

Медицинская

19 февраля 2016 г.
пятница
№ 12 (7632)

газета®

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

Акции

Профилактики много не бывает

О предупреждении инфекционных заболеваний словом и делом напоминают в Алтайском крае



Минздравом России и Федеральной службой в сфере здравоохранения проведено видеоселекторное совещание по вопросам лечения ОРВИ и гриппа. В нём приняли участие представители всех регионов РФ.

Первый заместитель министра здравоохранения РФ Игорь Каграманян в своём выступлении отметил Алтайский край как регион, в котором ситуация с ОРВИ и гриппом является стабильной и управляемой. В крае развёрнуто необходимое количество инфекционных и реанимационных коек. Кроме того, создан достаточный запас лекарственных

Участие в акции студентов-медиков придало серьёзному мероприятию особый колорит и весёлое настроение

препаратов в лечебных и аптечных учреждениях.

Большое внимание уделяется в крае и профилактике. Так, несколько дней назад в Барнауле впервые прошла акция «Стоп, грипп!», организованная Краевым центром медицинской профилактики совместно с Алтайским государственным медицинским университетом.

В рамках акции студенты-медики обучали посетителей торгового комплекса мерам профилактики ОРВИ и гриппа. Участники акции раздавали медицинские маски, рассказывали

о правилах использования данного средства защиты, напоминали жителям Барнаула об основах ведения здорового образа жизни и правилах гигиены, профилактике заболеваний.

Пик острых респираторных заболеваний в Алтайском крае пройден, но специалисты напоминают: пренебрегать средствами защиты от вирусов не стоит, потому что профилактики много не бывает.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Иван АРТЮХОВ,
ректор КрасГМУ,
доктор медицинских наук,
профессор:

Получение студентами знаний о будущей профессии должно идти в процессе научной работы и клинических исследований.

Стр. 10



Владимир ФОРТОВ,
президент
Российской академии наук:

Мы должны сделать всё необходимое, чтобы три области – медицина, сельское хозяйство и наука «большой» академии – работали синхронно и вместе.

Стр. 11

Акценты

Критика должна быть объективной

Минздрав России распространил комментарий о критике проекта приказа Министерства здравоохранения РФ «О требованиях к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения исходя из потребностей населения». В рамках общественного обсуждения высказывается ряд противоположных мнений.

Так, например, экспертами фонда «Здоровье» высказаны опасения, что «на 20 тыс. человек должна приходиться одна поликлиника, в связи с чем для одного только городского жителей понадобится около 5 тыс. самостоятельных поликлиник». Кроме того, существует вероятность, что «где-то образуется избыток медицинских организаций, а где-то возникнет их значительный дефицит».

С другой стороны, на парламентских слушаниях в Комитете Государственной Думы РФ по охране здоровья заместитель председателя правительства Республики Саха (Якутия) А.Дьячковский, ссылаясь на проект приказа, заявил об угрозе ликвидации 268 медицинских организаций различного уровня, в том числе 150 участковых больниц, 66 врачебных амбулаторий, 12 городских больниц, 20 центральных больниц.

Высказанные позиции вызывают некоторые недоумения.

Во избежание дальнейших разночтений в оценке требований, устанавливаемых в проекте приказа, следует учитывать, что:

1. Разработка подходов к рациональному размещению медицинских организаций и их структурных подразделений с учётом имеющихся дорог и транспортных маршрутов относительно к задачам субъекта РФ. Основой для рационального распределения объектов здравоохранения является сложившаяся сеть медицинских организаций.
2. В проекте приказа обозначается рекомендуемая численность обслуживаемого населения, при которой создаётся медицинская организация, которая с учётом транспортной доступности, а также климатических и географических особенностей регионов может быть обоснованно скорректирована.

Данное положение не исключает возможности размещения медицинской организации в населённом пункте с меньшей численностью проживающих при условии обслуживания населения близлежащих населённых пунктов.

Так, например, наличие участковой больницы в населённом пункте с численностью менее 5 тыс. человек не означает необходимости её закрытия, а является условием для формирования маршрутизации в неё пациентов из соседних населённых пунктов. Отсутствие указанных населённых пунктов наряду с транспортной доступностью, низкой плотностью населения, а также климатическими и географическими особенностями является одним из обосновывающих критериев для сохранения медицинской организации в данном населённом пункте.

Соб. инф.

Признание

Доктор назван подвижником

Первым обладателем почётного знака «За заслуги перед городом Смоленском», недавно утверждённого решением городского совета, стал профессор Смоленского государственного университета доктор медицинских наук Александр Литвинов.

К награде А.Литвинова представили активисты областного отделения Союза краеведов России, обосновав своё ходатайство активной и результативной деятельностью профессора по исследованию биографии губернатора-реформатора Николая Бороздны

(1808-1878), активно развивавшего на Смоленщине социальную инфраструктуру, и прежде всего – здравоохранение, открывавшего дома призрения, поддерживавшего земскую медицину...

Благодаря стараниям Александра Литвинова на родине Н.Бороздны в селе Киваи Брянской области сооружён мемориал, а в Смоленске готовится к открытию памятный знак. Эту подвижническую деятельность врача и краеведа отмечали, поздравляя Александра Васильевича с наградой, которую ему вручил председатель горсовета Юрий Сынкин. На вруче-

нии присутствовали ректор Смоленского медицинского университета Игорь Отвагин и глава администрации города Николай Алашеев.

Увлечение историей медицины, культурологией позволяют А.Литвинову с успехом читать лекции по истории русской литературы и медицины перед студентами отделения журналистики Смоленского государственного университета. В его писательском арсенале – 9 научно-популярных книг.

Владимир КОРОЛЁВ,
соб. корр. «МГ».

Смоленская область.

Новости

Министр представила нашу вакцину

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова провела презентацию российской вакцины против лихорадки Эбола в Женеве. «Мы хотели бы, чтобы все последующие наши применения вакцины, в том числе проведение регистрационных исследований, проходили при наличии постоянных наблюдателей Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединённых Наций – тех международных структур, которые заинтересованы в таком наблюдении, в том числе и в ведении протокола исследований, что будет важно для правильной и объективной статистической обработки всех результатов», – считает Вероника Скворцова.

Министр пояснила, что российская вакцина от лихорадки Эбола может быть поставлена в Гвинею уже в марте-апреле 2016 г., объёмы её производства могут достичь 10 тыс. доз в месяц.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

Москва.

Премии за перегрузки

Губернатор Новосибирской области Владимир Городецкий дал поручение Министерству здравоохранения области найти возможность дополнительно премировать сотрудников службы скорой помощи за напряжённую работу во время подъёма заболеваемости ОРВИ и гриппом.

В пик эпидемии среднее число выездов «скорой» достигало 3,5 тыс. в сутки, что значительно превышало средние показатели по году. «Нужно поддержать медработников, которые трудятся сейчас в напряжённом режиме, особенно сотрудников бригад скорой помощи», – считает В.Городецкий.

Из-за снежных заносов машинам «скорой помощи» было трудно передвигаться по районам с малозатойной застройкой, несколько раз их приходилось брать на буксир. Губернатор потребовал принять срочные меры по обеспечению свободного проезда санитарного автотранспорта к жилым домам в частном секторе областного центра.

Между тем, по информации Минздрава Новосибирской области и территориального Управления Роспотребнадзора, вспышка идёт на спад. За последнюю неделю количество обращений за медицинской помощью по поводу ОРВИ и гриппа снизилось более чем в 2 раза.

По последней информации, зарегистрировано более 37 тыс. случаев заболевания ОРВИ и 470 случаев гриппа. Есть и печальная статистика: в столице Сибири произошло три случая смерти людей от осложнений, вызванных гриппом. Во всех трёх случаях, акцентируют в областном Минздраве, больные не были привиты от гриппа.

Елена БУШ.

Новосибирск.

Карантин отменён

Ситуация с заболеваемостью гриппом и ОРВИ в Камчатском крае приходит в норму. В связи с этим карантин отменён во всех общеобразовательных школах, детских дошкольных учреждениях и учреждениях дополнительного образования полуострова, сообщали в правительстве региона.

По данным Министерства здравоохранения Камчатки, значительно снизилось количество обращений как в поликлиники, так и в скорую помощь. Если в пиковые недели количество вызовов «скорой» составляло порядка 400, то в настоящее время их отмечается 290-300. Также снижается число госпитализированных с симптомами ОРВИ и гриппа. На стационарном лечении сейчас находится 247 человек, из них 86 пациентов с пневмониями.

Несмотря на возобновление учебного процесса, специалисты будут проводить еженедельный мониторинг посещаемости детей, организовывать так называемые утренние фильтры, чтобы к занятиям не были допущены ученики с температурой или симптомами гриппа и ОРВИ.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Петропавловск-Камчатский.

Всегда желающие детям добра

Во время празднования 5-летнего юбилея областного перинатального центра ОДКБ № 1, в котором приняли участие представители правительства, министерства здравоохранения, Законодательного собрания и медицинских учреждений всего Уральского региона, министр здравоохранения Свердловской области Аркадий Бежавский вручил руководителю центра Андрею Жилину международный сертификат и диплом Всемирной организации здравоохранения о присвоении лечебному учреждению статуса «Больница, доброжелательная к ребёнку».

– Сегодня в области это звание имеют 19 акушерских стационаров, 17 поликлиник и 16 женских консультаций. Но в России не было ещё перинатальных центров, которые получают эту награду за акушерский стационар, за реанимацию новорождённых и за второй этап выхаживания новорождённых, – отметил он.

Статус «Больница, доброжелательная к ребёнку» присваивает Всемирная организация здравоохранения. Обязательным условием для получения сертификата является наличие в учреждении программы по поддержке грудного вскармливания и программы «Мать и дитя», когда с первых минут жизни ребёнок находится рядом с матерью.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

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

Ситуация

Дышите свободно!

Вслед за эпидемией гриппа потянулись вопросы



Очень часто сегодня в московских аптеках спрос опережает предложение

Такого ажиотажа в московских аптеках не было давно. В считанные дни из продажи исчезли противовирусные препараты и медицинские маски.

«Масок у нас нет уже неделю, оксолиновой мази тоже», – на всякий случай предупредил автора этих строк провизор в аптеке, расположенной неподалёку от станции метро. В других аптеках (а всего их 5 на небольшом пятке у входа в подземку) тоже разводили руками.

Не стоит сгущать краски, считает исполнительный директор НП «Аптечная гильдия» кандидат фармацевтических наук Елена Неволлина: «На двух соседних улицах мы можем увидеть совершенно разную картину. В аптеках, выполняющих свои обязательства по оплате товара поставщику, всегда есть препараты, по крайней мере, аналогичные. А иногда в аптеках под разными брендами, но принадлежащими одному собственнику, может не быть того или иного необходимого лекарственного средства. И создаётся ложное ощущение дефицита. Здесь встаёт вопрос монополизации аптечными сетями городов».

По словам эксперта, к 1 февраля 2016 г. Федеральная антимонопольная служба должна была

разработать план мероприятий по недопущению монополизации на аптечном рынке, но этого так и не было сделано.

Объём реализации противовирусных препаратов в столице в январе 2016 г. вырос в 3,1 раза по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. Свою «лепту» в ажиотажный спрос внесли СМИ, которые озвучили наименования 3 лекарственных препаратов, рекомендованных ВОЗ для профилактики и лечения гриппа, в том числе свиного А (H1N1).

Так, по данным Е.Неволиной, спрос на один из них возрос на 500%. «Люди в панике закупали десятки упаковок препарата, не обращая внимания на то, что он рецептурный, и применять его без назначения врача небезопасно», – заключила эксперт.

В результате те пациенты, которым он действительно необходим, не могли его купить в аптеке. Однако в Интернете с этим проблем не было. На сайтах бесплатных объявлений его предлагали за 5-7 тыс. руб. за упаковку. При этом реальная цена (препарат входит в Перечень ЖНВЛП) не превышает 1400 руб. В итоге в Москве запретили свободную продажу препарата, теперь в государственных аптеках он будет отпускаться только по рецептам.

Санитарная зона

Перешли на семидневку

Такое решение для работы поликлиник и аптек принято на заседании штаба по предупреждению распространения гриппа и ОРВИ на территории Ульяновской области.

– В связи с увеличением числа обращений ульяновцев в лечебные учреждения мы повышаем доступность медицинской помощи. В эпидсезон наши поликлиники временно переходят на семидневную рабочую неделю. Дежурные специалисты будут принимать пациентов и в выходные, в том числе воскресные дни, по графику. В связи с этим лечебные учреждения должны максимально распространить информацию среди пациентов о контактных телефонах и часах работы. Кроме того, достигнута договорённость с Ульяновским государственным университетом о том, что на этапе первичного звена докторам будут помогать интерны и студенты. Мы распределим ребят в те учреждения, где их помощь реально необходима, – отметил

заместитель председателя правительства области – министр здравоохранения Павел Дегтярь.

Также из-за увеличения количества вызовов скорой помощи в вечернее время принято решение усилить неотложные службы при поликлиниках медицинскими работниками первичного звена. Для динамического наблюдения за пациентами на протяжении всей болезни, в том числе лёгкой формы, участковые врачи должны оставлять свой контактный номер для своевременной связи, корректировки лечения и своевременной госпитализации.

Для госпитализации больных гриппом в лечебных учреждениях зарезервирован коечный фонд. Специалисты профильного ведомства регулярно проводят проверки наличия необходимого ассортимента противовирусных препаратов и изделий медицинского назначения в аптеках, в том числе в государственной аптечной сети региона.

– Потребность в лекарствен-

Однако, как признаёт эксперт, цены на лекарственные средства, которые не попали в перечень, значительно выросли, в среднем на 23-25%. Резко подорожали и медицинские маски, но и их было не найти – полугодовой запас масок отечественного производства был раскуплен за 2 недели января. Брешь закрыли благодаря зарубежным производителям, но потребителям пришлось снова раскошелиться: цены на импортные маски из-за роста курса валют оказались кусачими.

– У нас в стране производится много своих противовирусных препаратов, но не все знают об их эффективности, – прокомментировал ситуацию с дефицитом лекарств генеральный директор Ассоциации российских фармацевтических производителей (АРФП) Виктор Дмитриев.

По его словам, дистрибьюторы и аптечные сети не делали в этом году больших запасов данной группы препаратов, памятуя опыт предыдущей эпидемии гриппа в 2009 г. Тогда дефицита медикаментов не было, но после того как она пошла на спад, продажи противовирусных препаратов сошли на ноль, и некоторые аптеки были вынуждены утилизировать нераспроданные лекарства.

Как отметил В.Дмитриев, в настоящее время обсуждается вопрос о создании на государственном уровне неприкосновенного запаса подобных препаратов и средств защиты на случай повышенного спроса во время эпидемии гриппа.

Сегодня уже можно подсчитать, во что обошлось москвичам переболеть гриппом. По оценке «Аптечной гильдии», диапазон цен составил от 700 руб. (включая покупку витаминов и симптоматических средств) до 4 тыс. руб., когда развились осложнения заболевания и потребовалось назначение курса различных антибиотиков.

Ирина СТЕПАНОВА, корр. «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

ных средствах на данный момент формируется в соответствии со спросом населения. Для этого отдел лекарственного обеспечения аптечной сети ежедневно проводит соответствующий мониторинг. В каждом муниципальном образовании работают государственная аптека или аптечный пункт, где реализуются лекарственные средства, необходимые для профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. Широко представлены в разных ценовых категориях комбинированные препараты для одновременного лечения симптомов заболевания (жар, кашель, боль в горле) и борьбы с вирусом, – пояснила генеральный директор АО «УльяновскФармация» Ольга Кузнецова.

По её словам, для обеспечения постоянного наличия этой группы лекарств и средств индивидуальной защиты осуществлён дополнительный заказ.

Виктория ГУРСКАЯ, внешт. корр. «МГ».

Ульяновск.

Официально

Заключения о GMP

В Минздрав России поступают запросы о копиях заключений на соответствие требованиям надлежащей производственной практики. В этой связи директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай, пояснил следующее:

– 1 января 2016 г. вступил в силу Федеральный закон № 429-ФЗ от 22.12.2014 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обращении лекарственных средств» в части требования обязательного наличия в регистрационном до-

сые копии заключения о соответствии производителя лекарственных средств требованиям GMP, выданного Министерством промышленности и торговли РФ, в случае, если производство лекарственного препарата осуществляется за пределами Российской Федерации.

Отсутствие указанного заключения является основанием для принятия решения об отказе в проведении экспертиз лекарственных средств, произведённых за пределами Российской Федерации, в соответствии со статьями 19 и 34 Федерального закона

№ 61-ФЗ от 12.04.2010 «Об обращении лекарственных средств».

В этой связи Минздравом России, в случае отсутствия в составе регистрационного досье на лекарственный препарат указанного заключения, организована работа по запросу в суточный срок у Минпромторга России информации о наличии такого заключения для учёта при рассмотрении поступающих заявлений в установленный срок.

Подготовил
Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Проекты

Всё больше ведущих специалистов здравоохранения Челябинской области присоединяются к проекту для неизлечимо больных детей «Всегда рядом – видеоконсультирование». Удалённую помощь пациентам паллиативной службы теперь будут оказывать главный оториноларинголог Минздрава области и главный детский стоматолог Челябинска.

Детская паллиативная служба региона весной 2015 г. запустила проект «Всегда рядом – видеоконсультирование», который позволяет в режиме реального времени помогать семьям, воспитывающим «особых» детей.

Спектр оказания консультативной медицинской помощи паллиативным пациентам на Южном Урале расширяется. В ближайшее время главный оториноларинголог Министерства здравоохранения Челябинской области Илья Скирипчиков присоединится к участию

Помощь расширяется

в проекте. Под его руководством будет организована «Видеошкола стомированного больного» для маленьких пациентов с паллиативными состояниями на дому, а также в детских домах, домах ребёнка и других учреждениях.

Семьи, воспитывающие «особых» детей, также нуждаются в помощи стоматологов, которые под руководством главного детского стоматолога Челябинска Юлии Лысковой работают над проектом. Благодаря разработанным анкетам для родителей удалось выяснить, что часто встречающаяся проблема – недостаточность базовых знаний по уходу за полостью рта у детей с паллиативными состояниями. Семьи получили подробные разъяснения по гигиене полости рта, а стоматологи при поддержке спонсоров подарили «особым» детям специальные зубные пасты и щётки.

– Паллиативную помощь детям сложно оказывать силами молодых и неопытных врачей. Проблемы наших пациентов обычно уже нельзя скорректировать силами одного медика, нужен междисциплинарный подход, консилиумы, серьёзные организационные решения. Именно поэтому участие главных специалистов в судьбе маленьких, но уже неизлечимо больных пациентов позволяет создать в Челябинской области действенную модель оказания медицинской паллиативной помощи, – отметила главный специалист по паллиативной помощи детям Министерства здравоохранения Челябинской области Кира Маляра.

Мария ХВОРОСТОВА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Кагры

Руководителями не рождаются

В систему профессиональной подготовки медицинских кадров необходимо добавить подготовку руководителей медицинских учреждений, считает заместитель мэра Москвы по вопросам социального развития, профессор, заслуженный врач РФ Леонид Печатников.

«Уровень медицинского менеджмента для нас – большая проблема. У нас нет специальности «главный врач». Во Франции, где мне довелось некоторое время работать, два факультета готовят директоров госпиталя. Сегодня везде учат менеджменту, но понять экономику здравоохранения очень непросто.

Нет такой отрасли в экономике города, которая была бы настолько сложной», – заявил Л.Печатников на заседании правительства Москвы.

По мнению эксперта, уровень образования врачей в нашей стране пока недостаточно высок, однако количество медперсонала, прошедшего обучение, растёт из года в год.

«В системе городского здравоохранения организованы постоянные стажировки для медицинских работников, в том числе и за границей», – акцентировал вице-мэр, отметив, что Москва направляет на зарубежные стажировки 40 человек в месяц.

Наряду с этим Л.Печатников подчеркнул, что зарплаты врачей столичной системы здравоохранения сейчас выше, чем во многих коммерческих клиниках.

«Многие частные клиники платят своим докторам меньше, чем мы в городском здравоохранении. Устроиться врачом в больницу

или поликлинику Москвы отнюдь не просто. Объективно главный врач поставлен в ситуацию, когда он должен бороться за хорошего специалиста, только он принесёт известность и прибыль медучреждению. А зарплаты главных врачей напрямую зависят от средней зарплаты его медперсонала. Любая ошибка отражается на материальном положении больницы. Мы хотим вернуть врачам престиж. Хотя их работа стала тяжелее, но теперь они с удовольствием на неё ходят. И наблюдается рост производительности труда», – резюмировал заместитель мэра столицы.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Дословно

Изменить принципы ОМС

Главный стоматолог Минздрава России Олег Янушевич предложил создать для стоматологических услуг специальную систему медицинского страхования. Её финансирование могло бы осуществляться как из средств ОМС, так и частично – за счёт добровольного медицинского страхования либо личных средств пациента.

Во время дискуссии, развернувшейся на 1-м российском стоматологическом конгрессе, О.Янушевич напомнил о пробле-

мах рынка и предложил пути их решения.

– Объём ОМС по стоматологии в 2014 г. – 56 млрд руб., – сообщил он. – Это та цифра, которая была представлена Нелли Борисовной Найговзиной, заместителем руководителя аппарата правительства страны. Плюс ещё 14 млрд из добровольного медицинского страхования. Общий расчётный объём рынка – 100-150 млрд. Неизвестно точное количество неформальных платежей. В итоге тарифы ОМС не позволяют говорить о полном покрытии затрат на лечение. Мне

хочется, чтобы мы сформировали базовую часть обязательной стоматологической страховки россиянина. И мы с вами, вместе со страховщиками, вместе со Стоматологической ассоциацией России определим, что в эту базовую часть войдёт как неперемное условие и что будет оказано любому жителю Российской Федерации, – заявил О.Янушевич.

Василий МАРИНИН.

МИА Сити!

Москва.

Статистика

Какие болезни приносят больше бед?

Смертность от онкологических заболеваний в России увеличилась на 4,1% за первые 11 месяцев минувшего года по сравнению с аналогичным периодом года предыдущего. Об этом свидетельствуют данные основного доклада Росстата за прошлый год.

Так, согласно данным ведомства, всего в январе – ноябре 2015 г. от новообразований умерло 271,7 тыс. человек, а за тот же период 2014 г. – 267,6 тыс. Смертность от новообразований по-прежнему занимает второе место в структуре причин смерти в России и составляет 15,5% от общего числа умерших.

Кроме того, за указанный промежуток времени на 4% увеличилось количество умерших от болезней органов пищеварения (92 тыс. и в 2015 г. против 88 тыс. в 2014 г.), а также на 1% выросло количество умерших от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний (29,5 тыс. в 2015 г. против 28,5 тыс. в 2014 г.).

На первом месте в структуре смертности россиян (48,5%) остаются болезни системы кровообращения. Однако количество

смертей от сердечно-сосудистых заболеваний за год сократилось на 21,1% (847,8 тыс. человек в 2015 г. против 868,9 тыс. в 2014 г.). Третье место в структуре смертности занимают внешние причины, среди которых ДТП, алкогольные отравления, самоубийства и убийства. Смертность от этих причин также сократилась за год на 8,5% со 158,4 тыс. человек в 2014 г. до 149,9 тыс. в 2015 г.

По оценке Росстата, численность постоянного населения РФ на 1 декабря 2015 г. составила 146,5 млн человек. С начала года число жителей России возросло на 239,4 тыс. человек, или на 0,16%. При этом на соответствующую дату предыдущего года также наблюдалось увеличение численности населения на 300,2 тыс. человек, или на 0,21%.

«Увеличение численности населения за январь – ноябрь 2015 г. сложилось за счёт естественного и миграционного приростов. При этом миграционный прирост составил 89,8% от общего прироста населения», – говорится в докладе Росстата.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Криминал

Взяточник высокой категории



В Вологодской области за взяточничество, мошенничество и совершение должностных преступлений осуждён бывший невролог бюро медико-социальной экспертизы Алексей Ломжев. Собранные следственными органами Следственного комитета РФ по области доказательства признаны достаточными для вынесения ему приговора.

А.Ломжев признан виновным в совершении преступлений, предусмотренных ч. 3 и п. «в» ч. 5 ст. 290 УК РФ (получение взятки), ч. 3 ст. 159.2 УК РФ (мошенничество), ч. 1 ст. 285 УК РФ (злоупотребление должностными полномочиями), ч. 1 ст. 286 УК РФ (превышение должностных полномочий) и ч. 2 ст. 292 УК РФ (служебный подлог).

Уголовное дело было возбуждено на основании материалов оперативно-розыскной деятельности УМВД России по Вологодской области, а также при содействии регионального управления ФСБ.

Следствием и судом установлено, что обвиняемый, занимая должность врача-специалиста (невролога) филиала бюро медико-социальной экспертизы по Вологодской области многократно брал взятки в виде алкоголя, кондитерских изделий и денег в сумме от 220 до 320 тыс. руб. за способство-

вание в оформлении документов об установлении или продлении инвалидности взрослым и детям Вологды, Вологодского и Кирилловского районов. К нему обращались граждане, желавшие ускорить решение вопроса об инвалидности или упростить процедуру получения соответствующих документов, а также те, кто не имел законных оснований для установления или продления инвалидности. С 2007 г. обвиняемый, совершая мошенничество, сам незаконно получал пенсионные выплаты по инвалидности, оформление которой обеспечил и для себя. За 2005-2013 гг., по данным следствия, сумма незаконного обогащения обвиняемого составила почти 1,8 млн руб.

Приговором суда подсудимому назначено наказание в виде 8,5 лет лишения свободы с отбыванием в исправительной колонии общего режима со штрафом в размере 14 млн руб. и лишением права занимать должности в организациях здравоохранения, связанные с организационно-распорядительной и административно-хозяйственной деятельностью на срок 3 года.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сити!

Вологда.

Практически на каждом российском онкологическом форуме в выступлениях специалистов звучит одна и та же мысль: добиваться значительно более весомых успехов в снижении смертности от злокачественных новообразований нам мешает отсутствие единой национальной программы борьбы с раком. Как только здравоохранение перешло в зону ответственности региональных властей, результаты работы онкослужбы в разных субъектах Российской Федерации стали существенно различаться. Там, где местная власть вовлечена в решение задачи, эффекты противораковых действий очевидны, а там, где онкологическая служба финансируется плохо и организована слабо, смертность от рака выше.

Одна из территорий, где за 5 лет создана по-настоящему эффективная система работы онкологической службы, – Красноярский край. В 2011 г. была принята концепция развития онкологической службы региона до 2020 г. Первым делом началась масштабная реконструкция Красноярского краевого клинического онкологического диспансера им. А.И.Крыжановского. Параллельно реализовалась стратегия совершенствования онкологической помощи, основные компоненты которой таковы: выявление злокачественных новообразований на ранних стадиях; создание условий для абсолютной доступности специализированной и высокотехнологичной онкологической помощи; повышение уровня знаний населения о проблеме рака и мерах его профилактики.

Главный врач Красноярского краевого диспансера Андрей Модестов уверен, что стратегия, избранная 5 лет назад, полностью себя оправдала: анализ различных показателей свидетельствует об увеличении интенсивности и эффективности работы онкологической службы Красноярского края. Так, заболеваемость по итогам 2015 г. составила 432 случая на 100 тыс. населения, что почти на 27% выше уровня 2011 г. Однако рост «неблагоприятного» показа-

теля в данном случае является закономерным следствием двух благоприятных процессов: с одной стороны, увеличения средней продолжительности жизни в регионе за те же 5 лет, а во-вторых, качественно новой системы работы по раннему выявлению злокачественных новообразований.

Форма работы по раннему выявлению злокачественных новообразований, которую здесь условно назвали онкоскринингом, реализуется в Красноярском крае также на протяжении 5 лет. Это региональный проект, который

кального канала у женщин, пальцевое ректальное исследование и анализ крови на ПСА у мужчин. Специально для работников смотровых кабинетов и ФАПов мы издали атлас визуальных форм рака с фотографиями и описанием, – поясняет главный врач онкодиспансера.

О том, какова эффективность красноярской модели онкологического скрининга, говорят данные статистики 2015 г.: доля злокачественных новообразований, выявленных на I-II стадиях, составила 50% против 34% в

технике, но также повышением онконастороженности медработников и населения.

– Мы тратим много времени и сил на методическую работу. За 2 последних года специалисты нашего учреждения объехали все районы Красноярского края, провели встречи со всеми медработниками, говорили о важности онконастороженности. Кроме того, организовали на базе краевого онкодиспансера обучение фельдшеров и акушеров, работающих в ФАПах, правилам осмотра на визуальные формы рака, пра-

2015 г. выполнили 14 тыс. операций – на 5 тыс. больше, чем прежде. При этом доля миниинвазивных вмешательств составила 25%, а к 2020 г. планируется довести её до 35%.

– Мы не просто ждали новый оперблок, но и готовились, активно обучались новым технологиям. Как результат, в прошлом году диспансер впервые получил государственное задание на высокотехнологическую помощь. В настоящее время специалисты диспансера владеют более чем 150 видами операций, входящих в раздел высокотехнологической помощи. В 2016 г. планируется внедрить ещё 50 видов, – делится планами А.Модестов.

Результатом внедрения прогрессивных хирургических подходов стало сокращение среднего койко-дня и, как следствие, срока ожидания больными госпитализации в 3-4 раза. В результате в 2015 г. в условиях круглосуточного стационара пролечено 12,7 тыс. пациентов, по сравнению с 2011 г. это больше на 1,5 тыс. человек.

Кстати, говоря о доступности онкопомощи, главный врач Красноярского онкодиспансера не связывает её исключительно с наращиванием коечной мощности, напротив, в перспективе здесь планируют сократить количество коек круглосуточного пребывания за счёт дневных стационаров. Уже сегодня регион показывает уникальный для России опыт применения стационарозамещающих технологий в онкологии: в течение года в хирургическом, химиотерапевтическом и радиологическом дневных стационарах диспансера проходят лечение 10 тыс. пациентов.

А что же с главным показателем – смертностью от рака в Красноярском крае? Анализ ситуации за 20 лет показал, что произошло замедление роста смертности более чем в 2 раза. Такие успехи стали результатом комплексного и системного подхода, который вполне может служить моделью для национальной антираковой стратегии.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

Ориентуры

Не рассуждать, а действовать

Можно ли создать в России эффективно работающую онкологическую службу?

стал дополнением федерального проекта диспансеризации. Как и диспансеризация, онкоскрининг является частью Территориальной программы госгарантий бесплатной медицинской помощи. В рамках этого проекта каждый житель региона старше 50 лет имеет возможность раз в 2 года – когда не попадает в возрастные параметры диспансеризации – пройти в поликлинике обследование по определённому стандарту на выявление визуальных форм рака.

– Ежегодно 100-105 тыс. жителей края проходят онкологический скрининг. В стандарте обследования осмотр кожных покровов и ротовой полости, пальпирование лимфоузлов, щитовидной железы и молочных желёз, маммография и цитологический мазок из церви-

2011 г. Это – на круг. А по отдельным локализациям результаты ещё более впечатляющие: за 5 лет (с 2011 по 2015 г.) в регионе добились роста раннего выявления при раке кожи на 97%, губы – на 85,7%, тела матки – на 84%, меланомы – на 80,5%, шейки матки – на 69%. Высоким остаётся выявление на I-II стадиях рака молочной железы – почти 70%.

В сравнении с 2011 г. значительно увеличился показатель раннего выявления злокачественных опухолей ободочной кишки – с 12 до 41%, рака желудка – с 10,5 до 31%, прямой кишки – с 17 до 45%, предстательной железы – с 27 до 50%. По словам А.Модестова, столь существенная положительная динамика обусловлена не только оснащением лечебных учреждений современной диагностической

вилам забора цитологического материала. Параллельно обучаем рентгенологов, эндоскопистов из учреждений первичного звена. Все затраты на эту работу – временные и финансовые – окупаются выявлением рака на ранних стадиях и снижением расходов на лечение пациентов с запущенными формами болезни, – заключает руководитель онкодиспансера.

Своевременность диагностики плюс существенное увеличение хирургической мощности диспансера даёт онкологам возможность в значительном числе случаев выполнять органосохраняющие операции. В 2014 г. в краевом онкодиспансере запущен в действие новый операционный блок, благодаря чему здесь перешли с 4-дневного на 5-дневный режим хирургической работы и за

Кагры

В Амурской государственной медицинской академии выпускники впервые прошли пробную аттестацию на тренажёрах и муляжах реального пациента. С 2017 г. экзамен по применению врачебных навыков на симуляторах станет обязательным для всех медицинских вузов. Для будущих врачей были смоделированы 7 различных ситуаций, которые могут произойти с человеком. На спасение пациента в каждом случае давалось не более 6 минут.

Как пояснил руководитель симуляционно-аттестационного центра Амурской ГМА Сергей Ходус, объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ) – это метод оценки знаний будущих врачей, основанный на принципах объективности и стандартизации. Он оценивает решение клинических задач в моделированных условиях на уровне «умения» пирамиды Миллера: работа в команде, умения, принятие решений, знания и навыки. Из всего списка рекомендаций (станций) проведения ОСКЭ, принятых Минздравом России в октябре 2015 г., в медакадемии пока выбрали 7: по диагностике заболеваний сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, по неотложной помощи при внебольничных родах, при внезапной смерти у взрослых и у детей, при шоках, по диагностике и оказанию неотложной помощи при сосудистых заболеваниях головного мозга и при других патологиях. Современное оборудование, кото-

Вспомнить всё и спасти

Будущие врачи проходят сложное, но необходимое испытание



Идёт экзамен по применению врачебных навыков на симуляторах

рым сегодня оснащён симуляционно-аттестационный центр (САЦ), АГМА позволяет максимально реалистично имитировать различные медицинские случаи.

Перед началом ОСКЭ для его участников проводят брифинг – вводную часть, где разъясняются порядок прохождения аттестации и правила, которые необходимо соблюдать. Затем звучит звуковой сигнал, и будущие врачи в халатах,

масках, перчатках входят в кабинеты, где их ждут пациенты, которым нужно оказать медицинскую помощь – оперативно, грамотно.

На двери каждого кабинета информация-задание для студента, в котором изложена краткая легенда пациента. На выполнение одного задания даётся 6 минут. На мониторах, за которыми сидят эксперты, с помощью видеокamera ведётся аудио и видеофиксация всех

действий студента. В целях объективности студенты не видят своих экспертов, так же как перед экспертом (это, как правило, преподаватели кафедры) в оценочном листе указан лишь порядковый номер экзаменуемого. Тут уж, действительно, никто не поможет, не подскажет – чему научился, что знаешь, умеешь, то и покажешь.

Это действительно реальная возможность для выпускников медицинского вуза проверить свои знания перед тем, как они начнут работать с пациентами, говорят сотрудники САЦ. Обстановка на станции максимально приближена к реальной действительности. И нужно предпринять все меры, выполнить правильно все действия и шаги, чтобы спасти пациента, оказать ему необходимую медицинскую помощь. Здесь главное не паниковать, а вспомнить всё, чему учили.

Специалисты говорят, что хорошо учиться в медицинском вузе, это конечно, здорово, но уметь совмещать теорию с практикой – это не так-то просто. Здесь нужны навыки, и возможности симуляционно-аттестационного центра для этого просто уникальны. Подтверждением этому является тот факт, что с 2017 г. сдача ОСКЭ будет обязательной для всех медицинских вузов РФ. Выпускник, не прошедший это испытание, не сможет получить сертификат врача и, соответственно, право вести медицинскую деятельность.

Более того, в рамках непрерывного медицинского образования каждому врачу необходимо будет в течение года набирать определённое количество баллов по своему профессиональному усовершенствованию, и обучение в симуляционно-аттестационном центре при этом обязательно.

Кстати, в марте в САЦ планируется проведение олимпиады среди студентов по практической медицинской подготовке.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Фото автора.

Этот человек уже с лихвой выполнил предназначение мужчины на земле: построил своими руками 6 домов, вырастил четверых детей, посадил несколько сотен деревьев и всё ещё продолжает активно трудиться... Ислам Лайпанов, главный уролог Северо-Кавказского федерального округа и Ставропольского края, заведующий урологическим отделением краевой клинической больницы, доктор медицинских наук, профессор кафедры урологии Ставропольского государственного медицинского университета, заслуженный врач РФ, в большей степени известен и на Кавказе, и далеко за его пределами своими профессионализмом и человечностью.

Многие представители медицинского сообщества могут позавидовать двум последним его качествам. Об этом говорят пациенты – люди, которым пришлось «пройти» через Лайпанова и его коллег. Я как человек, который «увидел проблему», что называется изнутри, присоединяюсь к мнению пациентов Ислама Мекеровича.

К слову о коллегах. Сегодня персонал урологического отделения насчитывает 53 человека, и 17 из них – врачи. Их имена пациенты передают по «сарафанному радио» из уст в уста как пароль, как знак принадлежности к сообществу людей, объединённых общей идеей, а вернее – бедой, и имена эти, ни много ни мало, ключ к избавлению от недуга, своего рода знак медицинского качества.

В 2015 г. в отделении было выполнено 2586 операций различной степени сложности: лапароскопические, эндоскопические, открытые. С целью увеличить количество операционных блоков Лайпанов

Наши коллеги

Добрый Волшебник в белом халате, или Сказка, ставшая жизнью



В больничной библиотеке всегдалюдно, особенно когда в роли «библиотекаря» – Ислам Лайпанов

затеял в 2008 г. реконструкцию помещений, причём по своему проекту (дома, построенные своими руками, Ислам Мекерович проектировал сам; воистину, нет предела талантам этого удивительного человека). В итоге в общем коридоре образовалось несколько симметричных ниш. Добрые люди сделали книжные полки, и первые книги доктор Лайпанов принёс из дома, из тех, что уже прочитал. А дальше к этому библиотечному

процессу подключились пациенты, и сейчас больничная библиотека урологического отделения насчитывает несколько сотен томов, причём есть такие издания, которыми позавидует иная городская библиотека.

А ещё здесь есть картины, в разное время подаренные доктору Лайпанову художниками, которых судьба привела на больничную койку. У каждой из этих полусотни картин своя судьба,

своя неповторимая история. Одну хотелось бы поведать. К Лайпанову приехала на консультацию жительница Канады Наталья Н., которой дальние родственники рассказали и об этой больнице, и об этом враче. Когда заморская гостья прошла всестороннее обследование, доктор поставил диагноз, за которым должно следовать оперативное лечение. Больная уехала за границу – «подумать», а затем приехала, и её успешно прооперировали. Она написала картину, которая, по замыслу художника, символизирует победу над недугом, и назвала её «Ника»...

Вся эта история с картиной из Канады – как будто сказка с хорошим концом. Впрочем, будет и в нашем повествовании сказка...

В больницах людям свойственно заводить друзей «по несчастью», и это вполне нормально. Во время моего пребывания там общим любимцем всего отделения стал, благодаря своему живому уму и невероятному темпераменту, пятилетний мальчик с окраины Ставрополя, даргинец по национальности Ислам (кстати, тезка героя нашего повествования), которому Лайпанов сделал операцию. Так получилось, что мы выписывались в один день,

а накануне вечером играли в разные игры. Мальчик очень любит сказки, и я придумал сказку про него самого – «Про мальчика Ислама». Его заколдовала Злая фея, и от этого он заболел. Потом были всякие приключения... появился Добрый Волшебник в белом халате, расколдовал мальчика и за руку вывел к дороге под названием «Здоровье», затем, уже без Волшебника, мальчику самостоятельно нужно было пройти по дороге «Знаний» и дальше идти по жизни. Когда сказка закончилась, я понял, что это вовсе и не сказка, а самая настоящая жизнь.

Пытаясь осмыслить судьбу врача Ислама Лайпанова, я старался отыскать истоки, заглянуть в «начало всех начал». Так получилось, что семья карачаевцев Лайпановых в числе многих тысяч других семей этого народа прошла через изгнание и оказалась в ссылке – в Киргизии, где и родился восьмью летний Ислам. С большой долей вероятности могу предположить, что желание строить дома, вообще, «обрести свой угол» – это дань генетической памяти изгнанника; а тщательность и упорство (Ставропольский мединститут – ныне университет Ислам окончил с отличием) – от родителей, простых земледельцев. Ставропольская больница – это разнородное «двунадесяти языков», и к каждому из пациентов Лайпанов обращается на его, пациента, родном наречии. Около этого человека хочется находиться рядом и «впитывать» его, как губка, боясь ненароком пропустить какое-то слово, какой-то интересный факт: рядом с ним становится понятен смысл расхожего выражения – «роскошь человеческого общения».

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.

Санитарная зона

Надорвался на работе...

Когда недуг и труд рядом идут

Нередко те, кто занят на рабочих местах, связанных с физической нагрузкой, подвергают себя серьёзным рискам, в том числе и такому, как инвалидность по причине недуга, приобретённого на производстве.

К сожалению, список предприятий и производств, где за «трудодни» работникам приходится расплачиваться своим здоровьем, остаётся внушительным. И несмотря на то что, по данным Управления Роспотребнадзора по Омской области, в минувшем году на территории Прииртышья профессиональная заболеваемость снизилась на 14%, статистика случаев профзаболеваний по-прежнему неутешительна. Так, за минувший год было зарегистрировано 44 случая профессиональных недугов у 37 работников (у 7 из них – по два самостоятельных диагноза). Для сравнения: в 2014-м – 51 случай у 42 работников.

Чаще всего тяжёлая и вредная работа «ломает» мужчин – 32 случая, у женщин – 12 случаев. По возрасту – это преимущественно лица старше 50 лет. Что же касается «палитры» диагнозов, то в структуре профзаболеваний первое место занимает вибрационная болезнь (12 случаев). К тому же профпатологов настораживает тот факт, что 11 из них выявлены у речников – среди плавсостава ОАО «Иртышское пароходство», и один случай – в ОАО «Омский речной порт». Второе место в этом «рейтинге» занимают инфекционные заболевания: 7 случаев туберкулёза – среди персонала противотуберкулёзной службы, и 3 – у ветеринарных и сельскохозяйственных работников.

На третьем месте – тугоухость. Этот диагноз поставлен 4 капитанам Иртышского пароходства, лётчику-испытателю Омского завода гражданской авиации, сварщику ООО «Термошит», мастеру Омского заво-

да транспортного машиностроения и слесарю ЗАО «Завод «Сибгазстрой-деталь».

Четвёртую строчку делят между собой заболевания дыхательных путей и возникшие по причине тяжёлых физических нагрузок – у грузчиков, например, о которых часто говорят в народе: «Надорвался на работе».

Непростая работа и у трактористов – в 2015 г., например, вынуждены были уйти на инвалидность по этой причине 3 сельских механизатора из разных хозяйств Прииртышья. А ещё этот список пополнили оператор машинного доения ООО «Колос» Горьковского района, водитель автопарка «Коммунальник» Нововаршавского района и водитель трамвая муниципального предприятия «Электрический транспорт».

Проблемы с органами дыхания от работы во вредных условиях появились у сварщиков предприятий «Мостовик», «Термошит» и «Омский завод инновационных технологий», а также у механизатора СПК «Славянский» Шербакульского района (бронхиальная астма) и у мастера АО «ОЗТМ» (хронический пылевой бронхит). Кроме того, зафиксированы по одному случаю марганцевой интоксикации – у сварщика предприятия «Мостовик» и онкологического заболевания (хронический миелолейкоз) – у опе-



Профессиональные заболевания особенно опасны для тех, кому за 50 лет

ратора технологических установок ОАО «Газпромнефть-ОНПЗ».

Как сообщили в Управлении Роспотребнадзора по Омской области, при плановых проверках специалисты в обязательном порядке исследуют организацию работы и условия труда на предприятии. В случае нарушений выдаётся предписание со сроком исполнения и последующей проверкой, а работодатель наказывается административно – штрафуются. Но это, согласитесь, слабое утешение для тех, кому поставлен диагноз «профессиональное заболевание».

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Министерством здравоохранения Свердловской области организована «горячая линия» по вопросам оплаты труда работников государственных учреждений здравоохранения. По словам заместителя министра здравоохранения Нонны Кивелёвой, её целью является предоставление работникам учреждений бесплатной и своевременной консультативной помощи по вопросам повышения оплаты труда, выплаты заработной платы, задолженности по ней.

О зарплате спросите «горячую линию»

На «горячую линию» медицинские работники могут обращаться ежедневно по будням в рабочее время. Ответы на их вопросы будут давать специалисты Министерства здравоохранения Свердловской области, территориального фонда обязательного медицинского страхования, Свердловской областной организации профсоюза работников здравоохранения РФ, государственной инспекции труда Свердловской области.

Специально созданная межведомственная рабочая группа будет рассматривать обращения и оперативно принимать решения при подтверждении фактов нарушения трудового законодательства в части выплаты заработной платы медицинским работникам.

В первые несколько дней функционирования «горячей линии» поступил ряд обращений по вопросам снижения и несвоевременной выплаты заработной платы. При подтверждении фактов нарушения трудовых прав граждан Минздравом области оперативно приняты меры по их устранению.

Елена ЛЬВОВА.

Екатеринбург.

Хорошо известно, что в сложившейся непростой ситуации Минздрав России стремится сглаживать разброс цен на жизненно важные лекарственные препараты. А буквально на днях СМИ озвучили «благию» для пациентов весть о том, что Минздрав и Минпромторг России трудятся над мерами поддержки выпуска недорогих и доступных лекарственных средств. По сообщению заместителя председателя Правительства РФ Ольги Голодец, «Минздрав и Минпром разрабатывают механизмы поддержки производителей с тем, чтобы действительно стимулировать и поддерживать тех производителей, которые участвуют в производстве доступных, качественных и недорогих лекарств».

Устраняя зависимость от импорта

Импортозамещение в фармации... Говорилось и говорится об этом много, но до недавнего времени не очень-то результативно. Помнится, один новоявленный министр здравоохранения при вступлении в должность с наскока заявил, дескать, через годик-другой «завалит» всю Россию качественными отечественными инсулинами. Но, как говорится, гладко было на бумаге, да забыли про овраги...

Тем не менее нынешние суровые реалии подталкивают к тому, что отечественные производители создают новые производства лекарств и их компонентов. Снижение импортозависимости в сегменте фармацевтической и медицинской промышленности действительно становится одним из приоритетов развития отраслевой промышленной политики. Достаточно напомнить, что совсем недавно глава государства поставил перед федеральным правительством и региональными властями задачу добиться того, чтобы не менее 90% жизненно важных лекарственных препаратов производилось на территории России. Важнейшая цель в этой связи – развитие отечественной промышленности на инновационной основе. И вот сегодня уже практически все ключевые технологии производства лекарственных препаратов синтетической и биотехнологической природы локализованы в нашей стране. Некоторые отечественные препараты почти на 100% заменили импортные аналоги!

Теперь бы не допустить необоснованного роста цен на лекарства.

Самый порицаемый...

Эта тема актуальна и для Запада. Участники фармацевтического рынка часто поражают ценообразованием именно в отношении жизненно важных лекарств. На слуху, например, случай с владельцем нью-йоркской фармкомпания М.Шкрели, который поднял цену на препарат для лечения ВИЧ-инфицированных больных на 5,5 тыс. процентов! Естественно, это вызвало взрыв общественности. Поступок предпринимателя вылился в бурную онлайн-дискуссию о расценках в фарминдустрии и моральных качествах игроков рынка. Как подсчитали эксперты из Американского общества специалистов по инфекционным болезням, при новых ценах на препарат годичный курс лечения теперь обойдётся в 634 тыс. долл. Специалисты назвали новые расценки «не имеющими оправдания». Однако так ли всё однозначно?

В российских СМИ М.Шкрели представили цинично-олигозным типом, который только и повторяет, мол, пояснять ничего не стану, чтобы не свидетельствовать против себя. Тем не менее соотечественникам он объяснил, что выпускаемый с 1953 г. препарат является устаревшим и обладает целым рядом побочных эффектов, следовательно, нуждается в доработке и проведении дорогостоящих исследований. Бизнесмен также пообещал, что постарается добиться от страховых организаций, чтобы приём препарата стал «страховым случаем», что облегчит финансовое бремя пациентов. Разумеется, после этого многие интернет-пользователи изменили свою точку зрения. И тем не менее этот случай ещё раз показал, что даже в США данная проблема носит более чем системный характер.

Под тяжким бременем гепатитов

Несмотря на бурный научный прогресс и разработку новых противовирусных средств, во всём мире гепатиты представляют собой значимую медико-социальную проблему. Россия не исключение. А вирусный гепатит С (ВГС), хронической инфекцией которого во всём мире страдают до 150 млн человек и при этом ежегодно умирают примерно 500 тыс. больных, ложится

чение весьма дорогостоящее, при этом подавляющее большинство наших пациентов – люди малообеспеченные, а потому не имеющие достаточных средств для собственного выздоровления. Судите сами: в зависимости от длительности и тяжести заболевания стоимость курса лечения составляет от 300 тыс. до 1,2 млн руб. По данным регистров РФ, терапию получают не более 0,1-1% больных хроническим гепатитом С. Поэтому задача номер один Минздрава России и сообщества фармпроизводителей

родными требованиями к фармпроизводству GMP.

Препарат прошёл полный спектр исследований. Но и на пострегистрационном этапе его эффективность и безопасность продолжают изучаться в ряде многоцентровых клинических исследований III-IV фаз в РФ, странах ближнего и дальнего зарубежья. Комплекс же доклинических испытаний, включая исследования физико-химических, иммунобиологических свойств, фармакокинетики, общей токсичности, местнораздражающего действия,

циях с такими препаратами, как софосбувир и симепревир. Кстати, это предусматривают рекомендованные зарубежными ассоциациями стандарты лечения. Нами заключены соглашения о сотрудничестве с двумя зарубежными компаниями в рамках проведения комбинированной терапии, что я считаю знаком большого доверия. Безусловно, мы понимаем, что будущее за противовирусными препаратами прямого действия для перорального приёма, поэтому год назад компания начала реализацию проекта по их разработке. Надеемся

Проекты

И светлый мир впереди?

Российская фармация вселяет надежду пациентам



тяжёлым бременем как на пациента, так и на общество в целом.

Высокую обеспокоенность по поводу распространения этой (до сих пор во многом фатальной) болезни в беседе с корреспондентом «МГ» выразил президент и заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ Николай Ющук: «Эпидемия этого страшного заболевания продолжает бушевать в нашей стране. Поэтому все мы, инфекционисты, гепатологи, гастроэнтерологи, фармацевты, другие специалисты коллегиально действуем, чтобы вылечить людей. Меня очень волнует, как можно остановить эту жуткую заболеваемость и смертность. К счастью, сегодня всё не так уж и безнадежно, более того, мы видим свет в конце туннеля. С помощью противовирусных препаратов можно излечивать примерно 90% пациентов.

Прорывным достижением российской науки и фармацевтической промышленности я считаю разработку учёными научно-исследовательского центра «Биокад» отечественного пегилированного интерферона – препарата альгерон, в соответствии с рекомендациями экспертов ВОЗ получившего международное непатентованное наименование цепегинтерферон альфа-2b. Более того, на арену выходят более эффективные, легко переносимые и безопасные лекарства – противовирусные препараты прямого действия, пероральные противовирусные средства прямого действия, безинтерфероновые схемы лечения. Поэтому проблема сегодня заключается уже не в том, как вылечить пациента, а в доступности препаратов, то есть она переходит в экономическую плоскость.

В докладе ВОЗ 2013 г. о состоянии здравоохранения в мире отмечается: «Каждый человек должен иметь доступ к необходимым медико-санитарным услугам, не подвергаясь при этом угрозе обнищания в результате их оплаты». К сожалению, наше государство не берёт на себя в полной мере обязательств по лечению больных ВГС, как это происходит во множестве других стран. В России такое ле-

– найти пути решения этой проблемы в целом и снижения цен на препараты в частности».

От себя заметим, что в ближайшие десятилетия затраты будут только увеличиваться в связи с ростом в популяции числа больных, инфицированных ВГС, а значит ростом количества больных с циррозом и раком печени. Пожалуй, изменить такую ситуацию к лучшему можно только благодаря внедрению национальной программы, направленной на профилактику распространения ВГС и развития его тяжёлых последствий, в первую очередь за счёт увеличения охвата пациентов противовирусной терапией. Но, похоже, в нынешних экономических условиях говорить об этом преждевременно. Люди продолжают погибать...

Непроторённым путём

Потенциал нашей фармацевтической науки и промышленности является важным показателем возможностей государства. Способность разрабатывать собственные лекарства – показатель экономической развитости страны. В состоянии ли Россия навести рынок отечественными препаратами first-in-class? Поживём – увидим.

А пока в борьбе с ВГС как нельзя кстати оказался российский альгерон, разработанный учёными под руководством директора департамента биохимии компании «Биокад» кандидата биологических наук Татьяны Черновской.

Ещё недавно в мировой практике имелось 2 препарата пегилированного интерферона альфа импортного производства – пегинтерферон альфа-2b и пегинтерферон альфа-2a. Оба, понятно, по кусающимся ценам. Запатентованный отечественный оригинальный инновационный генно-инженерный альгерон (пегинтерферон альфа-2b) стал достойной альтернативой зарубежным. В его составе – противовирусный компонент интерферон альфа, однако особенности альгерона относительно зарубежных препаратов обуславливают применение иной молекулы полиэтиленгликоля, уникального способа конъюгации компонентов препарата, а также специфические физико-химические свойства. Начиная с 2013 г. он выпускается на современном заводе в Подмоскovie, в строгом соответствии с междуна-

аллергизирующей и мутагенной активности, продемонстрировал выраженное иммуностропное и противовирусное действие альгерона в отсутствие значимой токсичности. Препарат отнесён к группе малотоксичных препаратов с отсутствием аллергизирующих свойств.

Основные особенности альгерона – более высокая удельная противовирусная активность в сравнении с аналогичными препаратами; содержание всего одного позиционного изомера в отличие от пегинтерферона альфа-2b, представляющего смесь из 13 изомеров, и пегинтерферона альфа-2a, содержащего 6 изомеров, что свидетельствует о меньшей аллергогенности; устойчивая пептидная связь между молекулой полиэтиленгликоля и интерфероном альфа, что определяет стабильность препарата в водных растворах. Ещё одно преимущество – в фармакоэкономической целесообразности его применения, что ведёт к экономии затрат на лечение пациента.

Да, это продукт не first-in-class, воздействующий на принципиально новые биомишени, а next-in-class, то есть представляет собой новую молекулу, которая действует по уже известному сценарию. Это, скажем так, передовой, усовершенствованный препарат с признаками оригинальности. Но такие препараты для нас просто незаменимы.

Не случайно на заседании комиссии по включению альгерона в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов главный специалист по инфекционным заболеваниям Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Ирина Шестакова отметила: «Альгерон – это один из редких препаратов. В чём его «редкость»? Это абсолютно российский препарат, начиная с оригинальной структуры молекулы и заканчивая полным циклом производства. Препарат обладает достаточной доказательной базой клинических исследований. Частота вызываемых нежелательных реакций достаточно низкая по сравнению с другими препаратами. Поэтому я рекомендую внести его в Перечень ЖНВЛП».

Надо заметить, что члены комиссии единогласно поддержали это предложение, и с 2015 г. альгерон входит в указанный перечень.

– Препарат успешно применяется в клинической практике, завоевал высокое доверие врачей и пациентов. Выше половины всех пегилированных интерферонов, которые в настоящее время пациенты покупают за свой счёт, – это альгерон, – рассказывает вице-президент компании «Биокад» по научно-исследовательским и опытно-конструкторским работам и международному развитию бизнеса Роман Иванов.

– Пациенты своим кошельком голосуют за более доступный и не уступающий по эффективности и безопасности препарат. Кстати, в ходе исследования мы также показали его эффективность при лечении больных с коинфекцией – ВИЧ и ВГС. Несмотря на появление прямых противовирусных препаратов, которые у определённых групп больных по эффективности превосходят пегилированные интерфероны, тем не менее они незаменимы в комбина-

на собственные препараты, для того чтобы создать комбинацию, которая в последующем сможет стать безинтерфероновым стандартом лечения для большинства пациентов с ВГС.

Пациентоориентированное сопровождение

Директор направления «Инфекционные заболевания» Александра Колыгина отмечает:

– Когда мы выводили продукт на рынок, безусловно, понимали, что это российский препарат, поэтому он не может стоить, как иностранный. Мы искали возможность снизить ценовое бремя для наших пациентов. Разработали особую систему дистрибуции, создали специальный сайт «Курс на выздоровление», на котором пациент может зарезервировать препарат и получить его со скидкой. Также осуществляем полный цикл сопровождения пациентов. Совместно со специалистами по средствам комфортной терапии ведём медицинскую поддержку, по «горячей линии» бесплатно консультируем пациентов по любым вопросам.

Важно подчеркнуть, что, согласно зарегистрированной предельной отпускной цене производителя, курс лечения препаратом альгерон на 48% ниже аналогичного импортными лекарствами. Пакетное предложение компании «Биокад» для лечения ВГС недавно составляло 600 тыс. руб., что на 30% ниже предыдущей цены. Такое существенное снижение цены предоставляет возможности большему количеству пациентов вовремя начать лечение, а не затягивать болезнь до цирроза или смертельного диагноза «рак печени».

Вслед за коллегами медицинский директор по инфекционным заболеваниям кандидат медицинских наук Юлия Линькова продолжает:

– С помощью разнообразных форм работы с пациентами, в том числе удалённых консультаций, наши медицинские эксперты, среди которых опытные специалисты, например, сотрудники кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии МГМСУ им. А.И.Евдокимова под руководством академика РАН Н.Ющука, готовы прийти на помощь людям по первому зову. Мы стремимся, чтобы не было отрывов от лечения, чтобы каждый располагал всей полной информацией, в том числе о своём заболевании и о препарате. Наша цель – переломить устоявшееся, но устаревшее представление о том, что российские препараты априори плохи. И, надо отметить, во многом мы уже преодолели этот барьер. Объясняем, что диагноз «вирусный гепатит» сегодня – не приговор. Миссия компании – увеличивать продолжительность и улучшать качество жизни наших пациентов. Исповедуя философию пациентоориентированности, мы руководствуемся слоганом из рекламы препарата альгерон: «Светлый мир впереди»...

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Что же такое медицинская помощь в гериатрии

Начинать дело почти с нуля всегда трудно. И потому, когда несколько месяцев назад стала работать новая кафедра болезней старения на базе Российского научно-клинического центра геронтологии и гериатрии, стало понятно, что гериатрическая программа, которую предстоит разработать, должна включать в себя не только вопросы патологии людей старшего возраста, её диагностики, но содержать новые организационные формы работы. Комплекс «Порядка», который сегодня подготовлен, сделан по образцу Международной программы по образованию и при помощи израильских специалистов. Этот современный документ демонстрирует новый подход к преподаванию гериатрии и её применению на практике. Став законом, он будет обязателен для исполнения.

Каково определение гериатрии? Это система мер по оказанию долговременной медицинской помощи пациентам 60 лет и старше для сохранения и восстановления здоровья. Цель – не вылечить все болезни, улучшить все показатели, а в том, чтобы сохранить как можно дольше человека способным к самообслуживанию и независимым от помощи окружающих. Как подчёркивается в документе, медицинская помощь по профилю гериатрия будет оказываться не только пожилым и старым, но и пациентам моложе 60 лет с признаками старческой астении.

Уже много лет людей старшего поколения куда только не госпитализируют – в многопрофильные больницы, городские стационары, госпитали ветеранов войн. Так всё же, где надо оказывать помощь по профилю гериатрия? Теперь вносится ясность – её можно будет получать как амбулаторно, так и стационарно, а также в условиях дневного стационара, в стационаре, где обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение. Отдельно выделяется вопрос о паллиативной медицинской помощи по профилю гериатрия. Надо отметить, что даже в разговорах между врачами и специалистами часто возникают споры – пациенту нужна гериатрическая или паллиативная помощь. Но паллиативная помощь не то же самое, что гериатрия, в которой есть зона паллиативной помощи, есть зона симптоматического лечения в определённых клинических ситуациях. Это совершенно не одно и то же. В целом гериатрия ставит своей задачей прежде всего не просто убрать у пациента определённые симптомы и обеспечить комфортный уход в жизни, чем занимается паллиативная помощь, а реабилитировать пациента, обеспечить его приспособленность к окружающей действительности, его социальную адаптацию и, конечно, решить массу медицинских вопросов, прежде всего влияющих на качество жизни. В «Порядки» включены также вопросы санаторно-курортного лечения, где будут помогать оздоравливать пожилых пациентов с учётом всех особенностей, которые требует данная категория.

С кем и как взаимодействовать?

Медицинская помощь людям старшего возраста оказывается как плановая, так и неотложная. При подготовке документа возникли большие споры. Дело в том, что есть неотложные гериатрические отделения, но специалисты опасаются, как бы они не превратились в «свалки» для пожилых людей. Если пожилому человеку требуется

В геронтологии и гериатрии происходят перемены, можно сказать, революционного характера. Ещё недавно в обществе больше говорили о постарении населения, о социальных проблемах пожилых и гораздо меньше о тех, кто их должен лечить. В какой-то мере это объяснить можно – в стране почти не было гериатров, а выполнявшие их роль геронтологи больше тяготели к науке. Но вот настали иные времена, и остро встала проблема подготовки врачей, оказывающих помощь людям старшего поколения.

Министерство здравоохранения РФ уделяет сегодня особое внимание организации этой службы. Подтверждением тому стала подготовка важного документа – «Порядка оказания

медицинской помощи по профилю гериатрия», который поможет правильно организовать службу, выполнять возложенные на неё задачи. По сути, это тот документ, который устанавливает стандарты гериатрической помощи.

В Российском научно-клиническом центре геронтологии и гериатрии при участии главного гериатра Минздрава России, главного гериатра Департамента здравоохранения Москвы, руководителя центра, доктора медицинских наук, профессора Ольги Ткачёвой состоялась научно-практическая конференция, обсуждавшая основные положения нового документа. Каковы основные вопросы, которые поднимались на этой встрече, и какие выводы можно сделать?

Проблемы и решения

Чтобы стареть было не страшно

Это может сделать врач, когда его пациент – пожилой человек

высокотехнологичная помощь или оперативное вмешательство любого типа, возраст не должен быть причиной отказа от госпитализации в профильное отделение.

С кем взаимодействует гериатр? Конечно, прежде всего с врачами первичного звена. Понятно, что гериатр не сможет обеспечить медицинскую помощь всем пожилым, проживающим на той территории, которую он обслуживает. Если говорить о Москве, то в столице сейчас проживает 3 млн людей пожилого возраста. А вот, например, в Башкирии их 800 тыс. Понятно, чтобы обеспечить пожилых больных городов специализированной гериатрической помощью, требуется огромное количество гериатров. Надо помнить, что данная помощь это не то же самое, что, например, педиатрическая, она, к сожалению или к счастью, – иная; её при всём желании нельзя построить по схеме детской, где до определённого возраста – 18 лет – обслуживание проводят узкие специалисты – педиатр, детский терапевт, детский кардиолог, детский невролог. Такую же структуру для возрастных пациентов выстраивать нецелесообразно. Здесь главная фигура – гериатр, который по сути является стратегом, определяя программу лечения пожилых. Вот почему участковый терапевт, врач первичного звена обязательно должен знать основы гериатрии, уметь хотя бы выделить синдромы, увидеть наиболее простые отклонения у пациента, определить их и понять, какая помощь в данном случае нужна.

Участковый терапевт согласно новому документу – союзник гериатра. Он должен знать, что такое старческая астения, и задача геронтологии дать ему данные знания, объяснить первичному звену, как её выявить, в каком случае он должен направить пациента на консультацию к гериатру. Прежде чем направить пациента к нему, участковый врач должен активно выявить данные его состояния, не дожидаться, пока тот придёт к гериатру.

Конечно, очень часто разные врачебные участки отличаются по составу населения. В той же Москве процент людей пожилого и старческого возраста очень высок, например, в Центральном административном округе. Здесь много долгожителей, есть те, кому уже за 100 лет, а значит, гериатрическая нагрузка у доктора



Разве всегда старость – радость?

запредельная. В других районах, на других участках она невелика, например, в новых жилых кварталах. На территории России эта картина похожа. Так, на Урале в разных регионах весьма разное количество пожилых людей, поэтому и нормативы, которые прописаны в «Порядке», рассчитаны не на население вообще, а конкретно на пожилое. И в том случае, если на терапевтическом участке жителей старше 60 лет до 40%, предлагается дополнительно выделить медицинскую участковую сестру.

Как работают гериатрический кабинет и отделение

Говоря о нормативах, нельзя не отметить, что сегодня один гериатр предусматривается на 20 тыс. пожилых. Специалисты считают, что этих врачей должно быть в 2 раза больше, но Минздрав пока с этим не соглашается. Принимать своих пациентов доктор может как в гериатрическом кабинете, так и в отделении. Если пожилых много, приём могут вести несколько гериатров, даже с привлечением дополнительных специалистов – диетологов, психологов. Но это будет уже гериатрическое отделение, а не кабинет. Основные функции этих двух подразделений – консультирование врача-гериатра, первичная гериатрическая оценка больного. Осмотр гериатра кардинально отличается от осмотра любого другого специалиста, в том числе участкового терапевта. Вот почему важно научиться

делать комплексную гериатрическую оценку. Она занимает довольно много времени – это длительный процесс, и чтобы экономить время врача, многое предстоит выполнять медсестре. В кабинете выявляют не только хронические заболевания, но занимаются профилактикой и лечением возрастассоциированных заболеваний – сердечно-сосудистой патологии, центральной нервной системы, когнитивных нарушений, сахарного диабета, нарушений опорно-двигательного аппарата. К этому обширному перечню надо обязательно добавить и выявление гериатрических синдромов. На конференции ещё раз подчёркивалось, что в гериатрии работают с синдромами, и даже старческая астения – это не заболевание, а состояние, на которое надо обращать особое внимание.

В кабинете формируется долгосрочный индивидуальный план работы с пациентом, а далее он уже исполняется участковым терапевтом. На одного врача-гериатра положено две должности гериатрической медсестры. Впервые в штат будет включён специалист по социальной работе. Это человек, который определяет стратегию помощи, и связан с центром соцобслуживания для своевременного оказания её пожилому пациенту. Сегодня очень распространено понятие «гериатрическая команда» – гериатр, гериатрическая сестра, специалист по соцработе. Она может быть шире, с привлечением трудотерапевта, диетолога, физиотерапевта.

Самый сложный вопрос

Что же такое гериатрическое отделение в стационаре и кто в нём лечится? Потребность в койках здесь определяется из расчёта одна на 2 тыс. населения. Пациенты – люди от 60 лет и старше. Пока не планируется открывать «острые» гериатрические отделения, куда больных привозит «скорая» и где оказывается экстренная неотложная помощь. Выздоровливающих направляют в специально предназначенное для этого отделение, а затем – в гериатрическое. Такое отделение можно использовать как клиническую базу для преподавательских программ. Оно может выполнять функции базы для образования, и не только последипломного, но и курса для студентов.

Особое внимание в «Правилах» уделено работе гериатрического центра. Создаётся он для оказания специализированной помощи пожилым, где их будут и лечить и восстанавливать. Это самостоятельная медицинская организация. Работать в ней будут не только гериатры, но и другие профильные врачи. Это также клиническая база для высшего и додипломного профессионального образования.

Нередко можно услышать предложение об открытии гериатрических больниц. Если иметь в виду многопрофильный стационар, который переделать под них, тогда их можно назвать «центром». Но при условии, что они будут выполнять организационно-методические, научные функции. Просто многопрофильная больница для пожилых, где будет представлена терапия и т.д. – это, как акцентировалось на конференции, путь в никуда. В многопрофильном стационаре пожилому могут оказать любую помощь, при необходимости перевести в любое отделение; в гериатрическом отделении больного могут подготовить к операции.

Гериатрический центр – это учреждение, которое «заточено» на пожилых пациентов, в котором ведётся серьёзная научная, организационно-методическая, образовательная работа, и активно помогающее практикам. Его можно создавать по желанию субъекта. Где-то он может быть самостоятельным учреждением, где-то структурным подразделением госпиталя инвалидов войн, многопрофильного стационара, но со всеми структурными подразделениями.

О том, что специалистам гериатрической службы впереди предстоит много работы, никто не сомневается. Всех волнует вопрос подготовки нужного количества гериатров. В Москве сегодня их – 27, а нужно около 150. Где их взять? Даже если есть сертификат, нет гериатрической подготовки, пользы от него никакой не будет. И налицо тот факт, что в столице ухудшается положение с помощью старшему поколению. Даже те единицы имеющих сегодня гериатров часто увольняются.

«Порядок» – очень важный документ, своевременный, его предстоит активно претворять в жизнь. Он доказывает, что перемены, происходящие в гериатрической службе, не просто заметны, они зримы, конкретны, и тем, кто занят в ней, отдаёт ей свои знания, опыт или только начинает осваивать её азы, приходится нелегко. Чтобы преодолеть все трудности, необходимо время, а главное – желание сделать всё, чтобы каждому человеку, людям старшего поколения стареть было не страшно.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела
здравоохранения «МГ».

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 12 (1951)

Кишечная стома (anus praeternaturalis, противоестественный задний проход) – это хирургически созданное сообщение между полостью кишечной трубки пациента и окружающей средой. Создаётся путём пересечения или удаления части кишки и вшивания её в рану передней брюшной стенки или промежности. Формируется постоянный или временный свищ, через который происходит неконтролируемое отделение газов и содержимого кишечника. Среди лиц с ограничением жизнедеятельности особую группу составляют пациенты с анатомическими нарушениями функции выделения в виде стомы кишечника. За последние годы в Российской Федерации, как и во всём мире, наблюдается выраженная тенденция к увеличению числа пациентов, перенёвших операции на кишечнике, сопровождающиеся формированием кишечной стомы, в результате которых они становятся инвалидами. По данным ВОЗ, число стомированных пациентов на 100 000 населения составляет 100-150 человек. Причинами наложения стом являются наследственные и хронические заболевания толстого кишечника, аномалии его развития у детей, травмы, ранения живота и промежности. Однако определяющими для роста числа стомированных пациентов являются высокий уровень заболеваемости колоректальным раком и его выявление на поздней стадии заболевания.

Принципиальным отличием пациентов с кишечной стомой является невозможность кошения привычного образа жизни после операции, изоляция, ограничение жизнедеятельности и резкое снижение качества жизни. Связанная с этим инвалидизация, в некоторых случаях скорее вынужденная, чем обоснованная, влечёт за собой серьёзные экономические потери. В то же время, как показывает опыт развитых стран, наличие эффективной системы реабилитации позволяет пациенту, практически не меняя образа жизни, сохранить работу, семью и увлечения. Далеко не каждый стомированный пациент может самостоятельно справиться с возникшими перед ним проблемами. Ситуация усугубляется существованием в обществе стереотипного отношения к стомированным людям. Это не только наносит им глубочайшие психологические и духовные травмы, но и становится причиной их социальной изоляции. Первая Национальная ассоциация стомированных больных была образована в 1951 г. в Дании. Первый конгресс Международной ассоциации стомированных больных состоялся в 1976 г. в Лондоне.

В России первая Ассоциация стомированных больных была создана в 1989 г. Под эгидой ООН каждые 3 года отмечается Всемирный день стомированных больных (впервые отмечался 2 октября 1993 г.). Инвалидность людей со стомой существенно отличается от любой другой, полученной в результате иных причин. Специфическое физическое ограничение пациента со стомой обусловлено неконтролируемыми выделениями содержимого кишечника. Проведённый системный анализ проблемы показал, что стомированные инвалиды как элементы социальной структуры общества испытывают влияние личностных и социальных факторов на своё положение в обществе, жизнедеятельности и образ жизни. Инвалиды со стомой кишечника представляют собой социально-демографическую группу населения, включающую в себя весь возрастной спектр, и имеют свои потребности, интересы и права, возникающие на основе специфической особенности их инвалидности.

Специфическими чертами инвалидности людей со стомами являются:

- значительный рост числа пациентов, перенёвших операции на кишечнике с наложением перманентной или транзитной стомы, что связано с ростом онкологических заболеваний, травм и ранений в военных конфликтах, выявлением заболеваний на поздней стадии развития;
- формирование искусственного кишечного свища вносит существенные ограничения в жизнь пациента и значительно снижает её качество, приводя к стопроцентной инвалидизации и высокому уровню социальной дезинтеграции;
- изменение привычного образа тела приводит к ощущению физической и психологической неполноценности, формированию

заниженной самооценки и высокой степени неудовлетворённости жизнью;

- при выполнении некогда простых действий стомированный пациент сталкивается с трудноразрешимыми проблемами, а контроль за функцией кишечника и поддержка гигиены тела приобретают первостепенное значение, становясь целью жизни;
- с психологической точки зрения стома (при отсутствии технических средств ухода и реабилитационных мероприятий) может привести к изоляции от общества, потери возможности учиться, работать и иметь семью;
- стомированные пациенты обладают

Реабилитация пациентов с кишечной стомой

большим жизненным потенциалом, так как у них нет резкого ограничения физических и умственных способностей, они не требуют социальной изоляции, а своевременное оказание разносторонней помощи в решении их проблем способствует полному возвращению их к нормальному, полноценному образу жизни.

Структура социальной реабилитации стомированных пациентов не выстроена, преобладают медицинские принципы оказания помощи. Поэтому необходимо наряду с организацией и развитием учреждений медицинской реабилитации стомированных пациентов и оказания им стоматерапевтической помощи организовывать их социальную реабилитацию и внедрять новые технологии в уже функционирующие структуры социальной сферы. Особое внимание необходимо уделять системе подготовки профессиональных работников и обучению их технологиям социальной реабилитации инвалидов со стомой.

Реабилитационный процесс этих пациентов не возможен без наличия такого направления в здравоохранении, как стоматерапия – главная составляющая комплексной реабилитации стомированных больных. Реабилитационный процесс стомированного пациента – это поэтапное восстановление или компенсация нарушенных функций организма и трудоспособности, достигаемые применением комплекса медицинских, психолого-педагогических и социальных мероприятий. Процесс восстановления биосоциальных функций у стомированных пациентов можно разделить на последовательные этапы:

1. Диагностический, охватывающий время от начала заболевания и постановки клинического диагноза до выбора метода лечения.
2. Хирургический, включающий предоперационную подготовку и собственно оперативное вмешательство.
3. Конвалесцентный, включающий послеоперационный период до выписки стомированного пациента из стационара.
4. Реконвалесцентный, наступающий после выхода из стационара.
5. Постконвалесцентный – этап устранения и возможно более полной компенсации ограничений жизнедеятельности.

Концепция развития здравоохранения в Российской Федерации прогнозирует увеличение потребности населения в онкологической и колопроктологической помощи, развитии системы ухода и медико-социальной адаптации. Превалирующему большинству пациентов кишечная стома формируется в результате хирургического вмешательства, выполненного в экстренном порядке по поводу кишечной непроходимости, вызванной обтурацией просвета кишки опухолью, или перитоните, вследствие перфорации дивертикула, воспалительного изменения кишечной стенки, травматического разрыва, когда после удаления патологически изменённого её сегмента нельзя восстановить нормальный пассаж содержимого из-за высокого риска осложнений. Кишечная стома формируется при тяжёлых ранениях или травмах брюшной полости, сопровождаемых повреждением кишки, вследствие ножевого или пулевого ранения, дорожно-транспортного происшествия, несчастного случая, при травмах промежности, тяжёлых гнойно-воспалительных

заболеваниях толстой кишки. Реже кишечная стома формируется в плановом порядке при заболеваниях, сопровождающихся нарушением целостности кишечной стенки, когда при выраженных воспалительных явлениях в брюшной полости невозможно простое восстановление образовавшегося дефекта. К заболеваниям, способным привести к наложению стомы, относят колоректальный рак, болезнь Крона, лучевой, ишемический и неспецифический язвенный колит, семейный полипоз, болезнь Гиршпрунга, аноректальные недержания, врождённые дефекты. Показаниями к наложению так называемой разгрузочной стомы с целью декомпрессии расширенных отделов кишки, расположенных над зоной препятствия, являются невозможность адекватного опорожнения кишки, приводящее к дилатации толстой и тонкой кишок, скопление газов и каловых масс, образование больших и гигантских каловых камней, которые невозможно эвакуировать из кишки механическими и медикаментозными

закрытие которой сопряжено с меньшими техническими трудностями, чем в случае одностольной стомы. Следует также помнить, что в дистальном отделе кишки развивается так называемый колит отключённой кишки (diversion colitis).

Среди тактических ошибок необходимо выделить, во-первых, наложение пристежной стомы, приводящей к забросу кишечного содержимого в дистальный отдел кишки; во-вторых – неадекватно выбранный уровень наложения стомы. Так, например, при болезни Гиршпрунга в случае наложения стомы на переходную зону или зону аганглиоза у пациента развивается хроническая частичная низкая кишечная непроходимость, что требует выполнения внепланового оперативного вмешательства либо проведения ежедневных очистительных клизм через стому. Формирование стомы требует от хирургов особого внимания и аккуратности. Нарушение техники наложения стомы, неправильный выбор методики форми-

рования и локализации кишечной стомы, неосведомлённость людей, ухаживающих за стомированным пациентом, приводят к развитию перистомальных осложнений, негативно влияющих на физическое и психологическое здоровье пациента, повышают расходы на оказание помощи и снижают качество жизни. Стома должна быть расположена в проекции прямой мышцы живота, на месте без рубцов, на плоской поверхности брюшной стенки. Шрамы или другая деформация кожи могут осложнить дальнейшее присоединение аксессуаров. Стоит избегать близкого расположения запланированного разреза к линии талии, пупку, гребню подвздошной кости, нижнему краю рёберной дуги, кожным складкам, паховым складкам, послеоперационным рубцам, участкам тела, невидимым пациентом. У большинства людей развит слой подкожной жировой клетчатки на средней линии выше или ниже пупка, поэтому оптимальным местом для наложения стомы является пересечение гребешковой линии с наружными краями прямых мышц живота. На передней брюшной стенке необходимо выбрать ровную площадку диаметром 10 см (обычный размер пластины современных калоприёмников на адгезивной основе), приложить пластину (или её макет) таким образом, чтобы она не закрывала линии предполагаемого разреза, пупка, располагалась выше кожно-жировой складки в пределах видимости для пациента. Через отверстие в центре сделать метку несмываемым маркером. Местами для формирования петлевой трансверзо-, реке десцендостомы являются правое, левое подреберье на расстоянии не менее 5 см от рёберной дуги и пупка. При формировании сигмостомы её располагают в левом нижнем квадранте в точке, находящейся в средней трети линии, соединяющей пупок и передневерхнюю ость гребня подвздошной кости. Илеостому формируют в аналогичном месте справа. При одновременном наложении уростомы и колостомы уростому располагают выше кишечной. Место расположения стомы должно быть определено в различных положениях пациента (стоя, сидя, лёжа), так как при переходе из горизонтального положения в вертикальное происходит смещение кожи и подкожно-жировой клетчатки вниз, особенно при ожирении или дряблой передней брюшной стенке. Необходимо учитывать также предпочтения больного в одежде, особенно в ношении пояса, ремня. Стому располагают ниже линии талии и пояса, чтобы избежать травмирования кишки. При показаниях к абдоминальной радиотерапии следует избегать запланированного места облучения и располагать стому выше него, по краю прямых мышц живота.

Клиническая классификация кишечных стом

1. По локализации кишечные стомы разделяют на еюностому, энтеростому, илеостому, колостому (асцендостому, трансверзостому, десцендостому, сигмостому), цекостому, аппендикостому.
2. По методу формирования: одностольная (Т-образная, терминальная), двустольная (петлевая, раздельная), краевая (пристеночная).
3. По методу выведения на переднюю брюшную стенку: чрезбрюшинная (внутрибрюшинная), забрюшинная.
4. По технике формирования: «плоская» и «столбиком».
5. По клиническому прогнозу: постоянная и временная.
6. По месту наложения стомы на теле пациента: абдоминальная и промежностная.
7. По наличию осложнений: осложнения стомы, парастомальные осложнения.

Выбор локализации и способа наложения стомы

Они определяются, во-первых, нозологией, подлежащей лечению, а во-вторых, запланированной тактикой коррекции этой патологии. Однозначного универсального решения при выборе способа формирования кишечной стомы не существует. Имеет значение множество факторов, среди которых немаловажную роль играют опыт и предпочтение оперирующего хирурга. В вопросе техники наложения стомы оптимально опираться, прежде всего, на цели и задачи стомирования с учётом последующих этапов оперативного лечения. Среди преимуществ формирования одностольной стомы можно отметить полное исключение попадания кишечного содержимого в отводящий отдел кишки, что в ряде случаев является непременным условием эффективного лечения больного. Необходимость раннего восстановления естественного пассажа по кишечнику определяет целесообразность наложения именно двустольной стомы,

Диагностика осложнений кишечных стом и выбор метода лечения

Осложнения после операций с формированием стомы являются значительной проблемой для многих пациентов, так как статистические данные разных стран свидетельствуют, что до 71% пациентов с илеостомой и 43% с колостомой имеют осложнения. С точки зрения этиопатогенетических факторов локализации процесса, клинических проявлений, тактики ведения и

лечения стомированных пациентов выделяют осложнения собственно стом и перистомальные кожные осложнения.

К **осложнениям стомы** относят: кровотечение, некроз, эвентрацию, поверхностное нагноение (несостоятельность кожно-кишечного шва), парастомальный абсцесс, флегмону, ретракцию стомы, пролапс, парастомальные грыжи, стеноз, свищи, гиперплазию слизистой кишки, рецидив опухоли в области стомы. Осложнения стомы, как правило, описываются изменением самой кишки или её отношением к передней брюшной стенке.

К **перистомальным кожным осложнениям** относят: контактный перистомальный дерматит, аллергический дерматит, фолликулит, гангренозную пиодермию, гиперкератоз, гипергрануляции кожи, специфические поражения (грибковый дерматит, псориаз и др.). Перистомальные кожные осложнения характеризуются изменениями кожных покровов.

Классифицировать осложнения кишечных стом можно на ранние и поздние. Все они в той или иной степени связаны с методикой наложения стомы и могут быть купированы методами консервативной терапии либо потребовать хирургической коррекции. К ранним осложнениям относят: кровотечение, парастомальную эвентрацию органов брюшной полости, некроз кишки, ретракцию стомы в брюшную полость, эвагинацию, гнойно-воспалительные осложнения. Прямым следствием предшествующих ранних осложнений являются поздние осложнения (более 30 суток после операции) со стороны стомы. Поэтому профилактика ранних осложнений является и профилактикой поздних. К ним относят стенозы и парастомальные грыжи, а также иные проявления порочной стомы: неадекватное отключение кишки, нарушение эвакуаторной функции стомы, электролитные нарушения на фоне больших водно-электролитных потерь, болевой синдром, невозможность использования средств ухода за стомой и калоприёмников.

Диагностический алгоритм осложнений кишечных стом. После определения локализации осложнений (стома или окружающая кожа) визуально устанавливают характер изменений в области стомы. Если изменения касаются выведенной на переднюю брюшную стенку кишки, то оценивают их характер при внешнем осмотре. Затем – характер изменений в области стомы (внешний осмотр). Определяют расположение кишки по отношению к уровню брюшной стенки, конфигурацию брюшной стенки в парастомальной области, оценивают диаметр кишки и состояние её стенки, выявляют изменения парастомальной раны. При пальцевом исследовании стомы определяют её размер, наличие или отсутствие дефекта в апоневрозе, расположение петли кишки или сальника в клетчатке вокруг стомы, выявляют дефект стенки кишки или наличие инфильтрата в парастомальной области. Важно определить не только характер, но и уровень выявленных изменений (кожа,

подкожная клетчатка, апоневроз), так как это имеет значение для выбора тактики лечения осложнений. При необходимости уточнения диагноза применяют инструментальные и лабораторные методы диагностики: ирригоскопию, фистулографию, компьютерную томографию (диагностика парастомальных грыж, свищей, стриктур, рецидива опухолевого процесса), ультразвуковое исследование парастомальной области (диагностика парастомальных абсцессов, свищей), патоморфологические исследования (дифференциальная диагностика гипергрануляций слизистой, рецидива опухоли в стоме), микробиологические исследования раневого отделяемого (диагностика воспалительных осложнений).

Для диагностики перистомальных кожных осложнений применяют алгоритм, построенный с учётом особенностей клинических проявлений поражения кожи. При внешнем осмотре выявляются контактный перистомальный и аллергический дерматиты, фолликулит, пиодермия, псориаз, герпес и др. При внешнем осмотре оценивают окраску кожных покровов, наличие и степень их повреждения. Устанавливают связь между появлением изменений в перистомальной области и воздействием различных факторов (протекание кишечного отделяемого под пластину, применение новых средств ухода за стомой, инфицирование кожи или волосных фолликулов, наличие кожных болезней другой локализации). Для дифференциальной диагностики могут быть использованы патоморфологические и микробиологические исследования.

Показаниями к хирургическому лечению в экстренном или срочном порядке являются осложнения стомы, угрожающие жизни: эвентрация, кровотечение, глубокий некроз стомы, ретракция кишки ниже уровня апоневроза, высокие тонкокишечные свищи, абсцесс, флегмона в парастомальной области, острая кишечная непроходимость. В плановом порядке хирургическому лечению подлежат осложнения, нарушающие нормальную функцию кишечника (стриктура, грыжа, пролапс) и осложнения, затрудняющие или делающие невозможным адекватный уход за стомой (ретракция, парастомальная грыжа, стриктура, пролапс). При определении показаний к оперативному лечению учитывают наличие или отсутствие рецидива основного заболевания, тяжёлых сопутствующих болезней и степень их компенсации. С учётом всех вышеперечисленных факторов избирают вид хирургического лечения: реконструкция стомы с оставлением её на прежнем месте, реконструкция стомы с перемещением на новое место, устранение осложнения стомы в сочетании с реконструктивно-восстановительной операцией.

Консервативное лечение осложнений стомы предпринимается в случае невозможности проведения хирургической коррекции стомы из-за тяжёлых сопутствующих забо-

леваний, рецидива основного заболевания. Этот вид лечения включает этиопатогенетическое лечение, индивидуальный подбор технических средств реабилитации, использование дополнительных средств ухода за стомой, коррекцию нарушений функции организма, кишечника.

Лечение осложнений кишечных стом

Причинами кровотечения из кишечной стомы являются выделение крови из краёв пересечённой и подшитой к коже кишки, кровотечение из сосудов брыжейки при соскальзывании лигатуры. Незначительная кровоточивость из краёв кишки обычно остаётся без внимания или требует лишь наложения давящей повязки. Для остановки кровотечения местно применяются холод на область раны, гемостатические материалы, повязки с раствором аминокaproновой кислоты и парентерально гемостатические препараты. Следует помнить, что локальное применение перекиси водорода может вызвать серьёзный ожог слизистой кишки, в связи с чем её использование для остановки кровотечения настоятельно не рекомендуется. Более массивным может быть кровотечение из сосудов брыжейки, требующее хирургических методов остановки (электрокоагуляция, лигирование, прошивание кровоточащего участка, резекция несущей стому петли кишки, повторное формирование стомы). Возможные осложнения: некроз, сквозное прошивание стенки кишки с последующим развитием гнойно-воспалительных осложнений.

Особое внимание необходимо обращать на пациентов с гематологическими заболеваниями и различными видами коагулопатий (гемофилия, геморрагические диатезы, передозировка салицилатов или глюкокортикоидов), учитывая высокий риск развития ДВС-синдрома даже при небольшой кровопотере. Помимо местного лечения необходимо проводить коррекцию свёртывающей системы крови с использованием всего арсенала терапии (переливание препаратов крови, факторов свёртывания).

Причины некроза и нарушения кровообращения в кишечной стоме: перевязка, травматизация, тромбоз краевого сосуда; венозный застой вследствие отёка кишки; недостаточная мобилизация выводимого на переднюю брюшную стенку сегмента кишки; сдавление кишки в тканях передней брюшной стенки (избыточное количество жировой клетчатки брыжейки, узкий канал в передней брюшной стенке); перекрут кишки, выводимой на переднюю брюшную стенку. Некроз может затрагивать терминальный отдел выведенной кишки, но бывает и протяжённым.

При развитии некроза слизистая оболочка выведенной кишки становится тусклой, тёмно-бордовой, а затем темнеет. Если участок некроза имеет небольшую протяжённость и

жизнеспособная кишка находится несколько ниже уровня края послеоперационной раны, это приводит к несостоятельности кожно-серозных швов с развитием гнойно-воспалительных осложнений, ретракции, рубцеванию и стенозированию стомы. В наблюдениях, когда кишка некротизируется на большом протяжении, возникает угроза перитонита, что требует срочного оперативного вмешательства. При интраоперационном нарушении кровообращения в выведенной на переднюю брюшную стенку кишке необходимо выполнить повторное формирование кишечной стомы. При нарушении кровообращения кишки на уровне кожи возможно приращивание консервативной тактики, тем более при общем тяжёлом состоянии пациента. У больных данной категории вероятность развития ретракции и гнойно-воспалительных осложнений, а в отдалённых сроках – стриктуры стомы достоверно увеличивается. При распространении нарушения кровообращения вплоть до уровня апоневроза и проксимальнее необходимо повторное хирургическое вмешательство, включающее резекцию сегмента кишки, несущего стому, и повторное формирование кишечной стомы.

Профилактические мероприятия включают: адекватную оценку кровообращения в сегменте кишки, планируемом к выведению на переднюю брюшную стенку в качестве стомы; полную подготовку к выведению кишки на внутрибрюшном этапе, а не после выведения на переднюю брюшную стенку; участок кишки, освобождённый от брыжейки, должен быть не более 5 см; при высокой перевязке нижней брыжеечной артерии необходимо сохранение восходящей ветви; при формировании петлевой превентивной стомы и совокупности неблагоприятных факторов отдать предпочтение илеостоме.

Эвентрация сальника или петель кишечника наблюдается довольно редко. Петля тонкой кишки или прядь большого сальника выпадает через послеоперационную рану рядом с выведенной кишечной стомой, что может спровоцировать развитие острой кишечной непроходимости или некроз ущемлённого сальника. Данное осложнение может развиться при несостоятельности швов в области стомы, недостаточно тщательном подшивании стенки кишки, либо при формировании чрезмерно широкого канала в брюшной стенке. Предрасполагающими факторами при этом служит повышение внутрибрюшного давления на фоне послеоперационного пареза кишечника, икоты, рвоты или кашля, изменение регенеративных способностей тканей при перитоните или истощённом состоянии больного (гипотрофия, гипопроотеинемия), а также на фоне применения высоких доз глюкокортикоидных гормонов. В этой ситуации требуется экстренная операция с устранением эвентрации и реконструкцией стомы.

(Продолжение следует.)

(Окончание. Начало в № 11 от 17.02.2016.)

Формы течения

Внутрижелудочковые гематомы чаще протекают остро, реже – подостро. Изредка наблюдается развитие внутрижелудочковых гематом по типу поздних травматических апоплексий. Следует также учитывать, что ВЖГ могут формироваться отсроченно и вторично вследствие прорыва в желудочки внутримозговых паравентрикулярных травматических гематом. Можно выделить два основных варианта течения внутрижелудочковых гематом:

1. Без светлого промежутка; встречается часто. Сопор или кома, возникающие тотчас после травмы, не обнаруживая каких-либо тенденций к ремиссии, приобретают характерную вентрикулярную окраску.

2. Со стёртым промежутком; встречается редко. Возникшая вслед за травмой первичная утрата сознания до степени sopora или комы через несколько часов сменяется глубоким оглушением. На фоне стёртого светлого промежутка остро или постепенно происходит повторное полное исключение сознания с развитием горметонии и других вентрикулярных симптомов.

Диагностика

Клиника ВЖГ имеет свои характерные особенности, которые позволяют диагностировать их в остром периоде черепно-мозговой травмы даже при крайне тяжёлом состоянии больных. К опорным данным для распознавания травматических ВЖГ должны быть отнесены: горметонический синдром, автоматизированная жестикуляция, гипертермия, артериальная гипертензия и другие вегетативно-стволовые нарушения, диссоциация менингеальных симптомов по продольной оси тела, двусторонность очаговой

Травматическое внутрижелудочковое кровоизлияние

симптоматики, выявляющиеся на фоне бурно развившихся после травмы sopora или комы.

Если коматозное состояние пострадавших с ЧМТ характеризуется вышеописанными чертами (даже при мягкой выраженности или отсутствии отдельных из них), то следует уверенно предполагать либо желудочковую гематому, либо ушиб оральных (диэнцефально-мезенцефальных) отделов ствола мозга.

Ликвор, полученный люмбальной пункцией при ВЖГ, как правило, интенсивно окрашен кровью и мало отличается от неё по цвету (в нём содержится до 1 млн и более эритроцитов в 1 мл). При паравентрикулярных ушибах примесь крови в ликворе менее значительна или может отсутствовать.

Обычно КТ и МРТ обеспечивают распознавание травматических внутрижелудочковых гематом и всех иных слагаемых ЧМТ, выявляя характерные признаки каждого из них и создавая тем самым предпосылки для выбора адекватной тактики лечения пострадавших. При ВЖК на компьютерных томограммах определяется зона повышения плотности, очерченная контурами желудочковой системы или её отдельных частей. Степень и распространённость гипердентности зависит от количества излившей-

ся в желудочки крови и соотношения её с ЦСЖ. При внутрижелудочковых гематомах кровь и её сгустки формируют на КТ как бы слепок расширенных боковых, III и /или IV желудочков.

Лечение

Сфера консервативного лечения ВЖК достаточно широка. Однако при массивных ВЖК, особенно при развитии внутричерепной гипертензии, обоснована установка вентрикулярного дренажа, обычно в передний рог одного, а порой и обоих желудочков. При внутрижелудочковых гематомах может возникнуть необходимость в активном отсасывании излившейся крови и промывании полости желудочков физиологическим раствором. При тампонаде полости желудочков свёртками крови приходится прибегать к вентрикулотомии с опорожнением гематомы.

При развитии окклюзионной гидроцефалии, обусловленной ВЖГ, осуществляется вентрикулярное дренирование ЦСЖ. При блокаде ликвороциркуляции сгустками крови на уровне отверстия Мажанди могут возникнуть показания к прямому хирургическому вмешательству.

Прогноз и исходы

Летальность при массивных ВЖК и тем более ВЖГ высокая и чётко коррелирует с уровнем исключения сознания при поступлении и тяжестью первичных повреждений вещества мозга. Раннее (в пределах 24 часа после гемотампонады желудочков) хирургическое удаление сгустков крови способно в части наблюдений обеспечить выживание пострадавших.

ВЖК, сопровождающие диффузное аксональное повреждение, часто оказывают неблагоприятное влияние на исходы. При этом существует чёткая взаимосвязь между количеством излившейся крови и выживанием пострадавших. Между тем изолированные ВЖК вследствие разрыва субэпендимальных вен, особенно у пострадавших пожилого и старческого возраста, не исключают благоприятного исхода во многих наблюдениях.

Леонид ЛИХТЕРМАН,
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии РФ.

Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

– Российские медицинские вузы, в отличие от зарубежных, ориентированы на подготовку квалифицированных кадров для здравоохранения через учебный процесс. А научная составляющая почему-то считается второстепенной. Является ли это традицией российской высшей школы или веянием нового времени? Думаю, второе. Мы нашли в архивах документы, свидетельствующие о том, что в 1943 г., с момента образования Красноярского медицинского института, здесь был создан студенческий научный клуб. Считаю это архиважным, а потому наш университет ставит своей задачей медицинское образование через науку, как это делается в ведущих странах мира. То есть получение студентами знаний о будущей профессии должно идти в процессе научно-исследовательской работы и кинических исследований.

Другая, не менее важная компонента – это «большая» наука в университете, под которой я подразумеваю достижение все-российского и мирового превосходства и лидерства в определённых сферах знаний, что позволит в будущем создать новые лекарственные вещества, изделия медицинского назначения, новые методы диагностики и лечения. Ведь одна задача науки – получение новых знаний, а вторая – их внедрение. Другой вопрос, есть ли у вуза такой потенциал?

– Думаю, что именно по этой причине – отсутствие потенциала или неверие в свои силы – не все ректоры медицинских вузов ставят такие же амбициозные цели в плане научной работы. С другой стороны, и хлопот меньше...

– Это на самом деле хлопоты и огромные финансовые затраты. Но самое трудное – то, что я называю «поиск мозгов». Я не в первый и даже не во второй год работы ректором осознал: чтобы получать знания мирового уровня, университету нужны научные школы. И даже если в настоящее время таких школ нет, никогда не поздно начать их формировать.

Как это сделать? Прежде всего, найти кадры, которые умеют поставить научную работу, как в лучших мировых научных центрах, а ещё лучше – имеют опыт работы в таких центрах. Вы ходили по нашим научным лабораториям и могли убедиться: там работает одна молодёжь, очень талантливая.

– Как эту молодёжь привлечь и удержать в научных лабораториях вуза, который находится даже не в столичном регионе, а в далёкой Сибири?

– Когда мы только начали направлять молодых учёных на стажировки в Японию, я очень боялся, что они сразу разведутся по миру. Но за 11 лет моей работы ректором уже 30 человек из КрасГМУ прошли школу японских научных центров и вернулись все.

– Почему они вернулись? Вы создали им здесь условия, аналогичные тем, которые они имели бы в научных центрах за рубежом?

– Прежде всего, конечно это, но и патриотизм не исключаем. Причём многие приезжали с уже отработанными методиками научных исследований, которых нет в России. Пришлось изыскивать средства и приобретать оборудование, необходимое для того, чтобы поставить работу вузовских лабораторий на такой же высокий уровень, к которому наши молодые коллеги привыкли, работая за рубежом. Одновременно начали реализовывать целый ряд международных проектов.

У нас в штате, как в большинстве медицинских вузов, предусмотрено не больше 8 научных сотрудников, а мы содержим 40 человек за счёт внебюджетной деятельности со средней зарплатой 40 тыс. руб. Есть ли отдача? Безусловно. Мы видим, как выходят публикации в престижных изданиях, как из нового фундаментального знания вырастает инновационная

технология, как университет выигрывает гранты на серьёзные научные проекты.

Со стороны руководства вуза, конечно, нужны усилия, причём не только в поиске денег, но и в поиске ребят со способностями к научному творчеству. В этом учебном году в КрасГМУ приняли на 1-й курс 140 человек, окончивших школу с золотыми медалями и победителей олимпиад. Мы всегда с 1-го курса присматриваемся к этим ребятам, занимаемся

Кроме того, у любого настоящего перспективного проекта всегда есть возможность получить международный или российский грант. В 2015 г. КрасГМУ выиграл 65 грантов. В их числе грант Российского научного фонда на следование по теме «Молекулярные механизмы нарушения развития головного мозга: абберрантные межклеточные взаимодействия в нейроваскулярной единице и дисрегуляция процессов формирования, контроля

тей было всего 5. Так вот, по этим публикациям видно, что основными научными партнёрами нашего вуза являются университеты Японии, Франции, Канады, Германии, Бразилии, Великобритании, Италии.

Проводятся совместные исследования и с российскими институтами. Так, мы договорились о создании межуниверситетского научно-образовательного центра КрасГМУ – Сибирский федеральный университет для реализации

ра). Специально для этих целей в минувшем году на базе КрасГМУ создана Российско-итальянская лаборатория медицинской генетики за счёт средств гранта Италии. Итогом её работы должна стать разработка новых методов диагностики мультифакторных заболеваний с учётом полученных знаний об их генетической обусловленности.

Второй проект – разработка диагностических тест-систем и средств адресной терапии рака

Авторитетное мнение

Университет без науки – это ПТУ

Стране нужны не только врачи, но и исследователи

«Мы превращаем знания в деньги» – таким весьма оригинальным плакатом в Красноярском государственном медицинском университете им. В.В.Войно-Ясенецкого несколько лет назад встречали главу корпорации РОСНАНО Анатолия Чубайса. Смысл тезиса, взятого в качестве лозунга, таков: в КрасГМУ создаются инновационные медицинские технологии, которые при правильном менеджменте и финансовом сопровождении могут быть успешно выведены на рынок и приносить прибыль. Тогда руководитель госкорпорации, призванной содействовать развитию отечественной сферы инноваций, выразил намерение сотрудничать с университетом. Однако дальше разговоров дело не пошло.

Но речь не о РОСНАНО, дай ей бог процветания. Речь о том, что есть в нашей стране высшие учебные заведения, которые действительно умеют превращать уникальные научные знания в прибыль для государства. Один из таких вузов – Красноярский государственный медицинский университет, ректор которого доктор медицинских наук, профессор Иван АРТЮХОВ считает, что университет без науки – это ПТУ или, в крайнем случае, техникум.



селекцией будущих исследователей. Поскольку научный профиль КрасГМУ – молекулярная медицина, мы ежегодно на 1-м курсе формируем две группы по 10 человек, в которых помимо всех остальных предметов ведётся углублённое преподавание молекулярной медицины на английском языке. И уже с 3-го курса больше половины из этих студентов «уходят жить» в научные лаборатории. Это – будущие исследователи, которые пополнят научные школы университета.

Сегодня наш университет по уровню оснащения лабораторий, занимающихся фундаментальными исследованиями, – такова объективная оценка, которую недавно подтвердил и первый заместитель министра здравоохранения России Игорь Каграмаян, посетивший КрасГМУ, – сопоставим с ведущими академическими научными институтами медицинского профиля.

– Иван Павлович, как руководство КрасГМУ определяет, какие из направлений научных исследований имеет смысл поддерживать деньгами, а в каких результат вряд ли возможен?

– Мы создали в университете ежегодный инвестиционный фонд размером 100 млн руб. Он направлен на поддержку внутривузовских научных исследований и расходуется по принципу грантов. Это так называемые посевные инвестиции. Условие получения гранта, как вы правильно заметили, одно – заявленная научная идея должна иметь перспективу быть реализованной в виде медицинской технологии и выйти на рынок, то есть пройти путь от хорошей идеи до инновационного продукта.

проницаемости и восстановления гематоэнцефалического барьера» на сумму 20 млн руб. и грант по проекту Минздрава России «Молекулярные механизмы и функциональный имиджинг головного мозга при заболеваниях аутистического спектра» размером 17 млн руб. Согласитесь, неплохие деньги для уровня «вузовской» науки.

совместных научных и сетевых образовательных проектов по медицинской биофотонике, биоинженерии, клеточной и молекулярной биологии, регенеративной медицине.

В настоящее время в университете параллельно ведётся несколько масштабных фундаментальных исследовательских про-

СПРАВКА «МГ». Итоги научно-исследовательской и инновационной деятельности КрасГМУ в 2015 г.:

- количество цитирований статей в базе данных Web of Science и Scopus – около 100;
- количество статей в журналах, рекомендованных ВАК, – 603 (в 2001 г. – 434), из них 85 в российских журналах, включённых в международные базы данных;
- опубликовано 18 монографий, получен 31 патент на изобретение;
- разработана в сотрудничестве с университетами и клиническими центрами региона «Концепция развития Красноярского биомедицинского кластера»;
- создан промышленный образец тренажёра для коррекции равновесия;
- разработан и клинически испытан прибор для локального озонирования тканей;
- создан опытный образец офтальмологического спектрофлуориметра;
- готовятся клинические исследования диагностических тест-систем на основе аптамеров, модели гематоэнцефалического барьера.

При этом результаты, которые мы получили в данных исследованиях, сопоставимы с результатами мирового уровня.

– Есть ли сегодня возможность у учебного заведения комплексироваться в проведении исследований с научными институтами, российскими и зарубежными?

– За прошлый год 19 статей сотрудников КрасГМУ были опубликованы в зарубежных журналах с высоким импакт-фактором, в том числе в «Molecular therapy – Nature» и «Molecular Neurobiology». Для сравнения: в 2011 г. таких ста-

ектов, но особо хочу отметить три потенциально наиболее ярких.

Первый проект – международные исследования в области молекулярно-генетической диагностики в кардиологии (гены предрасположенности к сердечным аритмиям и нарушениям сердечной проводимости), в ревматологии (генетическая детерминированность ревматоидного артрита, системной красной волчанки, остеопороза, анкилозирующего спондилоартрита), в неврологии (генетическая природа инсульта, болезни Паркинсона, болезни Альцгейме-

лёгкого и глиобластомы на основе ДНК-аптамеров. Этот проект также имеет статус международного, мы ведём его совместно с учёными из Канады и специалистами Красноярского краевого онкологического диспансера.

И, наконец, ещё одно фундаментальное научное исследование – «Экспрессия и роль микроРНК при меланоме кожи». Ввиду нарастающей актуальности проблемы меланомы и в общемировом масштабе этот проект получил финансовую поддержку Российского научного фонда. Красноярские учёные ставят целью идентифицировать новые диагностические и прогностические критерии при меланоме кожи, а полученные результаты применить для разработки диагностических тест-систем.

Если нашим учёным удастся доказать свои гипотезы, а затем реализовать их в прикладном аспекте и транслировать готовые медицинские технологии в практическое здравоохранение, это уже будет весомый вклад Красноярского медуниверситета в мировую медицинскую науку.

– В настоящее время, пока российские медуниверситеты не утратили своей самостоятельности и не объединены с академическими НИИ и другими вузами, научные исследования, как вы уже сказали, не являются их приоритетной деятельностью. Приоритетом остаётся подготовка кадров для здравоохранения. Можно ли ожидать в ближайшем будущем (и считаете ли вы, что так должно быть), что госзадание на проведение научной работы в медицинском вузе будет сбалансировано с госзадаванием на подготовку врачей?

– При правильной аналитике и оценке результатов так и должно быть. Сегодня, по мнению РАН, фундаментальными исследованиями должны заниматься только институты академии наук. С моей точки зрения, это не-пра-виль-но. Исторически высшая медицинская школа развивалась как симбиоз науки и образования. Поэтому мы надеемся, что Минздрав России пересмотрит нынешнюю ситуацию и начнёт формировать адекватное задание и финансирование на науку тем вузам, где есть реальные возможности в реальной перспективе достичь практических результатов в цепочке «новые знания – новые технологии – внедрение в клинику».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Красноярск.

В рамках празднования Дня российской науки президент Российской академии наук Владимир Фортов встретился с журналистами. Он дал оценку проводимой в стране академической реформе, обозначил проблемы и задачи, стоящие перед наукой вообще и медицинской в частности. Как всегда, речь академика В.Фортова была искренней, эмоциональной и потому убедительной.

О реформе

– Закон о реформе предполагает 3-летний мораторий на отчуждение имущества РАН. Два года прошли, начался третий. В разговоре с Президентом России я попросил дать нам возможность сохранить нынешнюю структуру, чтобы сделать те разумные изменения, которые мы – Академия наук и ФАНО – считаем нужными. Президент пошёл нам навстречу, и до конца года мы должны предложить разумные системы реструктуризации.

Это не очень популярное сейчас слово – реструктуризация, потому что она часто принимает уродливые формы, когда объединяют совершенно разнопрофильные институты, извините за выражение, гинекологического профиля, физического профиля и гуманитарного. Мы возражаем. Если предлагаются разумные, правильные перемены, то учёные это сразу чувствуют. А если предлагаются нежизнеспособные конструкции, ущербные, типа той, которую я привёл в пример, учёные против этого.

О взаимодействии

– Мы должны сделать всё необходимое, чтобы три области – ме-

Из первых уст

Учёные и бюрократия — это противоположности

Президент РАН о том, как пересекаются наука и жизнь



Владимир Фортов

дицина, сельское хозяйство и наука «большой» академии – работали синхронно и вместе. Возможности для взаимодействия здесь очень большие, и наша задача – сделать это взаимодействие как можно более полезным и менее формальным.

Что мы в академии наук не приветствуем – это формализм, когда пишутся бумаги, ненужные отчёты, ненужные проекты, которые потом никто не читает, а уж реализовывать тем более не будет. Учёные и бюрократия – это противоположности.

Об эффективности российской науки

– Эффективность затрат Российской академии наук – я говорю об интегрированной структуре «большой» академии, медицинской и сельскохозяйственной – на один вложенный рубль значительно выше, чем во всех других академиях наук. Наша структура является наиболее устойчивой, потому что мы пережили тяжелейший кризис смены общественно-экономических формаций и сохранили кадры. Она остаётся самой авторитетной организацией: в списке «Топ-1000» наиболее цитируемых учёных России половина – учёные академии наук. Хотя из общего состава учё-

ных в стране специалисты РАН составляют лишь 15%, мы даём 55% высокорейтинговых публикаций.

О борьбе с шарлатанами

– Среди задач, которые стоят перед академией, – популяризация научных знаний и борьба с лженаукой. Сегодня число учёных и число лжеучёных приблизительно одинаково – 6 млн тех и этих. Если включить телевизор, без слёз смотреть нельзя, что предлагают в известных вам передачах и чему там учат, особенно в области медицинского шарлатанства... Это небезобидные вещи, они отупляют нацию.

Ещё очень важная задача – это экспертная работа. Мне удалось участвовать в комиссиях по анализу разных проектов, где в результате обсуждения учёные сэкономили для государства десятки миллиардов рублей, потому что жуликов очень много.

Я видел цифры по числу патентов в хирургии. Так вот: патентов по за-

мене клапанов сердца – 300 тыс... Это ещё одна проблема, и кроме науки её никто не решит.

О прорывных технологиях

Учёный, когда ведёт исследование, никогда не думает, прорывное оно или не прорывное. Это придумали наукометристы – люди, которые строят графики типа «корень кубический из числа учёных, делённый на квадрат площади их лаборатории». И на эту тему идут схоластические дискуссии, что вот у американцев этот параметр такой-то, а у нас – такой-то. Не имеет это никакого значения!

Хоть мне и много лет, я оптимист по натуре. Есть такое высказывание: оптимистов больше, чем пессимистов, потому что остались одни оптимисты, а пессимисты уехали. Ну, а если серьёзно, я вижу: у нас большие возможности, в том числе в области медицинской науки.

Записала Елена ЮРИНА.

МИА Сито!

Точка зрения

Термином «гипоскиллия» в медицине принято обозначать утрату навыков клинического обследования больного. Опасность распространения гипоскиллии среди врачебного сообщества нашего времени резко возросла в связи с повсеместной технологизацией клинических дисциплин, и прежде всего широким применением методов неинвазивной визуализации патологии. Кажущаяся лёгкость диагноза делает ненужным, как ошибочно представляется, длительное «копание» в анамнезе больного и проверку физикальных признаков.

Больная логика

Сосредоточусь на близких мне неврологии и нейрохирургии. Чтобы выявить и оценить находки при исследовании неврологического статуса, необходимо правильно проверять симптомы со стороны речевой, моторной и чувствительной сфер, статокординаторной системы, зрения, слуха, обоняния и т.д. Именно этому прежде всего должны научить молодого специалиста. А он обязан относиться к освоению методов «молоточка и иголки» с пониманием и ответственностью.

Между тем всё чётче проявляется тенденция небрежения к неврологии очаговых поражений головного и спинного мозга. Зачем тратить время на скрупулёзное изучение неврологического статуса больного, когда можно без интеллектуального напряжения быстрее и определённое получить картину с изображением патологии. Но это больная логика, ибо ведёт к практическому выключению врача из диагностического процесса.

Издержки очевидны: врач теряет самостоятельность и состоятельность, обретает «наркотическую» зависимость от технологий вместо того, чтобы их критично использовать во благо больного, а пациент лишается человеческого контакта, столь необходимого для адекватного восприятия болезни, согласия на операцию и исцеления. Всё заканчивается гипоскиллией: беспомощностью при встрече с

Угроза гипоскиллии

Как противостоять утрате навыков обследования больного

больным и полной растерянностью при отсутствии технологической поддержки.

Гипоскиллия опасна невыявлением симптомов, включая меняющихся тактику лечения, их неверной трактовкой и, в конечном итоге, ущербом для своевременного диагноза и лечения.

Не касаясь здесь внимательного и умелого расспроса пациента, играющего большую роль и в установлении доверительного контакта, и в первых суждениях о характере и локализации патологии, проанализирую исследование неврологического статуса. Оно требует систематичности и педантичности при соблюдении адекватной техники и приёмов для выявления тех или иных признаков состояния различных отделов центральной и периферической нервной системы.

Клиницизм – прежде всего

Увы, я часто вижу, с какими грубыми отклонениями исследуют важнейшие неврологические симптомы мои коллеги.

Среди менингеальных знаков два обязательны для проверки. Это симптом Кернига (названный так по имени впервые описавшего его петербургского профессора) и ригидность затылочных мышц. Чтобы адекватно оценить наличие и степень выраженности симптома Кернига, необходимо согнуть ногу под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах и лишь затем, положив левую кисть под бедро и взявшись правой рукой за стопу, разгибать ногу в коленном суставе, ни в коем случае не прилагая силу. Вот тогда можно объективно судить – нет или есть этот менингеальный знак – индикатор раздражения оболочек головного мозга (субарахноидальное кровоизлияние, менингит и др.).



Врач ни в коем случае не должен терять самостоятельности и состоятельности

Между тем при проверке симптома Кернига часто получают ложноотрицательные результаты из-за ошибочной техники (поднимают выпрямленную ногу и только до угла 45-60°, да ещё прилагают усилия). Кажется, что нет симптома Кернига, но при правильном исследовании его нередко выявляют. При проверке ригидности затылочных мышц ни в коем случае нельзя форсированно приводить подбородок больного к груди, а надо постепенно поднимать голову до спонтанного сопротивления (если есть ригидность) либо до упора подбородка в грудь (когда этот симптом отсутствует).

КТ и МРТ обычно недостаточно информативны для распознавания менингита. Между тем наличие менингеальных симптомов вместе с другими клиническими и ликворологическими данными способно обеспечить точную диагностику воспаления мозговых оболочек.

Корнеальные рефлексы настолько значимы, что относятся к одному из критериев смерти мозга. Их надо проверять осторожным прикосновением кончика тонко скрученной ватки к нижне-наружному краю роговицы (или с помощью струйки воздуха либо падающей капли воды). Но как нередко их вызывают тогда, когда на самом деле корнеальные рефлексы отсутствуют – энергично прикасаются к глазу плотной бумажкой с заострённым концом и получают смыкание век в ответ на боль, а иногда ещё при этом повреждается роговица. Либо подходят к роговице так, что ватка попадает в поле зрения, и получают смыкание век в ответ на видение предмета, но не корнеальный рефлекс.

И сухожильные, и надкостничные, и кожные рефлексы часто исследуются с явными нарушениями методики их вызывания. Остановлюсь только на многостра-

дальных брюшных рефлексах. Вместо стимулирующего штрихового раздражения спицей или другим предметом с затупленным концом, их проверяют иголкой, превращая тем самым из тактильных в болевые. При этом на животе пациента на несколько дней могут оставаться следы «усердия» – кровавые линии. Увидев их, сразу можно делать вывод об уровне профессионализма невролога.

Между тем брюшные рефлексы исключительно важны для дифференциального диагноза. Например, выявление на МРТ округлой зоны изменённой интенсивности сигнала в стволе мозга может наблюдаться и при рассеянном склерозе, и при хронической гематоме вследствие разрыва маленькой артериовенозной мальформации или каверномы. Именно сохранность брюшных рефлексов склоняет диагноз в пользу хронической гематомы. Течение указанных двух заболеваний различно, и тактика лечения противоположна. При рассеянном склерозе длительно назначают гормональные и другие препараты, а при хронической гематоме ствола – спасительна лишь операция.

Преклоняясь перед удивительными возможностями компьютерных нейровизуализационных технологий, не следует забывать (и правильно исследовать!) человеческие проявления мозговой патологии. Иначе – гипоскиллия и опасное снижение профессионального уровня врача.

Леонид ЛИХТЕРМАН, профессор, заслуженный деятель науки РФ, лауреат Государственной премии РФ.

Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Российская фарма до недавнего времени оставалась одной из немногих отраслей экономики, которая в условиях кризиса сохраняла относительную стабильность и показывала неплохие темпы роста. Но сегодня поводов для оптимизма остаётся всё меньше. В профессиональной среде уже зазвучали неприятные уху слова «цепочки неплатежей», «банкротства», «стагнация»... Эксперты аналитических компаний, принявшие участие в заседании «круглого стола» Российской ассоциации фармацевтического маркетинга (РАФМ), единодушно во мнении: негативные тенденции на фармрынке со временем будут нарастать, и его основных игроков ждут непростые времена.

В минорной тональности

2015 г. для российского фармрынка прошёл под знаком нестабильности, и те негативные макроэкономические и социальные факторы, которые определяли его развитие в этот период, очевидно, останутся таковыми и в 2016 г., констатировал генеральный директор компании IMS Health Russia Николай Демидов. «Наши прогнозы в прошлом году менялись так же, как менялся флюгер курса российской валюты в течение года. Примерно раз в квартал мы пытались переосмыслить, что происходит с рынком и куда он придёт к концу года», – отметил эксперт.

Основным двигателем роста рынка снова был инфляционный фактор. По оценке IMS Health, в 2015 г. рынок вырос в рублях на 9%, однако он продолжил сокращаться в объёме: – 7% в упаковках для розничного сегмента ЛС, не включая парафармацевтику и другие товары.

Падение объёма продаж как в упаковках, так и стоимостью выражении, отмечалось практически у всех зарубежных фармкомпаний – лидеров рынка. Отечественные производители, напротив, только наращивали обороты. По итогам года они уверенно заняли все строчки в Топ-10 по темпам роста продаж безрецептурных лекарственных препаратов на розничном рынке и более половины рейтинга – в рецептурном. По мнению эксперта, взрывной рост продаж локальных производителей отображает смещение спроса, а также стремление участников товаропроводящей цепочки заработать на повышении цен.

– Четыре игрока вошли сразу в оба рейтинга. У этих компаний имеется большой и разнообразный портфель препаратов, они удачно их позиционируют. Широкий ассортимент ЛС позволил дистрибьюторам и аптекам успешно работать с ценами и благодаря эластичности спроса повышать их без особых потерь для потребления, – уточнил Н. Демидов.

Рынок рецептурных препаратов в 2015 г. вырос на 10%, падение

в упаковках составило – 4,5%. В секторе рецептурных препаратов 4 группы росли существенно быстрее рынка, компенсировав скромные результаты остальных 6. По сравнению с 2014 г. рост замедлился у большинства групп ЛС. Заметное ускорение темпов роста отмечено у монофазных контрацептивов и оральных пенициллинов широкого спектра.

При росте в 9% рынок ОТС-препаратов в упаковках «просел» на 7,5%. 5 групп росли быстрее

прироста – это практически ничего».

По оценке DSM Group, за последние 5 лет средний рост российского фармрынка составил 11%. По итогам прошлого года рост розничного рынка лекарств составил 9,6% (в этом вопросе эксперты практически сошлись во мнении). Падение рынка в упаковках, по оценке DSM, составило 3%. В валюте рынок «просел»: в евро на 14%, в долларах – на 32%. По словам Сер-

«Отечественной фармой были воспроизведены самые «лакомые» позиции лекарственных средств, которые представлены на рынке, с высокой маржинальностью и ценой. В итоге никакого ожидаемого уменьшения затрат на закупку этих дорогостоящих препаратов не происходит», – констатировал Сергей Шуляк.

Говоря о дальнейшем развитии рынка, эксперт был осторожен в прогнозах. «Те факторы, которые влияют на наш рынок,

Если говорить о влиянии экономической ситуации на практику врачей и провизоров, то врачи отмечают, что осенью число пациентов, обратившихся с просьбой заменить лекарственные препараты на более дешёвые аналоги, выросло в сравнении с весной 2015 г. Кроме того, россияне перестают покупать лекарства про запас. Об этом сообщили 43% респондентов, имеющих хронические заболевания, требующие постоянной

Итоги и прогнозы

Этюд в багровых тонах

Эксперты пессимистичны в прогнозах роста российского фармрынка



гея Шуляка, это самое крупное падение российского фармрынка за всю историю его существования.

Один из последних трендов – уменьшение доли импортных лекарственных препаратов в госпитальном сегменте.

совершенно непредсказуемы, и дело вовсе не в санкциях, а в общих негативных тенденциях в мировой экономике, – отметил глава DSM. – И если развитие ситуации пойдёт по негативному сценарию, то мы не увидим даже рублёвого прироста рынка, а в худшей ситуации – возможно даже его падение».

По словам эксперта, ситуация неопределённости может затянуться на годы, и в этот период всем участникам рынка придётся приспосабливаться к новым правилам игры на этом поле.

Антикризисные маневры

Крайним в этой ситуации оказывается потребитель. По разным оценкам, до 70% всех расходов на лекарства – это личные средства граждан, объём которых ежегодно растёт. Как показывает опрос, проведённый компанией Synovate Comcon в конце декабря 2015 г., россияне отмечают значительное ухудшение экономической ситуации по сравнению с ноябрём. Текущее экономическое положение подавляющим большинством респондентов оценивается негативно. Более того, каждый третий из участников опроса считает, что через год будет ещё хуже.

Увеличение цен – наиболее явное последствие кризиса в 2015 г., – такого мнения придерживаются 92% респондентов. Также потребители жалуются на сокращение зарплат и трудности с выплатой кредитов.

Как показывает исследование, россияне стали экономить, в том числе и на покупке лекарств. «В основном потребители выбирают две модели экономии на лекарствах – покупка в более дешёвых местах и покупка более дешёвых аналогов», – отметил директор подразделения здравоохранения компании Synovate Comcon Олег Фельдман. Кроме того, часть респондентов признала, что они стали реже приобретать медикаменты и в меньшем объёме, чем раньше.

рынка, 7 групп улучшили динамику относительно 2014 г., 2 группы (иммуностимуляторы и отхаркивающие средства) повернули от уверенного падения к росту. В свою очередь препараты от заболеваний печени, противогрибковые ЛС и назальные спреи, напротив, показали отрицательную динамику продаж (–1,9%, –0,6 % и –0,3% соответственно).

Что касается ожиданий на будущее, ключевые факторы, которые будут влиять на рынок, – сокращение потребления лекарств и переключение спроса с дорогих препаратов на более дешёвые аналоги. По прогнозу IMS Health, в 2016 г. розничный рынок вырастет в рублях на 5-6%. Однако волатильность макроэкономической ситуации может «качнуть качели» в обе стороны, подчеркнул эксперт.

Ситуация на рынке лекарств из умеренно оптимистичной плавно переходит в пессимистичную, констатировал генеральный директор DSM Group Сергей Шуляк: «Рынок постепенно замедляется в целом, в ретроспективе за последние 5 лет он достиг 1 трлн 257 млрд руб., с такими понижающимися темпами прироста перспективы на 2016 г. выглядят не очень оптимистично – до 1 трлн 352 млрд руб. 100 млрд

«Возможно, это влияние программы «третий лишний» или действительно попытка найти более дешёвую альтернативу дорогим импортным препаратам», – предположил эксперт.

Кризис пришёл на фармрынок осенью. После обычного спада в летний период ожидаемого подъёма продаж в осенний период не произошло. «Виной» тому – отсутствие роста сезонных простудных заболеваний. «Мы не наблюдали эпидемии ни в октябре, ни в ноябре и даже декабре 2015 г. Отсутствие традиционного осеннего спроса на лекарства начало сильно проваливать рынок», – заключил эксперт.

Ожидается, что во втором полугодии сильнее всего снизились продажи противовирусных и противогрибковых препаратов. Одновременно начались колебания на валютном рынке, доллар резко пошёл вверх, соответственно цены на ЛС также начали расти. «Гриппозный» декабрь не выправил ситуации на рынке – темпы его роста были ниже, чем в последний месяц 2014 г.

Лекарства российского производства растут в рублях в 2,5 раза быстрее, чем импортные. По мнению эксперта, во многом это обусловлено пробелами в политике импортозамещения.

терапии. Более половины респондентов (60%) отказываются от покупок для домашней аптечки лекарственных средств для профилактики и лечения острых заболеваний.

Руководитель отдела стратегического консалтинга компании Aston-Group Мария Сдвижкова рассказала о ключевых изменениях, произошедших в государственном сегменте здравоохранения РФ в 2015 г. По её словам, отмечается замедление темпов роста реальных расходов в данной сфере по сравнению с предыдущими периодами (2% в 2015 г. и прогнозируемый 1% в 2016 г.).

Эксперт также напомнила о том, что с 2016 г. как на федеральном, так и на региональном уровнях, состоялся переход на одноплатежные бюджетирования, в том числе и по программе госгарантий. Кроме того, в 2015 г. была изменена методика ценообразования на препараты из Перечня ЖНВЛП (среди нововведений: возможность перерегистрации цен иностранными производителями, введение понижающих коэффициентов для дженериков, установление равных прав для РФ и ЕАЭС). Среди других изменений – пересмотр ключевых государственных перечней на 2016 г., выделение дополнительного финансирования на лекарственное обеспечение в регионах в объёме 16 млрд руб. и закрепление статуса локального производителя за упаковкой до конца 2016 г.

По данным Aston-Group, объём декларируемых расходов государства в 2015 г. составил 3 трлн 321 млрд руб., что на 8% превысило расходы 2014 г. Основной рост произошёл за счёт средств фонда ОМС (+34%). Средства региональных бюджетов, так же как и федерального, наоборот, были уменьшены. В 2016 г. расходы федерального бюджета увеличены на 42%.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Статистика

Медики и фармацевты по-прежнему «в цене»

В январе 2016 г. число вакансий в медицине и фармацевтике в целом по стране выросло на 6% в сравнении с декабрём 2015 г., в Москве этот показатель ещё выше – 8%.

Как следует из ежемесячного обзора российского рынка труда, представленного Исследовательским центром рекрутингового портала Superjob, сегмент медицины и фармацевтики входит

в число сфер деятельности, где спрос на персонал растёт наиболее быстрыми темпами. Опережают её только сферы «Топ-кадры», где прирост вакансий составил 15%, и «Управление персоналом» – 14%, пишет «Фармперсонал».

Как отмечают авторы исследования, в целом же рынок труда в январе испытывал спад, продолжая ощущать на себе воздействие сезонного фактора: из-за новогодних праздников менее актив-

но, чем в декабре, вели себя и работодатели, и соискатели (–3% вакансий; –3% резюме за месяц).

По сравнению с аналогичным периодом прошлого года объём вакансий сжался на 20%. Интерес соискателей к поиску работы, напротив, вырос (+16% резюме за год).

Стабильно высокой остаётся востребованность персонала в сфере продаж (30% от всех вакансий в базе Superjob). Второе

место делят рабочие и производственные специальности (по 10% вакансий). Сфера транспорта и логистики – ещё один сегмент, в котором спрос на персонал устойчиво высок (6%).

В Топ-10 сфер поиска персонала входит также медицина и фармацевтика (7-е место) – 4% вакансий.

Динамика зарплат остаётся неравномерной, отмечают авторы исследования. Значительно повы-

сились зарплатные предложения для сотрудников сферы продаж (+1,5% за месяц). Некоторый рост зарплат отмечается в сферах маркетинга (+0,3%) и офисного персонала (+0,7%). При этом наблюдается снижение стартовых зарплатных предложений в кадровой сфере (–0,8% за месяц), ИТ (–0,6%), банковской и строительной сферах (–0,1% в каждой).

Анна КРАСАВИКИНА.

Перспективы

Распечатать череп



Управление по контролю за качеством пищевых продуктов, медикаментов и косметических средств Министерства торговли США разрешило компании BioArchitects проводить операции по вживлению имплантатов костей черепа, распечатанных на 3D-принтере.

BioArchitects производит каждый имплантат для костей мозгового и лицевого черепа индивидуально, предварительно проводя томографию мозга человека, нуждающе-

гося в пересадке. Имея на руках все нужные параметры, компания распечатывает на специализированном принтере титановые детали необходимых размеров и формы. Процесс является технологически весьма сложным: титан очень тугоплавкий металл, поэтому печать вынужденно идёт при локальном нагреве выше 1,5 тыс. градусов. Чтобы обеспечить его, вместо стандартного лазерного луча применяется пучок электронов (так называемая электронно-лучевая плавка).

Управление по контролю за качеством пищевых продуктов, медикаментов и косметических средств на протяжении нескольких лет проводило длительный анализ результатов клинических испытаний по использованию таких имплантатов. Значительную роль сыграло то, что BioArchitects имеет подразделение в Бразилии, где регулирование в области медицины не так сложно. Это позволило компании показать работоспособность своей технологии на обычных пациентах, что, несомненно, положительно повлияло на решение управления.

Следует отметить, что, в принципе, электронно-лучевая плавка имеет значительные перспективы и в ряде других областей – например, при создании сложных по форме деталей для аэрокосмической отрасли.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

По материалам
Zee News.

Взгляд

Поможем сердцу

Новое исследование Университета Восточной Финляндии показывает, что относительно высокое потребление холестерина, при употреблении одного яйца каждый день, не связано с повышенным риском ишемической болезни сердца. Кроме того, вредная ассоциация не была найдена среди лиц с фенотипом ароЕ4, который влияет на метаболизм холестерина и распространён среди населения Финляндии.

Команда финских учёных проанализировала диетические привычки более 1030 мужчин в возрасте от 42 до 60 лет, не имевших диагноза сердечно-сосудистых заболеваний. Во время наблюдения, которое проходило в течение 21 года, 230 участников перенесли инфаркт мио-

карда и 32,5% являлись носителями фенотипа ароЕ4.

Исследование показало, что высокое потребление холестерина не было связано с риском ишемической болезни сердца как во всей исследуемой популяции, так и у людей с фенотипом ароЕ4. Кроме того,

потребление яиц, которые являются важным источником холестерина, также не было связано с риском ишемической болезни сердца.

Полученные данные свидетельствуют о том, что диета с высоким содержанием потребления холестерина или частое употребление яиц не повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний даже у лиц, которые генетически предрасположены к большему эффекту холестерина на уровни холестерина в сыворотке. Участники эксперимента имели средний ежедневный рацион с содержанием холестерина 520 мг и они потребляли в среднем по одному яйцу в день.

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Neuron.

Ракурс

Полный отказ печени опасен для жизни. В таком случае требуется операция по пересадке, для которой необходимы доноры, но их всегда не хватает.

Учёные давно пытаются создать ткань печени, которая избавит от этой необходимости и поможет точно оценить побочные эффекты препаратов. Но до сих пор исследователям не удавалось вос-

Новая жизнь печени

создать сложную структуру ткани. Китайские учёные из Северо-Западного университета A&F утверждают: созданная ими ткань имитирует функции печени лучше всех существующих моделей. Специалисты использовали клетки печени и аорты человека. Скорость

метаболизма в этой ткани максимально приближена к реальной. По словам учёных, новую ткань можно будет использовать для трансплантации и исследований.

Олег ОРЕХОВ.

По материалам The Times of India.

В клиниках и лабораториях

Синглетный кислород побеждает рак

Исследователи австралийского Центра наноуровневых биофотонных исследований заявили о разработке нового вида противоопухолевой терапии. Метод подразумевает использование рентгеновского излучения и наночастиц хлорида цезия, которые вместе способны разрушать новообразования в любой части человеческого организма.

Возможно, с помощью данного метода будет решена основная проблема лечения опухолей. Больные клетки уничтожить довольно просто. Трудность состоит в том, чтобы избежать гибели здоровых клеток и тканей. Последствия противоракового лечения нередко приводят к резкому ухудшению состояния здоровья пациента.

Метод австралийского центра заключается в использовании агрессивного воздействия, так называемого синглетного кислорода. Синглетный кислород – это одна из форм активного кислорода, высокоэнергетическое состояние молекулы кислорода, которое активизирует окислительно-восстановительные реакции в организме человека. На сегодняшний день создан ряд приборов медицинского и эстетического назначения, в основу которых положено использование уникальных свойств синглетного кислорода. По своей основной структуре он ничем не отличается от кислорода, которым мы дышим. Но это очень нестабильная его форма, отличающаяся высоким энергетическим потенциалом, а также способностью убивать или, по крайней мере,

подавлять раковые клетки. Его и раньше применяли в противораковом лечении, однако у медиков не было возможности безопасно доставлять необходимую порцию синглетного кислорода в место концентрации раковых клеток, при этом возникала опасность случайного повреждения здоровых тканей. Учёные использовали принципы фотодинамической терапии (ФДТ), когда чувствительные к световому излучению составы размещают вблизи раковых клеток. Под действием лучей видимого или инфракрасного спектра состав распадается с выделением короткоживущих элементов, разрушающих близлежащие больные клетки.

В своём методе исследователи центра пошли дальше – излучение

заменили на рентгеновское, а действующий состав – на наночастицы фторида цезия (CeF3), притягивающиеся к раковым клеткам благодаря специально полученному заряду. Облучение наночастиц приводит к выделению синглетного кислорода точно в местах нахождения раковых клеток, при этом у медиков впервые появилась возможность точно контролировать количество выделяемого вещества. Вдобавок эффективность метода усиливает сам принцип использования рентгеновских лучей, так как он позволяет проводить терапию в любой части тела человека. Традиционное использование видимого и инфракрасного спектров при проведении ФДТ ограничивает сферу применения терапии исключительно поверхностными тканями.

В исследовании была показана теоретическая возможность использования принципов ФДТ для лечения глубоких опухолей. Преимущества метода состоят в том, что он подразумевает применение совершенно иных биологических подходов к лечению по сравнению с традиционной химиотерапией, лучевой терапией и другими современными методами. Глубокая фотодинамическая терапия может стать принципиально новым методом противоракового лечения в будущем. И уже следующим этапом исследований центра станет тестирование различных типов наночастиц по характеру выделения синглетного кислорода.

Сергей КРЫМОВ.

По материалам
Scientific Reports.

ПОМОГИТЕ ЖЕНЕ!



У Жени Чулкова из посёлка Беково Пензенской области – хроническая почечная недостаточность в самой тяжёлой терминальной стадии. В ожидании операции по пересадке сыну почки мама Жени пять раз в день вручную проводит ему процедуру гемодиализа. В результате, мальчик практически круглосуточно вынужден находиться дома. Жене необходим циклер, «искусственная почка», который будет очищать кровь мальчика ночью, автоматически. Стоит такой аппарат 560 тыс. руб. Таких средств в семье, где воспитывается ещё один несовершеннолетний ребёнок, нет. Союз благотворительных организаций России просит всех, кто хочет и может помочь Жене Чулкову, перечислить средства на его лечение.

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

Платежи в адрес Жени Чулкова 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: 30101810000000000272
БИК: 044583272
Назначение платежа: пожертвование на лечение Жени Чулкова

СОЮЗ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ РОССИИ ПРОСИТ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ ПОМОЧЬ

Выводы

Как улучшить препараты против туберкулёза

Группа учёных из Центра медицинских исследований при Университете Дж.Хопкинса определила причину, почему некоторые противотуберкулёзные лекарства оказываются клинически эффективнее, чем другие.

В частности, биофизики выяснили, что бактерии, провоцирующие развитие туберкулёза, проявляют резистентность к антибиотикам фторхинолонам из-за их несбалансированного состава. Чтобы определить степень эффективности антибиотиков, учёные использовали метод рентгеновской кристаллографии. Таким образом была воссоздана детальная трёхмерная модель взаимодействия гиразы бактерий с 5 различными лекарственными препаратами. В результате выяснилось, что фторхинолоны воздействуют на 2 участка гиразы бактерий, однако на одном из участков один из во-

дящих в антибиотик компонентов против развития белка в то же время снижает эффективность самого лекарства своими свойствами.

Стоит отметить, что фторхинолон 8-метил-моксифлоацин оказывает наиболее выраженное воздействие на возбудителей туберкулёза по сравнению с остальными антибиотиками групп.

По словам одного из авторов исследования Джеймса Бергера, результаты исследований доказывают, что при создании препаратов от туберкулёза неразумно использовать ограниченное число групп фторхинолонов, так как из-за малой эффективности они давно устарели.

В будущем учёные надеются, что полученные данные помогут им в разработке принципиально новых противотуберкулёзных препаратов.

Юлия ИНИНА.

По материалам PNAS.

Ситуация

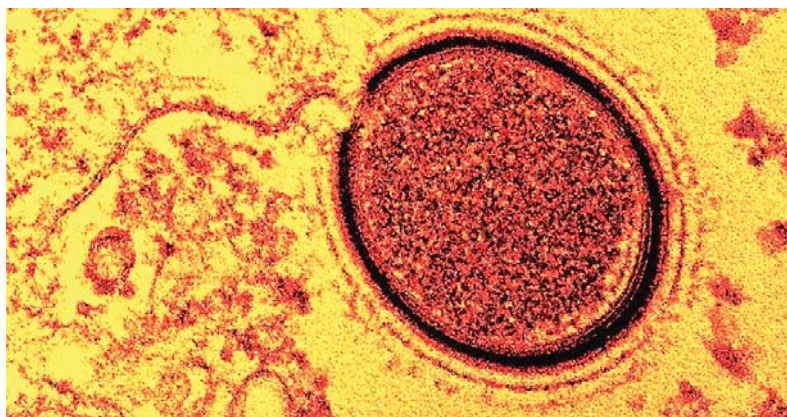
Привет из ледникового периода

Ещё в прошедшем году учёные обнаружили в Колымской низменности России в вечной мерзлоте древний вирус, возраст которого 30 тыс. лет.

Авторами открытия стали ведущая лабораторией криологии почв Института физико-химических и биологических проблем почвоведения в Пущино Елизавета Ривкина, старший научный сотрудник этой лаборатории Любовь Шмакова и их французские коллеги под руководством доктора Жан-Мишеля Клаверье из Марсельского института микробиологии.

Находку назвали Mollivirus sibericum, и это четвёртый доисторический вирус, который был обнаружен начиная с 2003 г. Первый из таких вирусов, названный мимивирусом, был открыт Клаверье и его коллегами. К другим гигантским вирусам относятся Minivirus, найденный также в 2003 г., Pandoravirus, который нашли в 2013-м, и Pithovirus sibericum.

Чтобы быть квалифицированным как «гигантский», вирус должен превышать полмикрона. Mollivirus sibericum, что переводится как «мягкий вирус из Сибири», составляет от 0,6 мкм, и его можно увидеть с помощью световой микроскопии.



В отличие от большинства вирусов, которые циркулируют сегодня, эти древние образцы не только больше размерами, но и гораздо более сложны генетически. M.sibericum имеет более чем 500 генов, в то время как вирус гриппа А, напротив, таковых имеет всего 8.

Регионы, в которых эти гигантские вирусы были найдены, богаты минеральными ресурсами, особенно нефтью и будут становиться всё более доступными для промышленной эксплуатации. В то же время, изменение климата, потепление в арктических и субарктических регионах более чем в 2 раза в сравнении со средним мировым показателем означает, что вечная мерзлота начинает оттаивать. Поэтому

эксперты предупреждают, что изменение климата и таяние льдов могут воскресить похожие, опасные патогены.

И всё же уже сегодня учёные предприняли попытку оживить M.sibericum. Эксперимент прошёл успешно. Но вот повёл себя доисторический агент совсем не мирным образом по отношению к своим одноклеточным современным родственникам – амёбам. Исходя из всего этого, остаётся открытым вопрос о том, как много мы ещё не знаем об эволюции живых организмов на нашей планете и о том, какую угрозу могут они нам принести в обозримом будущем.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам BBC, Nature.

Открытия, находки

Дело — табак

В поисках новой терапии против курения

«Курить бросить легко. Я сам бросал тысячу раз», — говаривал Марк Твен. Сегодня учёные пошли ещё дальше, и в борьбе с вредной привычкой предлагают использовать всё более неожиданные методы. Уже сейчас ведётся работа над новым видом терапии против курения, основанным на бактериальном ферменте, который разрушает никотин до того, как тот сможет достичь головного мозга.

Учёные из Научно-исследовательского института Скриппса в Ла-Хойя, штат Калифорния, сообщают, как был произведён в лабораторных условиях фермент, который имеет ряд особенностей, что делает его перспективным кандидатом для разработки лекарственного средства.

«Наше исследование всё ещё на раннем этапе процесса разработки препарата, но оно показывает, что фермент имеет возможность стать в конечном итоге успешным лекарственным средством». Именно с такими заявлениями выступает профессор химии Ким Янда, который вместе с коллегами в течение 30 лет работал над созданием

специального антеникотинного фермента.

Оказалось, что учёным нужно было просто-напросто обратиться к природе, где они нашли то, что искали — бактерии, выделенные из почвы поля с растущим табаком, которые потребляли никотин в качестве единственного ресурса углерода и азота.

Бактерия под названием Pseudomonas putida зависит от фермента, названного NicA2, который помогает ей питаться никотином, «подобно маленькому Pac-Man», — говорит профессор Янда.

Идея учёных состоит в том, чтобы создать антитабачную ферментную терапию, которая предложит более успешную альтернативу текущим средствам по прекращению курения, которые не дают эффекта, по крайней мере, в 80-90%.

Ферментная терапия могла бы обнаружить и уничтожить никотин до того, как он достигнет головного мозга, предупреждая таким образом развитие привыкания к этому веществу. В своей статье профессор Янда и его коллеги описали, как они проанализировали фермент и

проверили его потенциал в качестве лечения против курения.

Исследователи обнаружили, что фермент, кажется, способен значительно сократить время пребывания никотина в крови. Профессор Янда говорит, что после проведения нескольких химических модификаций они смогли бы создать версию фермента, который может сократить период полувыведения никотина из крови до такой степени, что он даже не достигает головного мозга.

Исследователи отмечают, что остаётся ещё некоторая работа, которую надо провести для улучшения потенциала фермента. Например, нужно удалить следы его бактериального происхождения, чтобы снизить шансы запуска иммунной реакции. Первый автор статьи, аспирант Научно-исследовательского института Скриппса Сонг Сюэ сказал: «Надеюсь, мы сможем улучшить его сывороточную стабильность в наших будущих испытаниях до такой степени, чтобы одна инъекция могла действовать в течение месяца».

Сергей КРЫМОВ.

По материалам Journal of the American Chemical Society.

А как у них?

«Младшие» врачи (junior doctors) в Англии провели 24-часовую забастовку, так как переговоры с правительством об оплате и условиях работы во внеурочное время не увенчались успехом.

«Ни один врач не хочет забастовки, и мы всегда открыты для переговоров», — говорится в сообщении Британской медицинской ассоциации (British Medical Association, BMA). «Но для правительства важнее политика, а не здравый

Несмотря на плановые операции

Вследствие забастовки было отменено не менее 2,9 тыс. плановых операций. Ранее врачи собирались перестать оказывать даже экстренную помощь во время забастовки, но потом отказались от крайних мер. Разногласия между начинающими врачами и правительством возникли из-за условий работы, прописанных в новых трудовых договорах. Медикам предложили увеличить основную часть зарплаты на 11%, но при этом ограничили другие выплаты, в том числе за работу во внеурочное время и выходные.

Данная забастовка является второй по счёту акцией начинающих врачей, выступающих против новых трудовых контрактов. Первая акция прошла 12 января и привела к отмене каждой десятой плановой хирургической операции. Затем медики отменили 48-часовую забастовку, запланированную на 26-28 января, поскольку были достигнуты некоторые договорённости с властями.

Однако власти продолжают настаивать на сокращении оплаты за работу по субботам, поэтому врачи решили бастовать дальше.

смысл, и оно по-прежнему угрожает ввести контракты, против которых решительно выступили начинающие врачи, так что у нас нет выбора».

Кроме того, накануне Иоганн Малавана, председатель комитета начинающих докторов BMA, обвинил правительство в нарушении достигнутых соглашений. «Мы представили рабочее решение с указанием полного объёма расходов, но его отвергли из гордости и по политическим мотивам», — написал он в сервисе микроблогов Твиттер.

Стоит отметить, что термин junior doctors используется для обозначения выпускников медицинских школ, проходящих постдипломную подготовку в структуре Национальной системы здравоохранения. Подготовка может длиться 5 лет (для врача общей практики) и более (для специалиста, работающего в госпитальном секторе). В Англии насчитывается около 55 тыс. начинающих врачей, это примерно треть всех медицинских кадров.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению The Guardian.

Исследования

Здоровье глаз ищи в капусте



Широко бытует мнение о том, что регулярное употребление моркови и черники полезно для зрения. Однако исследовательская группа из Медицинской школы при Гарвардском университете (Harvard Medical School) считает, что сохранить здоровье глаз помогут вовсе не эти корнеплод и ягода, а обыкновенный салат. К таким выводам они пришли после того, как проанализировали данные почти о 105 тыс. человек.

Исследование продолжалось с 1984 по 2012 г. На момент начала наблюдений участникам было около 40 лет, и никто из них не страдал первичной открытоугольной глаукомой — одной из наиболее распространённых форм заболевания. Авторы во главе с Джейм Кенгом изучили, какое количество листовых овощей употребляли

респонденты — речь шла о салатах, капусте, шпинате, щавеле и других продуктах.

Оказалось, что у тех людей, кто часто ел листовые овощи, глаукома развивалась на 20-30% реже, чем у тех, кто не включал салат и шпинат в свой рацион. Исследователи считают, что употребление этих овощей приводит к увеличению концентрации оксида азота, который необходим для регуляции глазного кровотока. У людей, страдающих глаукомой, уровень оксида азота снижен.

Так что тем, кто находится в группе риска — людям, у которых в семье уже были зафиксированы случаи глаукомы, и пациентам старше 60 лет авторы исследования настойчиво рекомендуют ежедневно есть листовые овощи.

Александр ЗЕНИН.

По материалам MedicalDaily.

«Я непоколебимо верю, что наука и мир восторжествуют над невежеством и войной, что будущее принадлежит тем, кто более сделает для страждущего человечества».

Луи Пастер.

Эта история началась ровно 130 лет назад. Ранним утром 17 февраля 1886 г. в уездном городке Белый Смоленской губернии (ныне Тверская область) внезапно объявился странный волк. Он не боялся людей, напротив, вёл себя агрессивно и нагло. Быстро пробравшись на городскую площадь с торговыми рядами, он бросился на первого встреченного человека.

Им оказалась проходившая мимо сторожика Тихомирова. На поднятый женщиной шум из дома выбежал местный трактирщик Иван Андровский, появление которого отвлекло волка от испуганной женщины, и тот кинулся на менее крикливую жертву. Дежурившие на городской каланче пожарные Матвей Кожеуров и Михаил Иванов слышали крики и поспешили на помощь к пострадавшим. Используя подручные средства, они попытались справиться с обезумевшим зверем, но тот оказался сильнее и, разорвав обоим лицо и кожу на голове, загнал их обратно на пожарную каланчу.

Подобно смертельному вихрю волк помчался дальше по городским улицам и встретил на своём пути 70-летнего священника Николаевской церкви отца Василия Ершова, проходившего мимо питейного заведения Молчанова. Священник поначалу принял волка за собаку и изготовился отогнать его палкой. Однако волк опередил Ершова и, вцепившись ему в лицо, разорвал щёку и вырвал кусок губы. Истекая кровью, отец Василий с трудом добрался до соседнего дома Коханских, стал стучать в дверь, кричать и звать на помощь. Открывшей было дверь жене Коханского волк откусил одну ноздрю, изорвал щёки и набросился на выглянувшего на шум безземельного крестьянина Нила Виноградова. С трудом пробудившийся после масленичных возлияний, от страшных криков, хозяин дома Иван Коханский в ярости схватил топор, выбежал на улицу, где и зарубил волка.

Всего от волка тяжело пострадали 18 человек, среди которых оказались 2 женщины.

Всех их доставили в городскую земскую больницу и осмотрели; раны очистили и прижгли. Городской врач Давыдов сделал нуждающимся перевязки. В связи с переполненностью больницы в ней удалось разместить только 8 наиболее пострадавших, а остальных лечили на дому. Выводы были неутешительны: по всему выходило, что людей покусал бешеный волк. Уездный врач решил труп волка не вскрывать и отдал распоряжение его немедленно сжечь. Во время этих событий уездная полиция безмятежно спала после масленицы, и лишь в половине восьмого утра жители с трудом разбудили исправника Тилинского, который нашёл в себе силы поразиться случившимся.

Новость о несчастье быстро разлетелась по Смоленской губернии. Живое участие к судьбе укушенных проявил член земской управы П.Грабленов. Незадолго до печального происшествия в одном из выпускаемых журналов ему довелось читать статью о том, как французский учёный Луи Пастер разработал уникальный способ борьбы с собачьим бешенством. Грабленов спешно поделился этой информацией с родственниками укушенного зверем священника Василия



Далёкое — близкое

На лечение в Париж

Как смоляне подружились с Луи Пастером

Ершова и убедил их обратиться в Париж в лабораторию Пастера с просьбой принять на лечение укушенных бешеным волком смолян. В связи с этим была составлена и послана от земства телеграмма следующего содержания: «16 и 17 февраля в Белом и его окрестностях бешеный волк покусал 20 человек. Просим оказать помощь». Отдельная телеграмма была послана родственниками Ершова.

Смоленский генерал-губернатор Александр Кавелин узнал о трагедии в городе Белом из телеграммы исправника Тилинского: «16 и 17 февраля в Белом и его окрестностях бешеный волк покусал 20 человек. Пастер ответил телеграммой: «Присылайте без замедления укушенных». Городское земство и частные лица не откажут в известных средствах. Просим содействия превосходительства исходатайствовать помощь правительства в отпуске даровых паспортов, билетов по железной дороге и командирования врача для сопровождения больных к Пастеру, так как у города и земства лишь по одному врачу». Генерал-губернатор Кавелин ясно представлял, каким международным авторитетом обладал в то время Пастер. Телеграммы и донесения полетели из Белого в Смоленск и обратно, из Белого в Париж, из Смоленска в Петербург и обратно. Бюрократическое колесо закрутилось...

Примечательно, что именно в день случившейся трагедии в далёкой России 17 февраля 1886 г. Луи Пастер выступал с докладом во Французской академии наук о первых результатах успешного лечения 350 укушенных благодаря прививкам против бешенства. В заключение своего выступления он высказал идею о необходимости учреждения в Париже международного центра для прививок укушенных бешеными животными из разных стран. Именно в этот момент Пастеру доставили телеграмму из далёкого российского города Белого Смоленской губернии. Пастер сразу же дал задание отправить ответную телеграмму.

Идея создания центра для прививок укушенных появилась у Луи Пастера после того, как его лабораторию посетил брат российского императора Александра III великий князь Владимир Александрович. Пастер сообщил великому князю, что его чрезвычайно интересуют люди, укушенные бешеным волком, поскольку эти укусы значительно опаснее собачьих. Князь пообещал инфор-

мировать о случаях нападения бешеных волков на людей в России.

К этому времени в Париже, несмотря на паралич левой половины тела после перенесённого в 45 лет инсульта, Пастер провёл много лет за изучением бешенства. Положительный

хорошо. Что касается тяжёлораненных из больницы «Отель Дью», то для проведения им прививок Пастер сам приходил туда 2 раза в день. Как вспоминали потом пострадавшие, «приходил иной раз не один, а с пастершей и своим племянником».

Известие о приезде большой группы русских крестьян всколыхнуло парижскую прессу. Газеты пестрели заметками о самочувствии людей в диковинных овчинных полушубках. Многочисленные русские, проживавшие в Париже, охотно снабжали соотечественников продуктами и

опыт борьбы с сибирской язвой натолкнул учёного на мысль о создании вакцины против бешенства «вслепую». После долгих попыток культивирования возбудителя бешенства в пробирке начались эксперименты на кроликах. К 1884 г. был получен «фиксированный вирулентный фактор бешенства». Этот «фактор» вызывал симптомы и гибель лабораторных животных строго на 7-е сутки от момента заражения. Оставалось понять, каким образом можно ослабить возбудителя для создания вакцины.

Из всех перепробованных способов самым эффективным оказалось высушивание. Мозг погибшего от бешенства кролика высушивали в течение 2 недель над поглощающей влагу щёлочью. Из полученного препарата изготавливалась суспензия и вводилась собаке, накануне заражённой бешенством. В ходе наблюдения собака осталась жива и не проявляла никаких признаков заболевания.

Пастер долго вынашивал идею эксперимента на человеке. Телеграмма из России взбудоражила его. Он с нетерпением стал ждать прибытия смолян, так как истекал контрольный срок для введения вакцины.

Великий князь Владимир Александрович доложил о случившейся ситуации государю. Для чиновников наступили жаркие дни: сам император требовал скорейшей отправки больных во Францию. Ответ Пастера был передан смоленскому губернатору с просьбой о финансовой помощи, оформлении даровых паспортов, железнодорожных билетов и о выделении врача для сопровождения пациентов.

Накануне 25 февраля все пострадавшие отправились в Париж. Наиболее тяжело раненных поместили в госпиталь «Отель Дью», который находился рядом с собором Парижской Богоматери. Прочих поселили в гостинице рядом с лабораторией Пастера. На 14-15-е сутки после укусов Пастер приступил к вакцинации смолян. Ежедневно в 11 часов утра все пациенты из Белого, проживавшие в гостинице, в сопровождении бельского доктора Давыдова приходили в лабораторию Пастера. Крестьяне обращали на себя внимание странной для этого времени года одеждой: на многих были шубы, тулупы и меховые шапки. Прививки производились Пастером бесплатно, хотя, как отмечали газеты, каждая инъекция обходилась учёному в 50 франков. Препарат пациенты переносили

одеждой, выступали в качестве экскурсоводов и переводчиков. Русский посол принял активное участие в обустройстве быта пострадавших. Новости о состоянии их здоровья исправно пересылались в Россию и публиковались в газетах. Смоляне побывали в музеях Парижа, видели гробницу Наполеона, другие достопримечательности. Одна из газет описывала, как бельские пациенты восхищались статуями, садами и бульварами, но более всего удивлялись тому, что во Франции нет царя. Был пущен слух о том, что в одного из пострадавших страстно влюбилась невеста откуда взявшаяся старая англичанка, которая «каждый день приносила ему огромные букеты цветов и плакала над ним. Больной тщетно пытался убедить её через переводчика, что плакать не о чем. И нужно благодарить бога за неожиданное исцеление». За здоровьем «russki mouzhiks» следил весь Париж.

Окончить курс лечения в 10 уколов предполагали 23 марта, а 24 марта собирались возвращаться на Родину, о чём врач Давыдов известил губернатора. Четверым, наиболее тяжело раненым, планировались операции. Иллюзии рухнули 20 марта, когда Матвей Кожеуров обнаружил водобоязнь и через 3 дня умер.

После непростых раздумий Пастер принял решение продлить курс прививок всем смолянам ещё на 10 суток. Однако на этом фоне 21 марта появились признаки бешенства у крестьянина Владимира Афиногенова, который тоже находился в «Отеле Дью». Напомним, что он прибыл на лечение с опасной глубокой раной на шее. В ночь на 23 марта Афиногенов скончался. А ещё через 3 дня умер Пётр Головинский. Учитывая трагический исход этих случаев, курс прививок выжившим был продлён до 30 дней. Укусы бешеного волка оказались гораздо опаснее укусов собак. Большинство ран располагалось на шее и голове — области, наиболее опасные в плане распространения инфекции в организме. Укусы гораздо глубже, а само их количество у некоторых пациентов достигало полусотни. Указанные обстоятельства резко сократили инкубационный период бешенства, а значит, людей, укушенных бешеным волком, следует прививать как можно раньше.

29 марта был окончен последний курс прививок. Отцу Василию произвели успешную пластическую операцию на лице, о чём сообщали парижские газеты. Больше никто из укушенных

россиян не вызывал опасений, и Пастер разрешил им отбыть на родину. 30 марта (по некоторым данным, 31 марта) в 6 часов вечера все оставшиеся в живых 16 «смоленских парижан» отбыли в Россию. В последующем отец Василий Ершов, пребывавший ранее в чине дьякона, удостоился звания протоиерея. Кроме того, он неожиданно стал знаменит: попал на страницы мировой прессы, переписывался с Пастером, заслужил особое внимание обер-прокурора Святейшего синода и самого императора. Так для смолян завершилась знаменитая

теперь на весь мир эпопея путешествия укушенных бешеным волком смоленских крестьян в Париж к Пастеру на лечение.

Пастер продолжал отстаивать свой метод. Из России в Париж прибыла ещё одна группа из 7 человек, укушенных бешеным волком в Орловской губернии. Пастер уже знал, что схема прививок таким больным должна быть иной. Ни один из прибывших орловцев не умер. Полным триумфом учёного явилось сделанное им сообщение в Парижской академии наук, в котором был подведён блестящий итог работы по лечению бешенства за 1886 г. Благодаря предложенному Пастером методу лечения антирабическими (от греч. «рабиес» — бешенство) прививками более 2,5 тыс. человек избежали смерти от бешенства. Пастеровские прививки были признаны во всём мире. В 1888 г. на средства, собранные по подписке, был открыт Институт Пастера, ставший спустя десятилетия международным центром микробиологических исследований. Илья Мечников назвал победу над бешенством «лебединой песней Пастера». В 1892 г. к 70-летию юбилею Луи Пастера правительство Франции выпустило медаль, по краю которой была выгравирована надпись: «Благодетель человечества».

Пастер скончался в 1895 г. в возрасте 72 лет. За свои заслуги перед человечеством он получил около 200 орденов почти всех стран мира.

Самая первая за пределами Парижа станция прививок против бешенства была создана в Одессе по инициативе И.Мечникова, отказавшегося от жалования за эту работу. 11 июня 1886 г. врачи одесской станции начали делать прививки.

В 1972 г., в дни, когда отмечалось 150-летие со дня рождения Луи Пастера, на кафедру микробиологии Смоленского медицинского института, которой заведовал известный в стране микробиолог профессор А.Шевелёв, из Института Пастера прибыла бандероль. В ней среди разных сувениров находилась старая фотография, на обратной стороне которой была печать музея Пастера, а в нижнем углу надпись: «Русские из Смоленска, которые вылечены от укусов бешеного волка лабораторией твоего деда, апрель 1886 г. Моей дорогой Камилле. Л.Пастер».

Александр ЛИТВИНОВ,
профессор.

Смоленский государственный
медицинский университет.

Теннисная ракетка – столь же привычный инструмент в руках директора Центра инновационных образовательных программ (ЦИОП) «Медицина будущего» Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, профессора кафедры урологии Михаила Чалого, как и хирургический скальпель. И хотя на корте его, конечно, можно увидеть не так часто, как в студенческой аудитории или операционной, тем не менее время, отданное любимой игре, помогает ему поддерживать хорошую спортивную форму, столь необходимую врачу.

– Михаил Евгеньевич, когда вы впервые взяли в руки теннисную ракетку?

– Теннисом я начал заниматься 10 лет назад. Мне повезло с тренером: им стал очень хороший наставник – Андрей Арунов. Когда-то он тренировал известную российскую теннисистку, победительницу 37-х международных турниров Надежду Петрову.

– Профессия врача сама по себе отнимает много времени и сил. Но помимо этого вы являетесь директором крупного учреждения, занимаетесь научными исследованиями... Как удаётся находить на всё время?

– Работа врача отличается тем, что её ритм, режим трудно прогнозировать. Приходится находиться в постоянном напряжении, быть готовым немедленно реагировать на возникающие проблемы, порой достаточно сложные. Это, конечно, очень тяжело: и физически, и эмоционально, и морально. Спорт помогает справиться со стрессом, что так важно врачу, позволяет обрести душевное равновесие.

– То есть вы считаете, что все врачи должны заниматься спортом, потому что такие занятия помогут им поддерживать себя в нужном тонусе...

– Безусловно!
– Кроме университетской клинической и научной работы, на вас ещё лежит руководство Клиникой мужского здоровья. Сколько же часов в неделю остаётся на теннис?

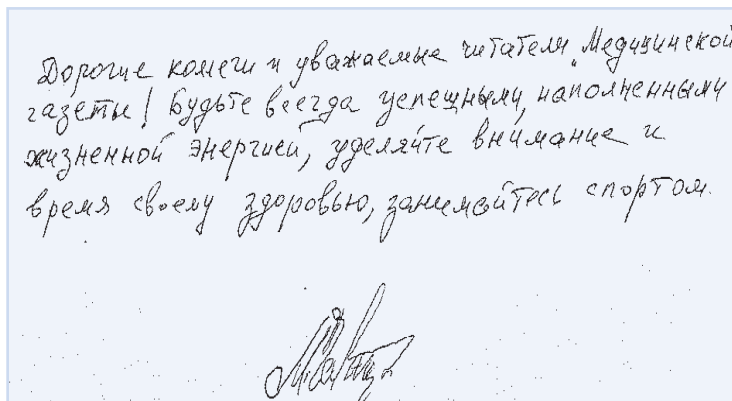
– Не так много, как хотелось бы. Всего 6-8 в неделю, занимаюсь в выходные дни.

– Каких успехов удалось добиться за время занятий?

– В январе 2015 г. тренер предложил мне начать играть в турнирах. Я решил попробовать. И в течение года стал обладателем десяти кубков. В частности, выступая в парном разряде вместе с вице-чемпионом России среди любителей Аркадием Епифановым в новогоднем кубке «Здоровье-2015», мы заняли 3-е место. В первенстве работников здравоохранения мне удалось добиться победы в номинации «Лучшая подача». Ну и добавьте к этому 1-е место в командном турнире одного крупного чемпионата.

– Что и говорить, впечатляет. А в каких ещё соревнованиях вы принимали участие?

– Это и любительские турниры (к слову, в недавно опубликованном рейтинге я оказался на первой строчке, что стало очень приятным сюрпризом), и турниры кубка «Здоровье» (организатор Александр Топорков), и турниры



Михаил ЧАЛЫЙ:

Спорт помогает справляться со стрессом, что так важно врачу...

теннисных клубов, таких как «Галерея», ЦСКА.

– Кто ваш кумир в теннисе?

– Это – выдающийся швейцарский теннисист, победитель 17(!) турниров «Большого шлема» (так называют самые престижные соревнования – открытые чемпионаты Австралии, Франции, Англии и США) Роджер Федерер. Его игру отличают универсализм, безукоризненная техника, непринуждённое исполнение самых сложных игровых приёмов, быстрота принятия тактических решений. И ещё мне импонирует в его игре неизменно джентльменское поведение на корте. Федереру 34 года, но он неизменно радует любителей тенниса своей блистательной игрой. Конечно, восхищаюсь и игрой серба Новака Джоковича, который сейчас является первой ракеткой мира. Кстати, несколько лет назад я был в Белграде на финальном матче розыгрыша Кубка Дэвиса сборных Сербии и Франции. Болел за сербов, которые и одержали победу. Этот матч запомнился и интересной игрой, и смешной историей. Перед началом встречи игроки сборной Сербии пообещали в случае победы постричься, как говорится, «под лысину», и сдержали своё слово. После окончания игры вся сербская команда вышла на корт, и парикмахеры прямо на глазах у изумлённых зрителей остригли спортсменам.

Федерер, Джокович, Надаль – это признанные лидеры современного тенниса. Стараюсь не пропускать телетрансляций с участием матчей этих замечательных мастеров. Люблю смотреть видеозаписи игр выдающихся теннисистов прошлого – Панчо Гонзалеса, Лью Хоада, Кена Розуолла, Рода Лэйвера, Бьерна Борга, Пита Сампраса и многих других. Конечно, всегда бываю на играх традиционного московского международного турнира «Кубок Кремля».

– А как, по-вашему, обстоят дела в российском теннисе?

– По-моему, он переживает

определённый спад после больших успехов конца 90-х – начала 2000-х годов. В мировой теннисной элите Россию представляет сейчас лишь Мария Шарапова – пятикратная победительница турниров «Большого шлема». А ведь было время, когда победы в этих турнирах одерживали Евгений Кафельников, Марат Сафин, Анастасия Мыскина, Светлана Кузнецова, олимпийской чемпионкой была Елена Дементьева, а мужская сборная России в 2002 и 2006 гг. выигрывала Кубок Дэвиса – неофициальный командный чемпионат мира. Увы, всё это в прошлом.

– Чем для вас привлекателен этот вид спорта?

– Ну, прежде всего, эта игра приносит большое удовольствие и яркие впечатления. Выходя на корт, ты получаешь и необходимую физическую нагрузку, и разрядку, столь нужную врачу, которому постоянно приходится иметь дело с больными, страдающими различными недугами, порой достаточно тяжёлыми. Теннис, как может быть ни один другой вид спорта, помогает развитию самых разных качеств. На корте нужны и скорость, и выносливость, и мощь ударов, мгновенная реакция, быстрота мышления. И нельзя, конечно, без вдохновения – того, что Род Лэйвер называл спутником разумной игры. Если говорить с точки зрения врача, то теннис развивает все группы мышц – приходится ведь и выполнять разнообразные удары по мячу, и прыгать, и, естественно, много бегать, – помогает улучшить кровообращение, способствует увеличению жизненной ёмкости лёгких, повышению устойчивости нервной системы.

«Посредством шахмат я воспитал свой характер», – говорил великий русский шахматист Александр Алехин. Сказанное им в полной мере можно отнести и к теннису. Он помогает сформировать стойкость, выдержку, упорство. Недаром в нашей стране занятия теннисом входят в программу предполётной подготовки космонавтов.

– Наверное, ракетка была не первым вашим увлечением в спорте?

– Спорт я всегда любил и занимаюсь им с 10 лет. Я ведь, можно сказать, из спортивной семьи. Папа был мастером спорта по баскетболу, мама – кандидатом в мастера по волейболу. И познакомились они, между прочим, на тренировочных сборах, готовясь к соревнованиям. Именно папа привёл меня – школьника – в первую спортивную секцию – баскетбольную. Но потом я увлёкся лёгкой атлетикой. В 17 лет стал чемпионом Туркмении среди юниоров в беге на 400 м и выполнил норматив кандидата в мастера спорта. А потом, уже учась в Москве, в медицинском институте, я стал победителем первенства Минздрава СССР в той же дисциплине.

– О своей туркменской поре вспоминаете?

– Вспоминаю, и нередко. Она была очень интересной. Жили мы совсем рядом с Каракумской пустыней, недалеко от знаменитого Каракалинского серпентария, куда мама впервые привела меня на экскурсию 6-летним мальчиком, чтобы познакомить с необычной фауной республики. Однажды на окраине Ашхабада в песках увидел, как мне показалось, песчаного удавчика. Выловил его, положил в стеклянную банку и принёс маме (она была химиком-биологом и работала в моей школе) в наш учебный зооуголок. Мама, увидев змею, ужаснулась. Оказалось, что в банке вовсе не безобидный удавчик, а опаснейшая ядовитая эфа! К счастью, всё обошлось. Змею отдали в серпентарий, ну а я больше на змей не охотился.

– Вернёмся к спорту. Как бы вы могли оценить спортивную подготовку современных школьников, сравнивая с той, которая была у вас и ваших сверстников?

– Конечно, раньше школьники были лучше физически подготовлены. В моём классе почти все занимались в бесплатных

секциях и детских спортивных школах. У нас проводились регулярные состязания по баскетболу, волейболу, легкоатлетические эстафеты... На республиканских играх по пятиборью в Ашхабаде наш 8-й класс занял 3-е место. В программу соревнований входили стрельба, плавание, километровой кросс, прыжки в длину и метание мяча.

– А что вы можете сказать о сегодняшнем студенческом спорте?

– И в студенческом спорте дела, конечно, оставляют желать много лучшего. Когда я говорю о спорте, то, прежде всего, имею в виду физическую культуру. Здесь большую роль играет то, что заложено изначально, в школе. К спорту надо приучать с детства. Но те, кто пропустил, так сказать, школьный этап, могут, разумеется, постараться наверстать упущенное в вузе. У нас есть хорошая спортивная база, налицо все условия для обретения физической закалки. Но нет той потребности в занятиях спортом, какая была во времена моей юности. Надеюсь, ситуация изменится, большую роль в этом должна сыграть сдача норм восстановленного, наконец, комплекса ГТО, который был очень популярен в советское время. Кстати, я был чемпионом Ташаузской области по второй ступени ГТО.

– Каковы ваши дальнейшие теннисные планы?

– У меня есть идея организовать уроки тенниса для студентов ЦИОП на стадионе «Буревестник». Сейчас я активно занимаюсь продвижением этой идеи.

– В школьные годы я с большим интересом прочла изданную много лет назад книгу известного новозеландского журналиста, активного пропагандиста оздоровительного бега Гарта Гилмора – «Бег ради жизни», которая, как мне рассказывали, была очень популярна в 80-х годах в нашей стране. Прочитав её, тысячи людей стали заниматься так называемым бегом трусцой, появились настоящие беговая «лихорадка», в хорошем смысле этого слова.

– Верно. Я это хорошо помню. Но ведь то, что Гилмор писал о беге, относится и к спорту вообще. Спорт меняет нашу жизнь, делает её интереснее, насыщеннее и, конечно, укрепляет здоровье. Но что ещё важно, спорт сплачивает, помогает выработать командный дух, закаляет волю, учит борьбе. Теннис, вроде бы, не командный вид спорта. Но это не так. Когда на корт выходит пара, то это – уже команда, маленькая, но команда, которую не всегда способны составить два индивидуально сильных игрока. Команду определяют взаимопонимание, общность идеи и участие каждого в воплощении этой идеи. Мне хотелось бы, чтобы студенты нашего центра были именно командой. И ещё я хочу пожелать им постоянно пытаться превзойти самих себя – и так каждый день.

– Спасибо за интересную беседу, успехов вам и в клинике, и на корте!

Беседу вела Лана АСРИЯНЦ, внешт. корр. «МГ».

Следующий номер «МГ» выйдет 26.02.2016 г.

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 – А.ИВАНОВ.

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 «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.

Заказ № 16-01-00274
Тираж 28 903 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; Ханан (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.