты Многопрофильного клинического медицинского центра «Медицинский город» при участии Департамента здравоохранения администрации Тюмени провели семинар по повышению онконастороженности для 45 медицинских работников первичного звена здравоохранения, работающих в поликлиниках областного центра.

Как рассказал заведующий отделением профилактики «Ме-

Курс – на онконастороженность

дицинского города» Виктор Сюбаев, участники семинара получили исчерпывающую информацию о качественных показателях оказания онкологической помощи в Тюмени, скрининговых программах, применяемых в регионе, и ранней диагностике злокачественных новообразований молочной же-

лезы, женской репродуктивной системы, кожи.

Специалисты также рассмотрели аспекты правильной техники осмотра пациентов и диагностики заболеваний. В завершение семинара слушатели прошли тестирование с использованием вопросов из учебника А.Шайна, результаты

которого показали хороший уровень знаний по онконастороженности – правильные ответы на задания теста указывались в 80% случаев.

В.Сюбаев отметил, что данные мероприятия являются эффективным инструментом совершенствования знаний медицинских работников первичного

звена, и проводятся с целью увеличить количество выявленных злокачественных новообразований на ранних стадиях, и как следствие – снизить смертность от онкопатологии.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Тюмень.

За последние 2 года в сфере контроля качества лекарств произошли значительные изменения. Одна из последних новелл в нормативно-правовом регулировании – введение выборочного контроля, то есть в отношении препаратов, уже находящихся в обращении на рынке. Кроме того, внеплановые проверки субъектов обращения ЛС теперь можно проводить без предварительного согласования с органами прокуратуры. Об этом сообщила начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Валентина Косенко, выступая на VIII конференции «Государственное регулирование и российская фармпромышленность – 2016: продолжение диалога».

Приглашения не требуется

Эти меры, прежде всего, направлены на борьбу с фальсифицированными и недоброкачественными лекарствами. В частности, Кодекс РФ об административных правонарушениях (КоАП) получил новую статью, которая касается фальсифицированных, контрафактных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств и медицинских изделий. Соответствующие изменения внесены 532-м Федеральным законом и в Уголовный кодекс. По словам В.Косенко, в 2015 г. было возбуждено 3 уголовных дела в отношении лиц, организовавших производство поддельных лекарственных препаратов, а также международной преступной группы, занимающейся сбытом лекарств, незарегистрированных на территории РФ.

В связи с законодательными новеллами, в 2015 г. активно проводилась работа по совершенствованию системы государственного надзора в сфере обращения лекарственных средств в части проверки их соответствия установленным требованиям к качеству. Особое внимание было уделено разработке нормативно-правовых актов, регламентирующих выборочный контроль качества ЛС.

– Если говорить об изменении подхода к госконтролю и надзору, то в последнее время идёт уклон на рискоориентированный подход. Один из таких вариантов – выборочный контроль качества

Проблемы и решения

Лекарства без риска

Основной приоритет – качество препаратов



лекарственных средств, – сообщила представитель ведомства. – Сегодня приказ Минздрава России № 5539 «работает», пока не все недобросовестные участники рынка ощутили его воздействие, но в ближайшее время уже первый препарат, который дважды был выявлен как недоброкачественный, будет переведён на посерийный государственный контроль.

В случае невыполнения пред-

писания, выданного Росздравнадзором по итогам осуществления выборочного контроля качества лекарственного препарата, ведомство вправе принять решение о приостановлении его применения вплоть до устранения выявленных нарушений.

Слабое звено

Расширяется лабораторная база для проведения контроля качества лекарств физико-химическими и биологическими метода-

и поддельных лекарств.

Значительный вклад в вопросы идентификации ЛС внесло внедрение в практику государственного контроля неразрушающих методов БИК-спектрометрии. В этом году к внедрению подготовлен следующий этап – рамановская спектрометрия, которая будет использовать неразрушающие методы контроля. Это позволит значительно расширить скрининг, в частности осуществлять оперативный анализ ампульных лекарственных препаратов.

В 2015 г. в рамках международной операции «Пангея», которая проводится под эгидой Интерпола, Росздравнадзором было проведено 295 контрольных мероприятий, в том числе 185 совместных проверок с иными контролирующими органами, являющимися участниками операции. На базе передвижных лабораторий проведён скрининг качества в отношении 494 образцов ЛС, выявлено 20 партий ЛС, вызвавших сомнения в подлинности.

Совершенствуется нормативно-правовая база, регулирующая обращение медицинских изделий. В конце 2015 г. Постановлением Правительства РФ были утверждены Правила уничтожения изъятых фальсифицированных, недоброкачественных и контрафактных медицинских изделий. Мера весьма своевременная, если учесть, что в прошлом году в результате контрольных мероприятий, проведённых Росздравнадзором, было выявлено около 5 млн единиц недоброкачественных медицинских изделий.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Фармаконадзор

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

Азенапин

Регуляторный орган США – Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих азенапин, информацией о риске возникновения дислипидемии.

Источник: <http://www.fda.gov>

Гозерелин

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих гозерелин, информацией о риске удлинения QT-интервала вследствие депривации андрогенов. Специалистам здравоохранения рекомендуется соблюдать осторожность и тщательно оценивать отношение «польза – риск» антиандрогенной терапии у пациентов с врожденным синдромом удлиненного QT-интервала, застойной сердечной недостаточностью, частыми нарушениями электролитного баланса и у пациентов, которые принимают препараты увеличивающие QT-интервал. Рекомендуется также рассмотреть вопрос о проведении периодического мониторинга ЭКГ и уровня электролитов. В случае возникновения осложнений следует предпринять меры по их коррекции.

Источник: <http://www.fda.gov>

Монтелукаст

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих монтелукаст, информацией о риске развития энуреза у детей.

Источник: <http://www.fda.gov>

Тоцилизумаб

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих тоцилизумаб, информацией о риске развития синдрома Стивенса – Джонсона.

Источник: <http://www.fda.gov>

Зипрасидон

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих зипрасидон, информацией о риске развития осложнения фармакотерапии, такого как синдром лекарственной сыпи с эозинофилией, лихорадкой и системными проявлениями: гепатитом, нефритом, пневмонитом, миокардитом, перикардитом (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms, DRESS-синдром).

Источник: <http://www.fda.gov>

Гидроксизин

Регуляторный орган ЕС – Европейское агентство по лекарственным препаратам (EMA) с целью минимизации рисков фармакотерапии (удлинение QT-интервала и желудочковая тахикардия типа «пируэт»), было принято решение об ограничении дозирования гидроксизина. Максимальная суточная доза данного препарата, по мнению специалистов EMA, не должна превышать 100 мг у взрослых (50 мг у пожилых людей, если использования невозможно избежать), и 2 мг на кг массы тела у детей с массой тела < 40 кг.

Источник: <http://www.ema.europa.eu>

Подготовила Анна СТЕПКО.

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

Статистика

Рынок в цифрах

Объём коммерческого рынка лекарственных препаратов в ценах закупки аптек в марте 2016 г. увеличился на 2,8% по сравнению с февралём и составил 47,6 млрд руб. Такие данные содержатся в аналитическом обзоре компании DSM Group.

По итогам аптечных продаж за первый месяц весны коммерческий рынок лекарств в натуральном выражении был равен 323,3 млн упаковок, что на 17,8% меньше, чем за аналогичный период 2015 г. Средняя цена за упаковку составила 147,3 руб., то есть на 0,7% больше, чем в феврале.

Согласно индексу Ласпейреса, в течение марта 2016 г. цены в рублях увеличились на 0,1%. В долларовом выражении индекс цен вырос на 6,8%. Всего же с начала года инфляция цен на лекарства в аптеках страны составила +1,4% в рублёвом выражении и – 5,3% в долл.

Как отмечают аналитики DSM Group, структура коммерческого рынка лекарственных препаратов в марте по ценовым секторам кардинально не изменилась по сравнению с аналогичным периодом прошлого года.

Незначительно увеличилась доля лекарств с ценовым диапазоном 50-150 руб. (с 15% в марте 2015 г. до 15,4% в марте 2016 г.), на 1,3% уменьшился удельный вес лекарств с ценой от 150 до 500 руб. за упаковку (с 47,8% в марте 2015 г. до 46,5% в марте 2016 г.). Препараты низшей ценовой группы (дешевле 50 руб./упак.) немного ослабили свои позиции, уменьшив долю с 6,7 до 6,4%. Лекарства ценой от 500 руб. за упаковку заняли по итогам первого весеннего месяца долю 31,7% коммерческого рынка, что на 1,2% больше, чем в марте 2015 г.

За указанный период 57% препаратов, реализованных на рынке, были выпущены российскими производителями, однако в виду своей невысокой цены по сравнению с импортными лекарствами, в стоимостном выражении они занимали лишь 27%.

Коммерческий сегмент рынка по итогам марта 2016 г. на 51% был представлен безрецептурными препаратами, и на 49% – Rx-лекарствами.

Объём российского аптечного рынка БАД в стоимостном выражении в марте увеличился на 10,3% по сравнению с февралём и составил свыше 2,7 млрд руб. В натуральном выражении объём аптечного рынка БАД в первом месяце весны уменьшился на 18,8% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года и составил 23,6 млн упаковок.

Средневзвешенная цена упаковки БАД в марте 2016 г. по сравнению с февралём увеличилась на 3,9% и составила 115,4 руб.

Ирина АНДРЕЕВА.

Прогнозы

Полиомиелит
будет побеждён?

Крупная японская фармацевтическая компания получит 38 млн долл. от Фонда Билла и Мелинды Гейтс на разработку инактивированной вакцины против полиомиелита, которая могла бы применяться в развивающихся странах.

Согласно мнению экспертов, в самом ближайшем времени борьба с полиомиелитом может завершиться. Так, в нынешнем году во всём мире было зарегистрировано 12 случаев заражения полиомиелитом, которые были зарегистрированы в Пакистане и Афганистане. К концу года распространение полиомиелита может прекратиться. Если это произойдёт, человечеству придётся перейти с пероральной полиовакцины на так называемую инактивированную полиовакцину (ИПВ), чтобы обезопасить себя от новых вспышек полиомиелита.

Предполагается, что мир испытывает нехватку инактивированных полиовакцин, когда все государства будут готовы перейти на них. Этот прогноз заставляет организации, такие как Фонд Билла и Мелинды Гейтс, инвестировать в разработку новых ИПВ.

По словам руководителя отдела развития Фонда Криса Элиаса, сотрудничество с японскими фармацевтами поможет гарантировать производство достаточного количества вакцин.

Фирма объявила, что потратит средства, полученные от Гейтсов, на разработку, лицензирование и поставку не менее 50 млн доз ИПВ ежегодно в более чем 70 развивающихся стран. Вакцина уже прошла II фазу клинических исследований. Она будет доступна для развивающихся стран по относительно низким ценам через Глобальный альянс по вакцинам и иммунизации (GAVI), который является связующим звеном между ВОЗ, ЮНИСЕФ и другими мировыми организациями и развивающимися странами.

По рекомендации ВОЗ, с 17 апреля по 1 мая нынешнего года 155 стран, включая Россию, должны были перейти на новые вакцины против полиомиелита, содержащие ослабленные варианты полиовирусов I и III.

Борис БЕРКУТ.
По информации Reuters.

Комиссия по присуждению ежегодных премий имени академика А.Н.Бакулева и академика РАМН В.И.Бураковского в области сердечно-сосудистой хирургии объявляет лауреатов премий за 2016 г.

Премии имени академика А.Н.Бакулева удостоены:

— Дрейфус Гиллес (Dreifus Gilles) (Монако) — «за выдающийся личный вклад в развитие новейших разделов кардиохирургии».
— Кононов Николай Васильевич, Антюхов Виктор Николаевич, Дайхес Николай Аркадьевич, Кулаков Анатолий Алексеевич, Кекелидзе Зураб Ильич, Тахчиди Христо Периклович, Чухраёв Александр Михайлович (Москва) — «за активное участие в акции общероссийской общественной организации «Лига здоровья нации» — «Волна здоровья». Ежегодная (с 2006 г.) врачебная миссия по диагностике и последующему лечению детей по кардиохирургии, оториноларингологии, стоматологии, офтальмологии, психическому здоровью».

Премии имени академика РАМН В.И.Бураковского удостоены:

— Купряшов Алексей Анатольевич (Москва) — «за развитие донорства, в том числе с использованием выездных акций, внедрение новых методов заготовки крови и её компонентов и обеспечение более 5 тыс. операций на открытом сердце ежегодно».

— Кудзоева Залина Фидаровна, Пурсанова Диана Манолисовна, Биниашвили Михаил Борисович, Масри Амир, Митина Юлия Олеговна, Бакунц Ваге Викторович, Григорьев Виктор Сергеевич, Сергеев Алексей Викторович, Щербак Анастасия Витальевна (Москва) — «за высокопрофессиональный перевод с английского на русский и с русского на английский трудов трёх международных курсов в 2013-2015 гг. «Cardiovascular Pathology: surgery and Interventions» и других научно-значимых изданий НЦССХ им. А.Н.Бакулева Минздрава России».

Сопредседатели комиссии по присуждению премий: директор ФГБУ «НЦССХ им. А.Н.Бакулева» — академик Л.А.Бокерия, президент Гуманитарного фонда Андрея Соча «ПОКОЛЕНИЕ» — А.В.Соч

Вручение премий состоится 23 мая 2016 г. в 12:00 по адресу:

Москва, НЦССХ им. А.Н.Бакулева»,
Рублёвское шоссе, 135, зал № 1.

Справки по телефонам:
(495) 414-75-73, (495) 414-75-51.

26-27 мая 2016 г. состоится форум
«Активное долголетие.
Гирудоревитализация»

Адрес проведения форума:
Каширское шоссе, 21, Москва,
ФГУП «Академсервис».

Подробности на сайте
www.doktor-savinov.ru или www.maricha.ru

Справки по тел.:
8(906)750-70-45, 8 (495) 543-86-73, 8(910)443-88-42.

Перспективы

П.Эрлих полагал, что антитела сыворотки крови лежат в основе иммунитета, противопоставляя тем самым себя открывателю макрофагов И.Мечникову. Нобелевские судьи, примирив обоих, дали им в 1908 г. общую премию. А ещё через пару десятилетий в Стокгольм вызвали ученика Р.Коха копенгагенского профессора Й.Фибигера, открывшего паразита, вызвавшего у мышей рак желудка. Никто не обратил внимания на то, что подопытные мыши были заражены туберкулёзом, который, как и другие патогены (та же трипаносома), вызывает иммунодефицит. Рак подобно туберкулёзу, ВИЧ и возбудителем сонной болезни тоже развивается на фоне иммунодефицита.

Наши предки волна за волной бежали из Африки, чтобы спастись от пресущих этому континенту эндемических заболеваний, одним из которых является сонная болезнь, вызываемая трипаносомой, или тельцами-сомами, окрашивающимися трипановым синим красителем, откуда и название. Она легко уходит из-под иммунного надзора, в буквальном смысле слова меняя внешний «камуфляж» в виде гликопротеидной оболочки, состоящей из осаждаемых белков. Явление ухода трипаносомы (сонная болезнь) от иммунной атаки антителами известно чуть ли не

Клетки рака

полвека, но только сейчас стало понятно, что за это отвечает повторяющаяся последовательность из 70 «букв» ген-кода. Сотрудники Рокфеллеровского университета в Нью-Йорке описали более 2 тыс. генов гликопротеида — осаждаемого белка оболочки паразита, при этом у каждой из клеток активен лишь один ген. Учёные Колорадского университета определили молекулярную динамику передачи ген-информации от молекулы иРНК к синтезируемому протеину, в цепь которого каждую секунду включается до 10 аминокислот, обеспечивая быстрый синтез моноклональных антител (МАТ), за получение которых была присуждена Нобелевская премия 1984 г.

На Т-лимфоциты хелперы, помогающие запустить иммунный ответ, учёные обратили внимание накануне выявления первых случаев СПИДа, на фоне которого развиваются и злокачественные опухоли. Именно эти иммунные клетки — наряду с макрофагами — являются главными мишенями ВИЧ. За треть века были выявлены молекулярные механизмы макрофагальной стимуляции Т-хелперов, осуществляемой с

помощью белкового интерлейкина, служащего межклеточной связи между лейкоцитами. Повышенную активность Т-лимфоцитов, способную привести к аутоиммунным расстройствам, сдерживает протеин, получивший название TGF, или трансформирующий фактор роста (Transforming Growth Factor), мутации которого выявляются при раковом росте.

Отцы-основатели иммунологии до хрипоты век назад спорили о «долгом» — адаптивном-приспособительном — и быстром неспецифическом иммунитете, в основе которого лежит тот же комплемент, или цитотоксический протеин, вступающий в действие именно на комплементе. Именно быстрый неспецифический иммунитет защищал людей в доантибиотиковую эру. «Приспособительный» специфический ответ защищает организм на протяжении десятилетий благодаря особым клеткам памяти. В 1980-е годы были открыты тканевые макрофаги с «древовидными» отростками, за

что они получили название дендритных клеток (DC — Dendritic Cells), за что также была вручена Нобелевская премия в надежде, что дендритные макрофаги помогут бороться с раком, поскольку они предъявляют Т-хелперам опухолевые антигены. Но затем был выделен неспецифический лимфоидный клетка (ILC — Innate Lymphoid Cells), играющие главную роль в «объединении» двух иммунитетов, так как стимулируют и запускают лимфопоэз из стволовых клеток костного мозга. При этом функциональная пластичность ILC иммунных клеток регулируется важным белком Notch («зарубка»), нарушения которого были открыты век назад в «объединении» двух крыльев дрозофилы (мутации Notch, являющегося важным геном эмбрионального развития, также выявляются при опухолях).

МАТ сегодня дали рекомбинантные антитела, которые в эксперименте на мышах неплохо зарекомендовали себя в борьбе с первичными животными опухолями человека, сокращая на две трети размер последних. Сотрудники Университета Дьюка (США) пошли

ещё дальше, выделив у пациентов антитела против небольшого белкового фактора комплемента Н (CFH), который удерживает комплемент «в узде» — во избежание анафилаксии. Преимущество активации комплемента с помощью анти-CFH антител заключается в том, что комплементарный протеин атакует только раковые клетки, имеющие на своей поверхности иные антигены, отличающие их от здоровых клеток лёгочного эпителия. Неспецифичность «быстрого» действия комплемента позволяет надеяться, что новый подход позволит бороться и с другими опухолями, а выделение антител против CFH у человека открывает перспективу настоящей персонализированной противораковой терапии.

В университетах Цинциннати (США) и Шанхая (Китай) предложили для лечения мышей с мозговой опухолью из клеток белого вещества удалять нормальные клетки с повышенной активностью гена, отвечающего за синтез белка, стимулирующего клеточное деление. У мышей произошло существенное уменьшение размера злокачественной опухоли; наряду с этим увеличилась продолжительность жизни.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Cancer Cell.

ПОМОГИТЕ АЛИЕ!



Алия Максудова из села Яксатово Астраханской области родилась с патологией почек.

Малышке необходим специальный аппарат автоматической очистки крови — циклёр. Но стоит он 624 тыс. руб. Приобрести аппарат Максудовы должны самостоятельно. Понятно, что таких денег у молодой семьи нет.

Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Алие Максудовой, перечислить средства на ее лечение.

Более подробная информация по тел.: 8 (495) 225-13-16 или на сайте www.sbornet.ru

Платежи в адрес Алие Максудовой принимаются во всех отделениях Сбербанка России без взимания комиссионного сбора.

Реквизиты:

Получатель: некоммерческое партнёрство «Союз благотворительных организаций России»
ИНН: 7715257832
КПП: 771501001
Р/С: 40703810287810000000 в Московском филиале ПАО РОСБАНК г. Москва

К/С: 30101810000000000256
БИК: 044525256

Назначение платежа: пожертвование на лечение Алие Максудовой

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

УСТАНОВКА КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ТИПА
Альфа-капсула - Alpha LED Oxy Light Spa™

// наличие РУ Росздравнадзора РФ
// наличие декларации о соответствии
// методические рекомендации ФГБУ «Российский научный центр медицинской реабилитации и курортологии» Минздрава России

ЛЕЧЕБНЫЕ ФАКТОРЫ

— общая термотерапия (сухая сауна + ИК терапия)
— селективная хромотерапия
— вибротерапия
— оксигенотерапия
— оксигипертермия
— ароматерапия
— сочетанное воздействие

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ:

— тревожные и соматоформные расстройства
— астенический синдром
— посттравматические расстройства
— расстройства сна
— избыточная масса тела
— реабилитация после травм
— мышечные боли



ВНИИМИ-ГРУПП

- эксклюзивный дистрибьютор
- сервисный центр (гарантия/постгарантия)
- бесплатное обучение

Москва, Москворецкая наб., д.2а. Тел.: (495) 797-3595, факс: (495) 698-59-22
e-mail: vniimi@vniimi.ru, сайт www.vniimi.ru

Современная медицина порой может творить чудеса. При самых тяжёлых травмах, болезнях и различных расстройствах всегда есть процент выживаемости. Вот несколько случаев, когда людям удалось выжить несмотря ни на что. В медицине их называют не иначе как чудесами.

Металлический прут проткнул насквозь голову мужчины

Случай выживания Финеаса Гейджа в штате Вермонт (США), который произошёл ещё в XIX веке, до сих пор считается чудом. В те времена это было не просто невероятно, но и помогло медикам понять, как травмы мозга влияют на физическое и психическое здоровье.

В 1848 г. Гейдж работал строителем на железной дороге, когда взрыв привёл к тому, что металлический прут длиной более 1 метра прошёл через его левую щеку и вышел в верхней части головы. Врачам удалось вытянуть прут, но у мужчины возник паралич левой стороны лица и произошли определённые психические изменения.

Этот пример стал самым известным в истории неврологии, но не только потому, что пострадавший выжил в результате травмы, несовместимой с жизнью, разрывившей большую часть его левой лобной доли мозга. После ранения Гейдж стал в буквальном смысле слова «другим человеком».

Из 25-летнего приветливого парня он превратился в импульсивного, грубого и вульгарного человека. Изменения в его личности и поведении были настолько глубокими, что его друзья и знакомые заявили, что «это больше не Гейдж».

В течение многих лет разные учёные спорили насчёт того, какую именно область задело при травме и о степени повреждения, а также о влиянии этого ранения на личность. Это могло бы объяснить глубокие изменения в личности Гейджа, а также выяснить причины некоторых нарушений, таких как болезнь Альцгеймера.

Теперь же учёные из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе смогли воссоздать карту нервных связей в мозгу пациента из XIX века. Так как его череп, который находится в Анатомическом музее Уоррена в Гарвардской медицинской школе, уже довольно хрупок, учёные, используя компьютерные методы моделирования, определили траекторию стержня, пробившего мозг

Пёстрая смесь

Чудеса в медицине



насквозь, а также использовали снимки мозга мужчин, которые соответствовали Гейджу по возрасту и были праворуки. В результате они создали виртуальный череп для анализа травмы.

Джек Ван Хорн, автор исследования, и его коллеги выяснили, что примерно 4% коры головного мозга было пересечено металлическим стержнем, что привело к повреждению около 10% всего белого вещества. Это означает, что хотя травма произошла в левой части коры мозга, нарушение связей мозга в результате повреждения белого вещества распространилось на весь мозг, разрывая связи между другими областями, несмотря на то, что стержень их не задел. Это видимо и способствовало тем глубоким изменениям, которые произошли в личности несчастного.

Хотя личность Гейджа изменилась, он смог путешествовать и нашёл работу, прожив несколько лет в Южной Америке. Умер он спустя 12 лет вследствие несчастного случая.

118 дней без сердца

14-летняя Д'Жанна Симонс (США) страдала кардиоми-

опатией, и ей требовалась пересадка сердца.

К несчастью, донорское сердце не прижилось и его удалили. И девочке пришлось жить без сердца в течение почти 4 месяцев. Вместо сердца кровь качали два искусственных насоса. Тем не менее она выжила, и через 118 дней ей провели вторую успешную пересадку.

Тело девушки держалось на шпильках

После многочисленных травм, полученных в автомобильной катастрофе в 2009 г., кости 17-летней Катрины Бургесс собрали с помощью 11 титановых шпилек, прикрепили в шею, позвоночнику, ноге, а также винта для поддержания шеи.

После 5 месяцев операций она смогла практически полностью восстановиться и подписала контракт с модельным агентством.

Внутреннее обезглавливание

В январе 2007 г. 30-летняя жительница Денвера, штат Колорадо (США), Шэннон Мэллой поступила в больницу после страшного автомобильного инцидента. Дверь машины практически захлопнулась

на её шею. В отделении врачи обнаружили, что буквально все связки и сухожилия, связывающие головной мозг со спинным, разорваны, произошли перелом черепа, повреждение глазного нерва и кровоизлияние в мозг. Однако сам позвоночник практически не пострадал. В результате огромного количества операций девушку не только удалось спасти, но даже избежать паралича. В больнице к её голове и шее прикрутили 9 винтов. Женщина отделалась нарушением речи и потеряла способность видеть левым глазом.

Воскрешение из мёртвых

Невероятный случай произошёл с 59-летней женщиной из Западной Вирджинии в США. У Вал Томас, которая пережила два инфаркта, в течение 17 часов отсутствовали волны электромагнитного излучения мозга, а также не было пульса и началось трупное окоченение.

В то время как её жизнь поддерживал аппарат искусственного дыхания, а семья обсуждала донорство органов, Вал очнулась и начала говорить. Более того, когда врачи решили её осмотреть, то выяснили, что у неё всё в порядке.

Когда паре Шэннон и Майк Гимбел сообщили, что им придётся умертвить одного из близнецов, чтобы другой смог выжить, это стало настоящим кошмаром для родителей.

У близнецов было редкое расстройство, называемое «синдром фето-фетальной трансфузии», при котором дети соединены кровеносными сосудами и один близнец буквально забирает жизнь у другого. При этом у обоих риск смерти составляет 90%.

С помощью лазера врачи пережгли кровеносные сосуды, соединяющие близнецов, тем самым разделив их. Обе девочки выжили через 2 месяца появившись на свет.

В 1995 г. китайца Пенг Шулина разрезало пополам, когда он попал под грузовик. Рост оставшейся половины тела составил 66 см.

Он перенёс несколько операций, в ходе которых кожу с лица пересадили на оставшуюся часть тела. Мужчина смог не только выжить,

но начал ходить благодаря специально разработанным протезам с бионическими ногами.

Падение с высоты 150 метров

В 2007 г. братья-мойщики окон Морено упали с 47-го этажа, когда работали на небоскрёбах в Манхэттене. Один из них погиб. Однако другой, хотя и получил серьёзные травмы, включая повреждение мозга, позвоночника, сломанные рёбра, конечности, коллапс лёгких и тромбы в сосудах головного мозга, чудом остался в живых, зацепившись за алюминиевую платформу. Чтобы понять, насколько редким является этот случай выживания, стоит знать, что половина людей, которые падают с 4-го этажа, умирают, а с 10-го – погибают практически все. Морено перенёс 16 операций и уже через полгода смог ходить.

Зрение восстановили с помощью зуба

Строитель Мартин Джонс из Роттерема, Южного Йоркшира (Англия) после несчастного случая оставался слепым в течение 12 лет.

Однако, благодаря необычной операции он смог вновь обрести зрение. Процедура включала в себя удаление зуба и использование его в качестве держателя для линзы. Зуб поместили в глаз, и теперь у Джонса практически идеальное зрение.

Благодаря операции мужчина смог впервые увидеть свою жену Джилл, на которой женился после несчастного случая.

Мозг стабилизировали суперклеем

Девочка Элла-Грейс Ханман с рождения страдала аневризмами сосудов мозга. При этом кровь могла просачиваться в вещество мозга из отверстий в сосудах.

Врачи, используя специальный медицинский суперклей, «залатали» эти отверстия. Хотя процедура полностью не решила проблему, девочка, по мнению докторов, ещё долго сможет жить нормальной жизнью.

* * *

Естественно, есть ещё много случаев чудес спасения человека, где, как кажется, ничего невозможного сделать, но, опираясь на прошлый опыт, современная медицина может спасти жизнь многим людям.

Юлия ИНИНА.

По материалам ebaumsworld.com

Исследования

Вопрос о необходимости шлёпать детей «для их же пользы» до сих пор активно обсуждается обществом, несмотря на то, что психологи неоднократно указывали на вред этого грубого подхода. К такому же выводу пришли и авторы нового мета-анализа, подытожив данные, собранные на эту тему за последние полвека.

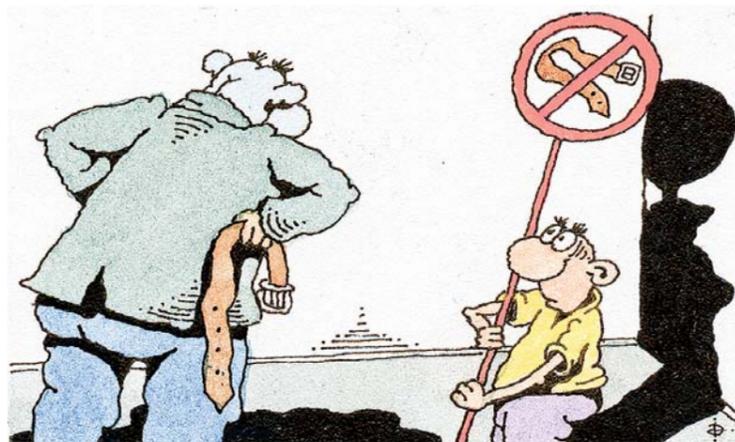
В работе обобщены результаты исследований, которые были проведены начиная с 1960-х годов и охватили в общей сложности более 160 тыс. американских детей.

Наш анализ сконцентрирован именно на том, что считается шлёпаньем, а не на других, более грубых формах физического воздействия, – подчёркивает один из авторов исследования профессор Техасского университета в Остине Элизабет Гершофф, определяя шлёпанье как «удар раскрытой ладонью по ягодицам или по конечностям».

В ходе исследования учёные установили, что шлёпанье является неэффективным способом заставить ребёнка слушаться родителей, оно связано с рядом вредных последствий, но не с послушанием. Авторы постарались проследить

Родители, не трогайте меня

Учёные подтвердили: шлёпать детей не только бесполезно, но и вредно



связь между таким способом наказания и различными эффектами, к которым оно потенциально может привести. «Мы обнаружили, что шлёпанье связано с рядом непредусмотренных и вредных

последствий, – подчёркивает Гершофф, – но никак не с послушанием, которого обычно стараются добиться таким путём».

Неверным оказалось и представление о том, что «в конце концов,

это вполне безвредно»: учёные продемонстрировали, что это связано с более высоким риском развития впоследствии различных психических проблем и асоциального поведения. Причём важен не только сам факт шлёпанья, но и частота, с которой родители прибегают к этой форме «воспитания». Данные, полученные Элизабет Гершофф с коллегами, указывают, что чем чаще ребёнка шлёпают, тем ярче проявляются негативные эффекты.

Исследование Катрин Тейлор, главы Университета Тулейна, показало, что дети 3 лет, которых били раз в две недели и больше, в 5 лет проявляют вполнине больше агрессии по сравнению с другими детьми. Причём в исследовании принимались в расчёт уровень агрессии матери, частота употребления алкоголя в семье и первоначальный уровень агрессивности ребёнка.

Другое исследование продемонстрировало, что дети, которых шлёпают, тяжелее справляются с обучением в школе, чем те, к кому телесные наказания не применялись.

Психологи объясняют это тем, что шлёпанье вызывает в организме малыша определённую реакцию. Мозг вместо того, чтобы развиваться, переключается на режим выживания. И несмотря на все эти факты, родители всё равно продолжают применять наказание поркой? Ответ очень простой. Это достаточно легкий и быстрый вариант наказания, который не требует усилий и моральных затрат у взрослых. У родителей возникает ощущение, что они вкладываются в воспитание, при этом о последствиях они совершенно не беспокоятся.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Journal of Family Psychology.

Душевное дело

Арктика — это тоже болезнь, для избранных

Школьники и студенты укрепляют свой организм, преодолевая на лыжах снежные километры

Недавно российские путешественники Матвей Шпаро и Борис Смолин пережили исторический день. Во-первых, в Гербовом зале Министерства транспорта РФ министр Максим Соколов с формулировкой «За большой личный вклад в подготовку и проведение экспедиции к Северному полюсу для детей-сирот и детей-инвалидов» вручил им государственные награды — по нагрудному знаку «Почётный полярник». Во-вторых, накануне с победой в Москву вернулась IX российская молодёжная полярная экспедиция «На лыжах — к Северному полюсу!» Ну и в-третьих, Матвей Дмитриевич, наряду с поздравлениями по указанным поводам, принимал наилучшие пожелания и подарки в связи со своим днём рождения.

— Вы специально приурочили возвращение этой экспедиции к своему дню рождения? Такой себе полнокровный праздник хотелось устроить? — задаю я вопрос Матвею.

— Нет, так вышло случайно. Команда молодёжной полярной экспедиции начала свой путь от российской дрейфующей базы «Барнео» 19 апреля и за 5 дней преодолела около 100 км по дрейфующим льдам Северного Ледовитого океана. По погодным условиям вылет из Москвы долго откладывался. Если в предыдущие годы у юных лыжников был в запасе резерв во времени для непредвиденных обстоятельств, то нынче этого резерва не было — станция «Барнео» закрывается 26 апреля, вылетает последний самолёт на юг — потому нам пришлось дойти до полюса быстро. 24 апреля в 23:55 по московскому времени IX российская молодёжная экспедиция достигла вершины планеты — ребята водрузили флаг России, флаги своих регионов и учебных заведений, оставили традиционную герметичную капсулу с «Посланием в будущее».

— Подумать только: уже 9 лет не профессиональные полярники, а школьники и студенты на лыжах преодолевают снежные торосы, сражаются с циклонами, встречаются с белыми медведями и дрейфуют на льдинах по просторам Северного Ледовитого океана — оправдан ли такой риск? Чрезмерные нагрузки, мороз и стрессы не вредят молодым организмам?

детей рождается единый живой организм, команда, нацеленная на общую победу и спаянная желанием оказаться на самой верхушке планеты! А почему я выбираю именно такой маршрут? Думаю, это гены. Достались от отца — полярного путешественника Дмитрия Шпаро. Нам не по нраву Африка, мы выбираем Арктику.

Так как глаза Матвея очень улыбчивые, непонятно, то ли в шутку, то ли в серьёз он рассказывает про Африку, которая вовсе и не пустыней ему кажется благодаря «всяким перекати-полю и насекомым, стремящимся к тебе через пятаку на ПМЖ в печень пробраться». Рассказывает про героя романа Жюль Верна «Путешествие и приключения капитана Гаттераса», где Северный полюс предстаёт как действующий вулкан посреди моря. И где Гаттерас, уже после путешествия попавший в лечебницу, без компаса «каждый день ходит по саду в одном направлении: север. Капитана не престанно влекло к северу».

— Я думаю, Арктика — это тоже

центра детско-юношеского туризма Министерства образования РФ и при участии Министерства спорта РФ, в отборе кандидатов предпочтение отдавалось воспитанникам кадетских образовательных учреждений. Полярная команда отбиралась долго и тщательно путём прохождения через многочисленные анкетирования, тестирования и учебно-тренировочные сборы, финал которых состоялся в марте в лагере «Большое Приключение» в Карелии. Критерием комплексной оценки каждого кандидата стало соответствие его подготовки тому уровню физических и психологических нагрузок, которые присущи экстремальному арктическому походу. Экспертами выступили инструкторы по спортивному туризму, психологи, организаторы экспедиции. Оценивалась общефизическая и спортивно-туристская готовность, морально-волевые качества и такие особенности личности, как доброжелательность, коллективизм, общительность, полезность для других. Выбрать лучшего из своих товарищей могли и сами подростки. Это — две первые номинации. Итоги интеллектуальных викторин дали базу для ранжирования кандидатов ещё по одной категории. Заслуженный тренер РФ, профессор кафедры физвоспитания Национального исследовательского технологического университета МИСиС Александр Буслаков отметил, что в этом году выдающийся результат — все первые места в означенных номинациях — показала одна участница. Но и остальная молодёжь, попавшая в заветную семёрку лидеров, вырвалась вперёд со значительным превосходством среди сверстников.

Накануне отлёта юным полярникам была устроена последняя экстремальная тренировка — плавание в полной арктической экипировке в Большом Строгинском затоне, где с помощью сотрудников Московской службы спасения на водах МЧС России был создан импровизированный Северный Ледовитый океан.

Соруководитель экспедиции профессиональный врач Алексей Сейкин считает, что главное — в каком состоянии здоровья и духа мероприятие начинается. Спрашиваю у него:

— Были ли у путешественников какие-либо проблемы со здоровьем во время этого уникального лыжного похода? — Ни на старте, ни на финише больных не было. Мне приходилось врачевать только ушибы — то санями сзади кому-нибудь наподдаст, то в ледовую трещину свалишься... Вот я сам, например, слегка провалился в этакое «снежное болото», но ребята меня быстро вытащили, обошлось без всяких последствий. Лечение группы сводилось к нанесению иногда на ночь мазей под бинт. Через пару дней всё проходило.

— Много препаратов с собой на Севере иметь надо? — С учётом того, что следует брать в основном только таблетки и порошки — жидкие препараты не подходят из-за мороза — наша групповая аптечка весила около 4 кг. Но без этого, когда кругом ни души, кроме животных, а под ногами 2 м льда и 4 км океанских вод, отправляться в подобный поход не посоветую.

* * *

Это путешествие вновь подтвердило, что приполюсные районы остаются суровыми и неприступными, как и столетие назад, когда здесь побывали первопроходцы. Но и сейчас, как и в предыдущих 8 экспедициях под предводительством Шпаро, наша молодёжь справилась. Четверо юношей и три девушки 16-17 лет из 7 регионов России — все преодолели и по собственному желанию готовы стать некими «маяками» в среде сверстников для того, чтобы помогать своим ровесникам искать правильный путь, с нужными целями и устремлениями в океане жизни. Об этом на встрече с прессой по возвращении говорила старшеклассница из Челябинска Эльмира Мушина. 16-летняя студентка лица из Хабаровска Анна

Кальмушина призналась, что шла с девизом «Главное в жизни — не останавливаться!», который ей «между делом» подсказал Алексей Сейкин. Кировская лицеистка Арина Рычкова рассказала, что покорение Северного полюса было её давней мечтой — такие мероприятия рожают новое видение своей планеты и меняют судьбы людей.

Питерскому кадету, будущему МЧСовцу Дмитрию Шапкину больше всего запомнилось полярное явление трёх солнц и четырёх радуг вместе.

Кемеровский кадет Александр Песков с юмором отметил, что родители отпускали в экспедицию с надеждой, что все выживут. Артём Ракоца, кадет из Вологды, поделился мнением, что в реальности ощущения опасности, страха не было, но опыт командной работы в походе получен незаменимый.

А 16-летний кадет из Москвы Алексей Копачев признался, что его любимый полярный герой — Руаль Амундсен.

В анкете на конкурсный отбор десятиклассник написал, что «хочет испытать себя в экстремальных условиях». Его мечта покорить не только Северный полюс, но и побывать в другой не менее интересной географической точке — на Полюсе относительной недоступности. Алексей совершенно справедливо подытожил, что полюс — он у каждого свой. Для этого такие экспедиции и организуются, чтобы помочь молодёжи познать себя и найти своё место в жизни.

Под крики восторга юных полярников руководитель Федерального центра детско-юношеского туризма и краеведения Михаил Бостанджого сообщил, что участники завершившейся экспедиции получают ещё одну возможность встретиться в таком же составе этим летом в более тёплой обстановке — на площадке знаменитого черноморского лагеря «Артек».

После пресс-конференции по поводу удачного завершения очередного проекта началось неформальное общение: все радовались, улыбались, дарили подарки. На моих глазах давний товарищ семьи Галя Моррелл (путешественник, журналист и художник) пополнила коллекцию белых медведей Матвея прозрачным хрустальным экспонатом, специально провезённым ею перед тем, как стать подарком Матвею, по побережью Северного Ледовитого, повидавшим Арктику и Гренландию, Чукотку и Якутию, Аляску и Канаду... Сотрудники коллектива Центра дополнительного образования «Лаборатория путешествий» преподнесли своему директору мягкого косолапого, восседающего на санях с мешком шоколадных конфет «Мишка на Севере».

А лучший подарок по случаю, конечно же, — восхищённые взгляды миллионов мальчишек и девчонок — того самого подрастающего поколения, ради которого отец и сын Шпаро и совершают свои походы.

Жанна ДЫМОВА,
корр. «МГ».

Москва.



Почему вы продолжаете покорять именно Северный полюс, а не что-нибудь покомфортнее?

— Уровень риска и физической нагрузки в наших экспедициях контролируемые: это всего около 7 дней и в пределах сотни километров, сани весят 40-50 кг, ребята до этого проходят всю необходимую подготовку. Это маршрут 2-й категории сложности из 6 возможных, такое по плечу всем допущенным участникам. С каждым километром, с каждым днём ребята меняются в лучшую сторону, на глазах из отдельных

болезнь. Для избранных, — уже всерьёз оканчивает занимательный экскурс в историю, географию и литературу известный полярник.

— Самый лучший подарок на день рождения уже получен?

— Хочется надеяться, что «лучшее, конечно, впереди»... Мне всего 41 год, отцу — 75, но он многое ещё может легко покорить. Так что надеюсь, жизнь подарит мне в будущем ещё много достижений и знатных походов!

Положением об экспедиции 2016 г., разработанным совместно со специалистами Федерального

На литературный конкурс

Любовь КОЛОСОВА

Цвести нам и не отцветать!

Тост за медицину

У столичных докторов просто не жизнь, а малина! Как любят их и как балуют вниманием благодарные пациенты!

Если сельский доктор прилежно трудится – он рискует поправиться за месяц килограммов этак на десять, если только один будет пользоваться «плодами» этих благодарностей – вкусным деревенским молоком, густой сметанкой, душистым салом, картошечкой с «экологически чистых» огородов. Лично мне удавалось «содержать» на эти «благодарности» не только друзей, соседей, да половину нашего Пружанского военного городка, пожалуй! Иначе никак нельзя – обидишь: в деревне так – ты с вниманием, и к тебе с заботой и участием. А отблагодарить эти труженики могли только тем, что сами вырастили и собрали трудами своими тяжёлыми.

Прилежным столичным докторам уготована другая «участь» – творческое и духовное развитие: то тебе билеты в театр, то на концерт с какой-либо знаменитостью, то на «презентацию». Не хочу сказать, что меня не интересует театр, но «презентации» нравились больше – своей непредсказуемостью впечатлений, колуарностью собраний и необычностью тем. Вот, например, праздник «Божоле» во французском посольстве, или презентация торговых домов арманьяков. Вы не были? Тогда для вас – подробности.

Всё это «действие» проходило в уютном зале на Тверской, в конце рабочей недели и дня – соответственно, чтобы приглашённые могли вдоволь «насладиться и расслабиться». Насчёт «насладиться» я тогда сомневалась – не такой я любитель крепких напитков, а вот «расслабиться» не мешало.

Собрались ценители. В предвкушении начала мероприятия они прогуливались вдоль заставленных бутылками столов, обменивались репликами. Мы с приятельницей Светланой – не из этого клана: мы употребляем красное сухое вино в умеренных количествах, по празд-



никам, исключительно для блага здоровья, то есть для улучшения микроциркуляции и стимуляции кровотока... А так как со здоровьем у нас всё в порядке, то и «лечимся» мы не часто. Коньяк мы, конечно, пробовали, а вот что такое арманьяк – пока нам неизвестно. Пока...

Но вот уже выстраиваются длинные очереди – исполнить дань традиции, испить первую рюмочку душистого напитка из рук хозяина торгового дома. Я безоговорочно выбираю ту очередь, где на «разливе» – хрупкая, очаровательная, улыбочивая женщина, единственная женщина среди хозяев арманьячных домов. Да, я вообще за «матриархат»: у женщин в этом «равноправном» мире слишком много обязательств, женщине вообще трудно пробиться через крутые мужские спины на карьерный «Олимп», женщине вообще сложно, а в таком «крепкоградском» мужском бизнесе – особенно сложно! Поэтому в моей душе рождается тост, совершенно искренний тост, совершенно уместный тост в такой обстановке: за успех и процветание именно её торгового Дома. И когда

подходит моя очередь получить из её рук рюмочку арманьяка, я со свойственной врачам убедительностью и настойчивостью начинаю свой тост «декламировать». Доселе улыбочивая женщина немного меняется в лице, но держится и пытается всунуть в руки полагающуюся мне порцию напитка. Но я же русский врач (нас просто так не оставишь), я же должна договорить, я же должна «допеть тот торжественный гимн», который я сочинила в её честь! Я продолжаю, на всякий случай поэнергичнее и поэмоциональнее, помогаю выразить всю бурю моих восторгов пока ещё свободными руками. Француженка бледнеет и растерянно оглядывается. В красивых глазах – испуг. Меня это настораживает, но не останавливает. Рядом с ней засуетились встревоженные сотрудники, кого-то зовут, за кем-то посылают... оказалось, за переводчиком!

Какая же я недогадливая! Она же настоящая француженка! Она же – ни слова по-русски! А я «прицепилась» к ней со своим тостом. Все нормальные посетители уже получили свою порцию арманьяка, сдобренную «дежурной» улыбкой

и ушли закусывать в соседний зал. А какая-то тётенька (то есть я) что-то тараторит, машет руками, а арманьяк – не пьёт! Принципиально не пьёт! Спас положение найденный кем-то и уже прилично «наарманьяченный» переводчик, который с огромным удовольствием перевёл мою «пламенную» речь. То ли перевод был по-русски «пламенным», то ли стресс от русского тоста – очень сильным, но француженка сочла необходимым выпить вместе со мной и поинтересовалась моим «статусом». Узнав, что я не сомелье, не ресторатор, и даже не журналист, а простой русский доктор, предложила выпить ещё раз – теперь уже за процветание поликлиники, в которой я работаю, а потом ещё раз – за здоровье братских наций – французов и россиян.

Она с удовольствием рассказала, что французы больше любят арманьяк. Это более терпкий, более насыщенный, более душистый напиток, нежели коньяк. Он разнообразней по вкусу и аромату – как разнообразны наши впечатления о жизни и мире. Он выраженно-таниновый, с «улыбочкой» из Гасконии (выдерживается в бочках из Гасконского дуба). Он – с душой и характером. Он такой крепкий и искренний, как объятья друга: поэтому его и распивают в компании друзей. Конечно, уехала я с «презентации» с бутылкой коллекционного арманьяка для своих коллег-докторов, которые арманьяк ещё не пробовали.

Иногда я вспоминаю этот забавный случай, эту улыбочивую француженку, когда нахожусь на полках магазина одинокую запылившуюся от невостребованности и непопулярности на российском рынке бутылочку арманьяка. Я обязательно её покупаю, чтобы побаловать себя и своих друзей – тех, которые рядом; и вспомнить и пожелать здоровья тем, которые не так уж и далеко...

Москва.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Кто силён – тот и с фигой

- Таланту противопоказан график.
- Любопытные глаза растут быстрее человека.
- Где всё потеряно, ищите деньги. Они всё покажут и всё найдут.
- С возрастом мозговые извилины становятся глубже. Но выправляются в бесконечную прямую.
- Страх перед бутылкой: «Опять не хватит!»
- У морской болезни все диагнозы на берегу.
- Привычка сильного – держать фигу наготове.
- Очки зарабатывали – с каждого носа.
- Советы политику: обдумывайте каждое слово, обдумывайте каждую букву, обдумывайте каждого себя...
- Настоящая рыночная экономика должна сама себя продавать.
- Всё, чего у тебя нет, ты можешь восстановить отсутствием совести.
- Когда говорит совесть, почему-то отключаются все микрофоны.
- Среди ошибок молодого писателя больше всего – орфографических.
- Не забывайте детство. С годами вам ещё придётся там побывать.
- Самое свежее зло уже с запахом.
- Одесситы любят свой город. Но больше всех свой город любят одесситы, которые разъехались из Одессы по свету.
- Сколько приходило мыслей... Но ни одной не удалось приучить к труду.
- В каждой женщине спрятана прекрасная женщина. Как её там найти?
- Ночью плачут – одинокие, а днём – многосемейные.

Московская область.

СКАНВОРД																																																																																																																																																																											
Город, Москов. обл.	Амбро-ксол	Истощение организма	Аромат. смола	Риспери-дон	Рос. скрипач	Метил-фени-ловый эфир	Спутник Юпитера	Авар. поэт																																																																																																																																																																			
	Греч. буква		Угне-тенный	Зорин, роман	Прижим	Ящери-ца, Юж. Азия	Средне-век. портал, Восток	Промы-словый мол-люск	Мерлу-за	Персона ... грата																																																																																																																																																																	
Селе-ние, Сибирь	Дубиль-ное расте-ние		Рос. историк			Непол-ный паралич		Горький поро-шок																																																																																																																																																																			
	Джаз-...	Акута-гава, новелла		Аккра	Родст-венник куницы	Грина-уэй		Клод-роновая кислота																																																																																																																																																																			
Геодез. инстру-мент	Клятва		Стра-винский, балет		Боевой клич	Киргиз-ский поселок	Франц. живо-писец		Флейта, Юж. Амери-ка																																																																																																																																																																		
		Любовь Геракла		Река, Казах-стан		"Винни-Пух", перс.																																																																																																																																																																					
Старин. огнестр. оружие	Монах		Фиговое дерево		Ирина																																																																																																																																																																						
Автор Валерий Шаршуков	Отрава	Одна из Запаш-ных		Набойка на обуви																																																																																																																																																																							
<table border="1"> <tr><td>М</td><td>А</td><td>Г</td><td>Д</td><td>А</td><td>Я</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>К</td><td>С</td><td>И</td><td>Т</td><td>Н</td><td>Я</td><td>Г</td></tr> <tr><td>В</td><td>Е</td><td>Р</td><td>И</td><td>Т</td><td>М</td><td>В</td><td>И</td><td>Г</td><td>А</td><td>Н</td><td>Т</td><td>О</td><td>Л</td><td>Т</td><td>Е</td><td>Е</td></tr> <tr><td>С</td><td>О</td><td>Т</td><td>Р</td><td>Е</td><td>Т</td><td>Р</td><td>А</td><td>Д</td><td>О</td><td>Г</td><td>Г</td><td>И</td><td>И</td><td>И</td><td>С</td><td>А</td><td>Д</td><td>М</td></tr> <tr><td>Т</td><td>У</td><td>Д</td><td>А</td><td>С</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Д</td><td>К</td><td>А</td><td>Р</td><td>Н</td><td>А</td><td>П</td><td>А</td><td>Н</td><td>О</td><td>В</td><td>А</td><td>Е</td><td>Ж</td><td>И</td></tr> <tr><td>Е</td><td>О</td><td>С</td><td>Н</td><td>О</td><td>Б</td><td>О</td><td>Г</td><td>Ш</td><td>О</td><td>К</td><td>У</td><td>К</td><td>Ш</td><td>А</td><td>Я</td><td>Н</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Ч</td><td>И</td><td>С</td><td>Л</td><td>О</td><td>Б</td><td>И</td><td>Б</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Т</td><td>У</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>А</td><td>С</td><td>Г</td><td>Р</td><td>О</td><td>Т</td><td>Б</td><td>И</td><td>Р</td><td>Т</td><td>У</td><td>Г</td><td>А</td><td>Н</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Е</td><td>Ш</td><td>Е</td><td></td><td></td><td></td><td>А</td><td>Д</td><td>А</td><td>Р</td><td>А</td><td>Р</td><td>О</td><td>К</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>										М	А	Г	Д	А	Я					К	С	И	Т	Н	Я	Г	В	Е	Р	И	Т	М	В	И	Г	А	Н	Т	О	Л	Т	Е	Е	С	О	Т	Р	Е	Т	Р	А	Д	О	Г	Г	И	И	И	С	А	Д	М	Т	У	Д	А	С	Л	Е	Д	К	А	Р	Н	А	П	А	Н	О	В	А	Е	Ж	И	Е	О	С	Н	О	Б	О	Г	Ш	О	К	У	К	Ш	А	Я	Н	А				Ч	И	С	Л	О	Б	И	Б	Л	Е	Т	У	Р										А	С	Г	Р	О	Т	Б	И	Р	Т	У	Г	А	Н									Е	Ш	Е				А	Д	А	Р	А	Р	О	К	А							
М	А	Г	Д	А	Я					К	С	И	Т	Н	Я	Г																																																																																																																																																											
В	Е	Р	И	Т	М	В	И	Г	А	Н	Т	О	Л	Т	Е	Е																																																																																																																																																											
С	О	Т	Р	Е	Т	Р	А	Д	О	Г	Г	И	И	И	С	А	Д	М																																																																																																																																																									
Т	У	Д	А	С	Л	Е	Д	К	А	Р	Н	А	П	А	Н	О	В	А	Е	Ж	И																																																																																																																																																						
Е	О	С	Н	О	Б	О	Г	Ш	О	К	У	К	Ш	А	Я	Н	А																																																																																																																																																										
Ч	И	С	Л	О	Б	И	Б	Л	Е	Т	У	Р																																																																																																																																																															
А	С	Г	Р	О	Т	Б	И	Р	Т	У	Г	А	Н																																																																																																																																																														
Е	Ш	Е				А	Д	А	Р	А	Р	О	К	А																																																																																																																																																													
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 33 от 13.05.2016.</p>																																																																																																																																																																											

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
 Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА, К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
 Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
 Заказ № 16-04-00280 Тираж 28 977 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; ская сеть «МГ»: Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 289191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета». Подписные индексы в Объединённом каталоге «Пресса России»: 50075 – помесечная, 32289 – полугодовая, 42797 – годовая.