

Медицинская

30 сентября 2016 г.
пятница
№ 74 (7694)

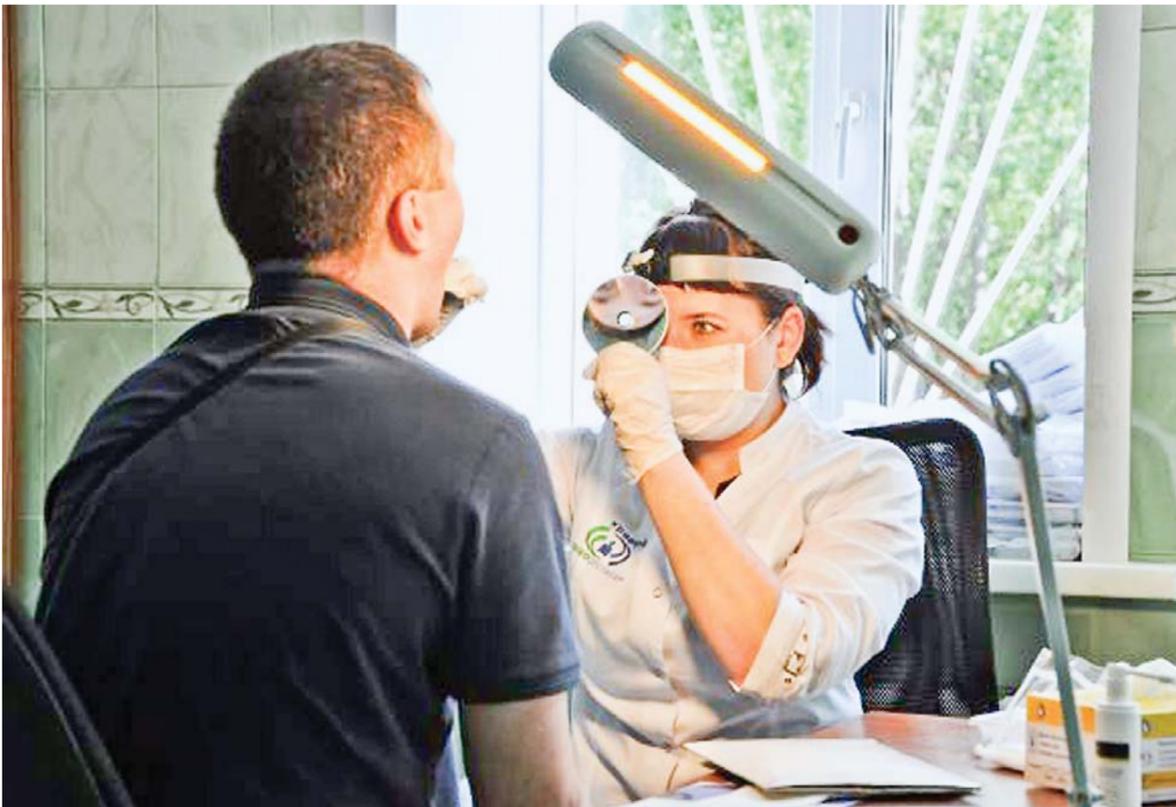
Газета®

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

Тенденции

Эффективность выше ожиданий

В Красноярском краевом клиническом онкологическом диспансере завершилась очередная Европейская неделя ранней диагностики опухолей головы и шеи



Акция проводится в регионе уже третий год и в этот раз показала сверхвысокую эффективность.

Как сообщают в КККОД, возможностью бесплатно пройти обследование на предмет рака и получить консультации трёх специалистов – оториноларинголога, онкостоматолога и онколога – воспользовались 102 человека: 77 женщин и 25 мужчин в возрасте от 18 до 81 года. Результаты врачебных осмотров превзошли ожидания: злокачественные новообразования заподозрены у 41 человека, причём у 9 из них доктора предполагают наличие онкопатологий двух локализаций, а у 2 – метастазов ранее диагностированного рака.

Больной вовремя пришёл к онкологу? Уже хорошо

В структуре выявленных подозрений на онкологические заболевания у 10 пациентов злокачественные опухоли гортаноглотки и ротоглотки, ещё у 10 – рак щитовидной железы, у 6 человек – подозрение на базалиому, у 5 – опухоль языка. В 3 случаях онкологи поставили предварительный диагноз «меланома», в 4 – «лимфома», также выявлено по одному случаю злокачественных опухолей пазух носа, губы, молочной железы.

Все пациенты с подозрением на опухоли головы и шеи получили направления в краевой онкодиспансер для уточняющего обследования.

Специалисты учреждения говорят о растущем интересе жителей региона

к подобным профилактическим акциям. Так, во время предварительной записи на осмотр в рамках Европейской недели ранней диагностики опухолей головы и шеи поступило около полутора тысяч звонков от жителей города и края. Но, как подчёркивают в КККОД, для участия в акции пациентов отбирали строго по наличию определённых симптомов, которые могут свидетельствовать о злокачественном опухолевом процессе.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

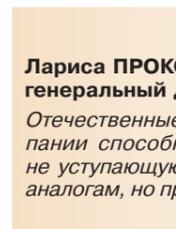
Фото предоставлено Красноярским онкологическим диспансером.



Сергей АЛЕКСАНИН,
директор Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины МЧС России:

Головное медицинское учреждение спасателей оправдывает петербургскую «прописку».

Стр. 5



Лариса ПРОКОПЬЕВА,
генеральный директор ЗАО «Эвалар»:

Отечественные фармацевтические компании способны выпускать продукцию, не уступающую по качеству зарубежным аналогам, но при этом доступнее по цене.

Стр. 6



Сергей ЦЫБ,
заместитель министра промышленности и торговли РФ:

Введение стандартов GMP дополнительно стимулировало инвестиции в развитие фармацевтической отрасли России.

Стр. 12

Ориентиры

Проблемы трансплантологии обсудили на Урале

Министр здравоохранения Свердловской области Игорь Трофимов и главный трансплантолог Минздрава России Сергей Готьё приняли участие в «круглом столе» по вопросам развития трансплантологии в Уральском регионе.

Кроме уральских врачей, в мероприятии приняли участие коллеги из Челябинска, Тюмени и Перми, где тоже начинает развиваться этот вид высокотехнологичной медицинской помощи.

Специалисты из первых уст узнали последние новости о трансплантологии в России и в мире, выслушали взгляд на органное донорство главного анестезиолога-реаниматолога Минздрава Свердловской области профессора Александра Левита, который отметил, в частности, что трансплантацией органов и тканей в ОКБ № 1 занимаются уже 25 лет: пересаживают почку, печень, сердце, костный мозг, роговицу глаза. Четырём пациентам была имплантирована специальная система «искусственный левый желудочек».

– Основная проблема развития трансплантологии во всём мире – нехватка донорских органов. В России частота изъятия донорских органов 3,2 случая на миллион населения в год – это очень мало. В Беларуси – 20, в Испании – 34, в Хорватии – 40.

«Хорошим примером может служить Москва: сейчас там уровень органного донорства – 12 случаев на

миллион населения в год, при этом существует модель того, как надо организовать работу», – отметил С.Готьё. По его словам, она основана на информации: анализе летальности и причин, почему конкретный умерший не был рассмотрен как донор. Ведь по действующему Закону о трансплантации органов, если человек при жизни выразил своё несогласие стать донором органов в случае внезапной гибели, то никакого забора органов не состоится. Если при жизни человек так не поступал, то в случае его внезапной гибели действует презумпция согласия, и он рассматривается как потенциальный донор.

Важными положительными моментами С.Готьё считает разработку механизма развития донорских баз, а также выделение денег на просветительскую работу.

Как рассказал Сергей Владимирович, в Москве уже приступили к созданию 20-минутного фильма о необходимости развития трансплантологии в плане спасения человеческих жизней. Потому что в листах ожидания очередь на пересадку органов в 10 раз больше, чем мы делаем операций. Необходимость только пересадки почки по стране – 7-8 тыс. в год, а по всей России делается только тысяча.

Алёна ЖУКОВА.

Екатеринбург.

Проекты

Чем больше – тем лучше

В лабораторной службе Республики Тыва начался процесс централизации. Проект реализуется в рамках государственно-частного партнёрства. Как подчёркивают в Министерстве здравоохранения республики, идея активно поддерживается правительством региона и лично главой Тувы Шолбаном Кара-оолом. При этом здесь ссылаются на аналогичный опыт ряда других субъектов РФ.

Отныне главным врачам лечебных учреждений Тувы нет необходимости содержать на балансе собственные лаборатории, поскольку весь объём плановых исследований готова взять на себя централизованная клиничко-диагностическая лаборатория. Её организовали в Кызыле на территории больничного городка, по

соседству с Республиканской больницей № 1. На средства инвестора в здании выполнен капитальный ремонт на сумму 10 млн руб., установлено 18 единиц высокотехнологичного лабораторного оборудования по 13 наименованиям на сумму 30 млн руб., в том числе нового для региона.

Как подчёркивают в Минздраве Тувы, централизация лабораторной службы позволяет расширить спектр выполняемых исследований, снизить их себестоимость и при этом повысить качество. В новой объединённой лаборатории планируется проводить от 5 тыс. (при минимальной нагрузке) до 30 тыс. (при максимальной нагрузке) анализов в день по заявкам стационаров и поликлиник. Важно, что ЦКДЛ будет работать в системе обязательного медицинского страхования.

Елена ЮРИНА.

Кызыл.

Новости

Благородно и достойно уважения

В Тульской области прошла ежегодная акция – «День донорско-го совершеннолетия». В фокусе внимания службы крови Тульской области в эти дни была молодёжь. Девушки и юноши, недавно перешагнувшие возраст 18 лет, смогли впервые стать донорами и совершить поступок, достойный взрослого гражданина страны – спасти жизнь другого человека.

Во всех областях РФ студенчество, молодёжь – активные участники донорского движения. Это благородно, патриотично, достойно уважения. Положительное общественное отношение и активное участие населения в донорстве соответствует целям государства в области безопасности и социальной политики – формирование здорового поколения, физически и духовно крепкого общества.

Соб. инф.

Внеплановое обновление

Автопарк службы скорой помощи Кузбасса пополнился 23 новыми автомобилями: ключи от них руководителям медицинских организаций области вручил заместитель губернатора по вопросам здравоохранения Алексей Сергеев.

Все машины (22 – класса «В» с задним приводом и 1 – класса «С» с передним приводом) поступили в Кемеровскую область по распоряжению Правительства РФ.

В ежедневном режиме в Кузбассе работают 209 бригад скорой медицинской помощи, общий парк специально оборудованных автомобилей составляет более 300 единиц. Начиная с 2014 г. он обновился почти на четверть: за это время в регион прибыло 70 новых авто. Последнее поступление было распределено между станциями и отделениями скорой помощи 15 муниципалитетов, включая 4 сельских района.

Валентина АКимова.

Кемерово.

Главный врач –
главный популяризатор

На стадионе «Янтарь» состоялся фестиваль спорта среди медицинских учреждений Липецкой области. Его организатором стала Ассоциация медицинских работников, которую возглавляет С.Шинкарёв, главный врач Липецкого областного онкологического диспансера. Целью мероприятия является популяризация и пропаганда физической культуры, спорта и здорового образа жизни среди работников медицинских учреждений региона и формирование корпоративного духа.

Старты начались с торжественного открытия. Участников спортивных состязаний тепло приветствовали заместитель главы администрации Липецкой области Л.Летникова, начальник областного Управления здравоохранения А.Байцуров, руководитель Ассоциации медицинских работников С.Шинкарёв.

Соб. инф.

Рак: спасённых станет больше

Специалисты городской клинической онкологической больницы Департамента здравоохранения Москвы имеют возможность рассмотреть со всех сторон опухоль онкологического больного перед операцией, тут же приняв решение о необходимости и способе вмешательства. В этом им помогает уникальное оборудование. Сама процедура также стала легче и безопаснее для пациентов. При новых технологиях хирургу необходим лишь небольшой разрез. Поэтому и послеоперационный период сократился в несколько раз.

«Несмотря на стремительное развитие химио- и лучевой терапии, хирургический метод является одним из основных в лечении онкологических заболеваний. Основным глобальным трендом является минимизация хирургической травмы. При лечении онкологических больных мы выполняем все трёхмерные реконструкции сосудов», – отметил заместитель главного врача клиники по хирургии Павел Кононец. – Количество онкологических операций с использованием самой современной техники неуклонно растёт. Сейчас это 2-3 человека в неделю. Параллельно обучение проходят ещё несколько хирургов, а значит, спасённых от рака жизней станет больше».

Яков ЯНОВСКИЙ.

Москва.

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

Перемены

Мучениям пришёл
долгожданный конец

Губернатор слово сдержал

В микрорайоне Рябиновка – самом, пожалуй, окраинном в более чем миллионном Омске – открылись две поликлиники: для детского и взрослого населения этого продолжающегося застраиваемого жилого массива.

Заселяться же он начал почти 2 года назад, и столько же времени новосёлы, сейчас считающие себя старожилами, мучились, если вдруг случилось занедужить, потому что убивали немало времени на дорогу в городские поликлиники – взрослую № 6 и детскую № 2. Теперь у них появились «свои» ЛПУ. Правда, пока в статусе филиалов названных медучреждений. И всё благодаря губернатору Омской области Виктору Назарову, который проникся их бедой.

Теперь Виктор Иванович снова приехал в Рябиновку, чтобы лично оценить, как выполнено его распоряжение об оказании помощи рябиновцам, чтобы они меньше болели, а лечились с комфортом. И оказался удовлетворён. Под филиалы взрослой и детской поликлиники отвели первый этаж одного из уже готовых к заселению домов, и у каждой из них отдельные входы и выходы. Есть в филиалах и дневные стационары, тоже «независимые» один от другого. О медицинской технике, аппаратуре и говорить нечего – в дополнительном медоборудовании нужды нет. Правда, многих жителей Рябиновки беспокоило, что филиалы открылись с помощью частного Центра современной медицины «Евромед» и не придётся ли рябиновцам лечиться в филиалах за деньги из своего кармана?



Губернатор Омской области Виктор Назаров (в центре слева) и глава регионального Министерства здравоохранения Евгений Стороженко (справа) охотно отвечали на вопросы жителей микрорайона

«Нет, не придётся», – отвечал губернатор Назаров. – Все живущие здесь будут получать необходимую медицинскую помощь бесплатно, по программе обязательного медицинского страхования. Сотрудничество с компанией «Евромед» оформлено в рамках государственно-частного партнёрства». А ещё Виктор Иванович подчеркнул, что ремонт, реконструкция, открытие новых медицинских учреждений и фельдшерско-акушерских пунктов

– приоритет для Омского региона, и такое сотрудничество будет продолжаться и дальше. Оно взаимовыгодно как для государственных, так и для частных лечебно-профилактических учреждений. Иначе модернизация здравоохранения в России никогда не завершится.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ.

МИА Cito!

Омск.

Признание

Впервые топовые

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова первым среди медицинских вузов России вошёл в мировой рейтинг высших учебных заведений, составляемый британским журналом Times Higher Education (THE).

Рейтинг THE World University Rankings 2016-2017 составлен по итогам 2015 г., опубликован 21 сентября и включает 980 университетов из 79 стран мира.

Вуз в рейтинге оценивается по пяти направлениям: преподавание, исследовательская работа, цитирование, международные связи и коммерциализация технологий, распределённых по 13 критериям.

В этом году в рейтинг вошло 11 новых российских университетов, что говорит о положительной динамике в процессе интеграции наших вузов в мировой образовательный процесс. Из 24 университетов, включённых в рейтинг, 16 вузов входят в Государственную программу 5-100. Первый Мед – единственный медицинский университет участник программы.

«Первый МГМУ им. И.М. Сеченова – ведущий медицинский вуз страны, активно работающий не только в клинических, но и в смежных с медициной направлениях. Сегодня мы подтвердили свои лидирующие позиции и вошли в число лучших университетов мира по версии Times Higher Education. Результат обеспечен эффективной интегра-

цией образовательной и научной деятельности, ростом качества научных исследований в университете и усилением на 80% публикационной активности за 5 лет. Позиции университета традиционно сильны в образовании, интернационализации и взаимодействию с коммерческим сектором. Встав на путь инновационного развития и благодаря участию в проекте 5-100, Первый Мед преобразуется в глобальный международный консорциум, создав к 2020 г. Индустриальный парк биомедицины, включающий в себя институты развития, которые сфокусируют свою деятельность на междисциплинарных медицинских научных исследованиях», – подчеркнул ректор Первого МГМУ Пётр Глыбочко.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

МИА Cito!

Москва.

Профилактика

Уровень заболеваемости ОРВИ в Москве находится ниже эпидемического порога. К настоящему времени прививки против гриппа в столице сделали почти 860 тыс. человек. Об этом сообщает пресс-служба столичного Управления Роспотребнадзора.

«Эпидемиологическая ситуация по острым респираторным вирусным инфекциям и гриппу в Москве спокойная, показатели заболеваемости ниже расчётных эпидемических пороговых величин.

Предсезонная вакцинация в разгаре

В столице продолжается активная предсезонная вакцинация против гриппа. На сегодняшний день привито 7,1% всего населения города, из которых в государственных медицинских организациях – более 760 тыс. человек», – говорится в сообщении.

В ведомстве также отметили, что среди москвичей большим спросом пользуются мобильные

прививочные пункты у станций московского метро, которые организованы столичным Департаментом здравоохранения совместно с Управлением Роспотребнадзора по Москве при содействии руководства метрополитена. Такие пункты около станций метро начали свою работу 5 сентября, акция продлится до 1 ноября.

«За первые 3 недели сентября

на мобильных прививочных пунктах против гриппа привито около 30 тыс. москвичей», – подчеркнули в столичном Роспотребнадзоре.

Вакцинация проводится для всех граждан РФ, достигших 18 лет, с их письменного согласия. Перед прививкой каждый обратившийся проходит медицинский осмотр. Используемая вакцина формирует высокий специфический имму-

нитет против сезонного гриппа, а также хорошо переносится, не вызывая аллергических реакций и осложнений. При себе необходимо иметь паспорт гражданина РФ и полис обязательного медицинского страхования.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Cito!

Москва.

Официально

На диспансерный учёт — добровольно

Директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай прокомментировал информацию об обязательной постановке на учёт ВИЧ-инфицированных граждан.

— В ходе обсуждения проекта Государственной стратегии противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 г. и дальнейшую перспективу экспертами были высказаны различные предложения относительно того, какой должна быть система диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных, — пояснил он. — Министерству здравоохранения РФ было дано поручение проработать все эти предложения: от самых либеральных до самых жёстких.

Одной из экспертных инициатив была обязательная постановка ВИЧ-инфицированных на

диспансерный учёт. Эта идея, на наш взгляд, является достаточно противоречивой с этической стороны, именно поэтому было принято решение провести её общественное обсуждение.

Если говорить о внутренней позиции Минздрава России, то ведомством такой подход не поддерживается. Вся медицинская помощь должна оказываться добровольно, за исключением тех случаев, когда болезнь опасна для окружающих, а больной уклоняется от лечения. ВИЧ-инфекция не распространяется воздушно-капельным и контактно-бытовым путём, поэтому ограничения, налагаемые на человека в связи с наличием этой инфекции, должны быть минимальными и пропорциональными опасности заболевания (например, запрет на донорство крови). Эта позиция поддерживается международным сообществом и гражданским обществом.

При этом не вызывает сомне-

ния, что для обеспечения людей, живущих с ВИЧ, необходимыми антивирусными препаратами и тест-системами должен быть осуществлён их учёт. Поэтому Минздравом России в настоящее время прорабатывается вопрос создания федерального регистра ВИЧ-инфицированных. Включение граждан в данный регистр должно осуществляться исключительно на добровольной основе.

Для того чтобы мотивировать граждан к прохождению тестирования на ВИЧ и лечению, если болезнь выявлена, Минздравом России вместе с регионами и неправительственными организациями проводятся масштабные коммуникационные кампании. Данному вопросу посвящены отдельные положения проекта стратегии.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Только по назначению врача

В связи с распространяемыми в социальных сетях и СМИ сообщениями об аллергических реакциях у детей от применения ряда препаратов Минздрав России сообщает следующее.

Информация об аллергических реакциях у детей от применения ряда препаратов с рекомендацией принятия других лекарственных средств является ложной. В Федеральную службу по надзору в сфере здравоохранения не поступали сведения о тяжелых аллергических реакциях и смертях детей, описанные в сообщении. Минздрав России призывает граждан быть бдительными, не доверять непроверенным

сообщениям и применять лекарственные средства только по назначению врача. Дополнительно сообщаем, что официальные данные об изъятии из обращения некачественных, контрафактных или фальсифицированных препаратов находятся в открытом доступе на сайте Росздравнадзора: <http://www.roszdravnadzor.ru/drugs/qualitycontrol/documents/b579> <http://www.roszdravnadzor.ru/services/lsearch> Изъятие из обращения перечисленных в лжесообщении лекарственных средств Росздравнадзором не проводилось.

Соб. инф.

Санитарная зона

Положение стабильное, но тревожное

Росздравнадзор проанализировал текущую ситуацию с лекарственным обеспечением в рамках государственной социальной помощи. Его специалисты считают, что положение можно назвать стабильным. А выявляемые службой нарушения чаще всего связаны с неоперативностью работы органов управления здравоохранением некоторых регионов.

Результаты проверок в регионах следующие. За 8 месяцев 2016 г. центральным аппаратом Росздравнадзора проведено 11 контрольных мероприятий в 10 субъектах РФ: 7 плановых (в Еврейской автономной области, Хабаровском крае, Ульяновской, Свердловской, Кировской, Омской областях, Республике Карелия) и 4 внеплановые (в Сахалинской, Псковской, Свердловской областях, Республике Калмыкия).

По данным органов управления здравоохранением субъектов РФ, на начало сентября 2016 г. объём товарных запасов лекарственных препаратов, сформированных за счёт средств

федерального и региональных бюджетов, соответствует в субъектах РФ более чем 4-месячной потребности.

По состоянию на 12 сентября 2016 г. льготным категориям граждан выписано и обеспечено 32 млн рецептов на общую сумму 42,5 млрд руб. На отсроченном обеспечении находится 3632 рецепта (в 2015 г. — 5516). Таким образом, доля рецептов, принятых на отсроченное обеспечение, составляет 0,01% (в 2015 г. — 0,02%). Тем не менее в некоторых регионах Росздравнадзором выявлены нарушения прав граждан на получение доступной, эффективной и безопасной лекарственной помощи.

В частности, в Хабаровском крае, Ульяновской, Сахалинской, Свердловской, Псковской, Кировской областях и Республике Калмыкия зафиксированы факты отказа в выписке рецептов на лекарственные препараты, назначенные пациентам по медицинским показаниям. В ряде субъектов РФ медицинские организации выписывают льготные рецепты только при наличии лекарственных препа-

ратов в прикреплённой аптеке (Хабаровский край, Еврейская автономная область, Псковская, Ульяновская, Омская области). В Кировской и Сахалинской областях выявлены факты списания препаратов по причине истечения срока годности. В Республике Калмыкия ассортимент неинвазивных форм наркотических и психотропных лекарственных средств представлен ограниченным ассортиментом. В Псковской области не налажено информационное взаимодействие между медицинскими и аптечными организациями. Вся информация по выявленным нарушениям прав граждан на получение доступной, эффективной и безопасной лекарственной помощи передана Росздравнадзором высшим органам государственной власти субъектов РФ, ответственным за реализацию переданных полномочий, а также в Минздрав России и Генеральную прокуратуру Российской Федерации.

Алексей УРАЛЬСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Обсуждения

Летом отдохнуло больше детей

В Доме правительства состоялось всероссийское селективное совещание с участием руководителей органов власти регионов. Одним из вопросов повестки стало подведение итогов детской оздоровительной кампании 2016 г.

Заместитель председателя Правительства РФ Ольга Голодец, в частности, отметила, что в 2016 г. существенно возросло число детей, охваченных организованными формами отдыха. «В этом году у нас отдохнуло 7,5 млн детей — на 135 тыс. больше, чем в 2015 г.», — отметила она.

В 2016 г. численность охваченных оздоровительной кампанией детей, находящихся в тяжёлой жизненной ситуации, выросла на 13%. В детских оздоровительных лагерях побывало 257 300 сирот. «Напомним, что мы меняли порядок и правила пребывания детей-инвалидов в оздорови-

тельных учреждениях. Это дало свои результаты. 95 600 детей-инвалидов смогли в этом году полноценно отдохнуть», — подчеркнула О. Голодец.

Субъекты РФ и муниципалитеты выделили в 2016 г. на летнюю оздоровительную кампанию на 1,8 млрд руб. больше, чем год назад, — 42,7 млрд руб. Кроме того, 4,6 млрд руб. было выделено из федерального бюджета.

По словам О. Голодец, важнейшим на сегодняшний день остаётся вопрос введения лицензирования деятельности по организации детского оздоровительного отдыха, что позволит коренным образом улучшить качество этой работы. «Министерство образования подготовило довольно жёсткий закон», — отметила вице-премьер.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Здоровая жизнь

Курили и курят. Будут ли курить?



66% курящих россиян считают, что введение небрендируемых упаковок табачной продукции не повлияет на снижение потребления табака. Таковы результаты опроса, проведённого Всероссийским центром изучения общественного мнения (ВЦИОМ).

Согласно результатам опроса, 57% респондентов, потребляющих табачные изделия, выкуривают в день одну (или более) пачек сигарет. О таком уровне потребления табака рассказали 46% молодых людей (возраст — от 18 до 24 лет), 65% опрошенных мужчин и 39% женщин. 81% респондентов при выборе табачной продукции ориентируются на бренд.

Более половины курящих считают, что введение небрендируемой упаковки сигарет будет способствовать росту количества контрафакта.

«Забота о здоровье нации, в том числе поиск новых эффективных решений, направленных на снижение количества курильщиков, является одной из важнейших задач, стоящих перед обществом. Однако важно учитывать все возможные эффекты от принятия тех или иных мер, — прокомментировала результаты опроса директор спе-

циальных программ ВЦИОМ Елена Михайлова. — Снижение привлекательности внешнего вида упаковок сигарет вряд ли стоит считать эффективной мерой. Скорее, стоит говорить о реализации программ, направленных на профилактику курения, формирование установок на здоровый образ жизни ещё на этапе социализации молодёжи».

По словам директора Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олега Салагай, 20% смертей среди взрослого населения связаны с употреблением табака, а ожидаемая продолжительность жизни россиян при отказе от курения может вырасти на 2-5 лет.

Министерство здравоохранения РФ, в свою очередь, предложило ввести унифицированную пачку для некурильных табачных изделий (нюхательный и жевательный табак), а в дальнейшем — для всех табачных изделий, включая сигареты. По мнению чиновников, одинаковая для всех марок — неприятного зелёно-коричневого цвета и без логотипа — упаковка снизит желание потребителей купить эти товары.

Алина КРАУЗЕ.

МИА Сити!

Врачи Находкинской городской больницы впервые в Приморском крае успешно провели эверсионную каротидную эндартерэктомию (удаление бляшки из внутренней сонной артерии) под местной анестезией. Для пациента такой подход значительно облегчает послеоперационный период. Докторам же гораздо проще контролировать состояние больного во время операции.

Напомним, что современный ангиографический комплекс, закупленный по федеральной программе в рамках развития помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями, был запущен в ЛПУ полтора года назад. Спустя всего несколько месяцев в медучреждении приступили к операциям по стентированию сосудов.

Ещё до этих событий сосудистый хирург Александр Кульков начал оказывать экстренную оперативную помощь на сонной артерии жителям Находки с проблемами кровоснабжения головного мозга. И вот теперь в службе новое событие.

Операцию проводили пожилой женщине, имеющей множество сопутствующих заболеваний, в том числе сахарный диабет, гипертонию и хроническое заболевание лёгких. Показанием был высокий риск острого нарушения мозгового кровообращения в бассейне сонной артерии. Атеросклеротическая бляшка перекрывала кровоток на 80%. У пациентки был шум в ушах, нарушение памяти, приходившее нарушение сознания.

— Это достаточно сложная операция, до этого подобные вмешательства мы проводили только

Решения

Хирурги Приморья взяли очередную высоту



Помогают «ангиографические очки»

под наркозом, — рассказывает А.Кульков, заведующий отделением рентгенохирургических методов диагностики и лечения. — В этом случае местная анестезия была предпочтительнее. Рядом с нами находились анестезиологи, и, если бы женщина почувствовала себя хуже, они бы тут же отреагировали.

Но пациентка прекрасно выдержала всю операцию.

Кроме того, при подобном обезболивании исключаются обострения хронических бронхо-лёгочных заболеваний, как это может быть при наркозе. В идеале пациент после операции сразу может самостоятельно себя обслуживать.

Своё намерение начать проводить операции на внутренних сонных артериях под местной анестезией врач укрепил во время участия в XV Международной конференции по сосудистой хирургии, которая прошла в конце августа в Казани. Обмениваясь опытом, коллеги из разных городов страны говорили и об исследованиях, подтверждающих, что после эверсионной каротидной эндартерэктоми под местной анестезией пациенты более благоприятно переносят оперативное лечение и быстрее восстанавливаются.

— Это современная тенденция: не проводить подобные операции под наркозом. Вся медицина постепенно переходит на максимально щадящие методики, — объясняет А.Кульков. — Больных, нуждающихся в подобной помощи, в Находке много. Конечно, осложнения возможны при любом варианте вмешательства. Но важно, что такая операция не идёт вслепую, находящийся в сознании пациент помогает хирургам: мы видим, может ли он выдержать кратковременное пережатие сонной артерии, оцениваем его самочувствие. При этом полностью сохраняется контакт с пациентом.

— Такие операции на сонных артериях являются одними из самых экономичных и щадящих, — говорит Игорь Понитаев, главный врач Находкинской городской больницы. — Первый опыт оказался успешным, сделаны определённые выводы. И мы намерены постепенно всем пациентам с высоким риском острого нарушения мозгового кровообращения или повторного ОНМК в сонных артериях операции делать именно под местной анестезией.

К слову, в Приморском крае по итогам 2015 г. на 11,6% снизилась смертность от болезней, связанных с системой кровообращения. Большая роль в спасении жизней приморцев от этих заболеваний отводится открытым в крае первичным сосудистым отделениям и региональному сосудистому центру. Министр здравоохранения России Вероника Скворцова, которая в сентябре посетила ряд медицинских учреждений региона, высоко оценила работу Приморского РСЦ, в тесном взаимодействии с которым работает служба сердечно-сосудистой хирургии Находки.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

Перемены

Чтобы дети болели реже

В Ульяновске открылся реабилитационный центр для маленьких пациентов с хроническими заболеваниями



Прибавит здоровья и эта процедура

Новый центр, расположенный в лесопарковой зоне Заволжского района Ульяновска, сможет обслуживать до тысячи детей в год. На создание центра направлено более 16 млн руб. — это средства областного бюджета и инвесторов, в том числе благотворительного фонда «Международная спортивная академия Владислава Третьяка».

«Это не первый проект, который мы реализовываем вместе с Владиславом Александровичем. Благодаря его поддержке к нам приезжают зарубежные врачи для консультаций тяжелобольных пациентов, в лечебные учреждения закупается новое оборудование, а сегодня в День города мы открываем новое реабилитационное отделение для детей. Всё это делается для того, чтобы поднять уровень регионального здравоохранения на качественно новый

уровень, чтобы жители города и области могли получать самую лучшую медицинскую помощь, не выезжая за пределы субъекта», — подчеркнул глава региона Сергей Морозов.

По информации специалистов профильного ведомства, колючая мощность учреждения — 50 коек круглосуточного пребывания и 10 коек дневного стационара. В структуре центра есть физиотерапевтические кабинеты для проведения светолечения, лазеролечения, электролечения, механотерапии, тепловых процедур. Также оборудованы кабинеты водолечения (ножные и ручные вихревые ванны, гидромассажная ванна, сухая углекислородная ванна, фитобочка, бассейн). Кроме того, реабилитационное отделение располагает галокамерой, комнатой психологической разгрузки, залом механотерапии и ЛФК, кабинетом массажа. На первом этаже центра имеется

оборудованная комната для совместного пребывания матери и ребёнка и игровая комната. Для детей с сахарным диабетом организовано водолечение, которое способствует предупреждению развития поражения сосудов.

«Данное учреждение было передано нашей больнице в 2013 г. По решению главы региона для создания реабилитационного центра были выделены средства на реконструкцию и ремонт здания. Теперь в обновлённом комплексе помощь оказывается детям по профилю «соматическая реабилитация», то есть больным с заболеваниями органов дыхания, эндокринной, сердечно-сосудистой систем, органов пищеварения. Маленькие пациенты со всей области смогут

получать бесплатную реабилитационную помощь и оперативно восстанавливаться после заболевания, не выезжая за пределы региона. Особое место, конечно, будет занимать реабилитация детей с онкологическими заболеваниями. Для них и для совсем маленьких пациентов у нас есть комнаты совместного пребывания матери и ребёнка. Работа нового отделения поможет снизить уровень инвалидизации детей и уменьшить риск обострения хронических заболеваний», — отметила главный врач Ульяновской областной детской клинической больницы им. Ю.Ф.Горячева Анна Лебедько.

Виктория ГУРСКАЯ.



В игровой комнате

Премии

В Сочи названы лауреаты национальной премии «Репродуктивное завтра России». Среди них — передовые перинатальные центры, лучшие практикующие врачи, а также представители немедицинских специальностей, внёсшие значительный вклад в развитие акушерства и гинекологии, сохранение женского здоровья и здоровья семьи.

Репродуктивное завтра России

Эта награда вручается уже 5-й год подряд. Подведение итогов традиционно проходит в рамках всероссийского форума акушеров-гинекологов и специалистов смежных специальностей, научно-практического семинара «Репродуктивный потенциал России: версии и контрверсии».

Как отметил вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов, президент Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС), профессор Виктор Радзинский, премия служит обобщению практического опыта работы лучших специалистов.

Её победителями стали: заведующая отделением Ростовской областной клинической больницы Ольга Коган, заведующий отделением анестезиологии-реанимации Томского областного перинатального центра Юрий Бочков, главный неонатолог Северо-Западного федерального округа, заведующий НИЛ физиологии и патологии новорождённых Института перинатологии и педиатрии Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В.А.Алмазова Минздрава России Юрий Петренко, врач акушер-гинеколог поликлинического отделения Кемеровской областной клинической больницы Лариса Меховская, заведующий акушерским отделением патологии беременности городской клинической больницы № 7 Казани Фарид Фаткуллин и др.

Екатерина КАТИНА.

В матрикule петербуржцев и высоких гостей города, кому посчастливилось произвести орудийный залп со стены Нарышкина бастиона Петропавловской крепости, добавилось ещё одно имя – Сергей Алексанин, главный врач Министерства РФ по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий, директор Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины им. А.М.Никифорова МЧС России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. Почётное право на артиллерийский залп, входящий в список официальных символов Северной столицы, ему было делегировано в связи с 25-летием образования ВЦЭРМ.



На вертолётной площадке головного медицинского центра российских спасателей

Почему головное медицинское учреждение российских спасателей имеет петербургскую, а не московскую прописку? Да потому, что связано сыновним родством с Военно-медицинской академией им. С.М.Кирова. Именно при кузнице армейских и флотских врачей в 1991 г., выполняя постановление Государственного комитета по оперативному управлению народным хозяйством СССР, создали Всероссийский центр экологической медицины, который через 2 года возглавил работу по оказанию медицинской помощи тысячам «ликвидаторов» последствий беспрецедентной техногенной и гуманитарной катастрофы XX века – на Чернобыльской АЭС. Немногом позднее центр обрёл своё нынешнее название, а вместе с ним и узаконенный статус самостоятельного лечебно-диагностического, научно-исследовательского и образовательного комплекса. Десятилетие назад название приросло именем безвременного ушедшего из жизни основателя и первого директора ВЦЭРМ члена-корреспондента РАН Алексея Михайловича Никифорова.

Знаменательная веха на четвертьвековом пути – ввод в 2012 г. клиники № 2 высоких медицинских технологий с круглосуточным хирургическим стационаром на 450 коек и реабилитационным корпусом. Изящная инновационная геометрия

Вехи

Чтить героев МЧС!

Среди них назван и первый директор Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины спасательного ведомства Алексей Никифоров, которого увековечили в памятнике

квалификации у большинства специалистов.

Если ограничиться односложной констатацией факта: «Профессиональная закалка у врачей ведущего медицинского учреждения МЧС что надо!», то, значит, ничего не сказать. В разное время они спасали жизни взрослых и детей в сербском Прокупле, когда авиабомбы НАТО смешивали с землёй цветущие города Югославии; приходили на помощь уцелевшим жителям московских домов с улицы Гурьянова и Каширского шоссе, взорванных террористами; работали на Сахалине сразу же после тяжелейших сейсмических ударов по острову, подставляли «психологическое плечо» членам семей экипажа затонувшей атомной подлодки «Курск»; наконец, зачищали ре-

свадебное, то есть формальное, а активное представительство в медицинской комиссии Международной ассоциации пожарных и спасательных служб, хорошее взаимодействие с Европейским центром медицины катастроф – приоритеты «международной политики» ВЦЭРМ, которая, впрочем, достаточно многопланова. Наряду с участием в профессиональных встречах интернационального формата, в том числе у себя дома, петербургские медики-эмчезовцы регулярно обмениваются информацией с зарубежными коллегами, нередко используя при этом возможности телемедицины. Лучшие сотрудники центра в своём большинстве прошли обучение в ведущих медицинских клиниках мира, и по адресам их поездок легко проветрять знания по географии: Израиль, Швейцария, Финляндия, Германия, Голландия, Испания, Италия, Великобритания, США, Южная Корея, Китай...

О научно-исследовательском потенциале ведомственного учреждения-юбилера можно заключить, подсчитав количество «остепенённых» врачей. Их свыше 170! Из числа 60 докторов медицинских наук 35 имеют учёное звание профессора. По делу обласкан здешний медицинский персонал почётными званиями «Заслуженный врач РФ», «Заслуженный работник здравоохранения РФ», «Заслуженный деятель науки РФ» и наградами – государственными, правительственными, ведомственными.

Конечно же, как знаков трудового отличия на выходных пиджаках и блузах медиков-спасателей, так и почётных грамот в домашних ларцах участников состоявшегося коллективного торжества по случаю юбилея прибавилось. Ведь прошедший на нём наградной дождь был проливным! Не с пустыми руками приехали поздравить коллектив представители обеих палат российского парламента, руководства МЧС России, Главного военно-медицинского управления Минобороны России, Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, главы Выборгского и Приморского районов города,

посланцы общественных организаций. Высший совет одной из них – Российского союза спасателей – наградил директора ВЦЭРМ Сергея Алексанина медалью «За мужество в спасении».

Под многократные аплодисменты не единожды звучала на юбилейных мероприятиях, старт которым дал выстрел пушки в Петропавловской крепости, фамилия первого директора Всероссийского центра экстренной и радиационной медицины – Никифоров. По большому счёту Алексей Михайлович положил жизнь на алтарь становления с нуля и тернистого восхождения ВЦЭРМ к вершинам... Да разве ж могла не звучать? Благодарные друзья и соратники сразу после невосполнимой утраты добились присвоения центра его имени, потом

во главе с Сергеем Алексаниным, проводившей конкурсный отбор.

Когда отзвенели речи-воспоминания, а подножие скульптурной композиции густо покрыли свежие цветы, к журналистам подошёл Герой России Юрий Воробьёв:

– Вот видите, в МЧС продолжают традиции, которые были заложены в самом основании нашей системы. Чтить своих героев! Алексей Никифоров – уникальнейший человек, редкой души и таланта. Благодаря его упорству, воле и был создан такой мощный медицинский комплекс, который ныне есть надёжный тыл и опора для спокойной, уверенной деятельности каждого спасателя, пожарного, пилота. В Петербурге, да будет известно, созданы все условия, чтобы оказывать надлежащую лечебную по-



Ю.Воробьёв и С.Алексанин за посадкой молодых деревьев будущей рябиновой аллеи

новостроя медицинского назначения в Приморском районе Санкт-Петербурга восхищает каждого пациента, ступившего на территорию клиники по улице Оптиков. Однако архитектурный блеск скоро уже оказывается в тени, как правило, блестяще выполненной операции, чему находится объяснение, конечно, в наличии не только здесь полного набора первоклассного операционного и прочего медицинского оборудования, но и высочайшей

результаты эпохального наводнения на Дальнем Востоке в части минимизации их косвенных убытков для здоровья...

Сильные контакты с ВОЗ по вопросам лечения и реабилитации спасателей и пожарных, оказавшихся по долгу службы на месте ядерных и иных катастроф, своевременного оказания медицинской помощи и мониторинга за состоянием здоровья тех, кто подвергся радиационному облучению, а, кроме того, не

в Приморском районе их стараниями появился Никифоровский переулок, а сейчас, на 25-летие основания головного медицинского учреждения МЧС, совпавшее с 10-й годовщиной смерти большого организатора здравоохранения и учёного, в холле административного здания клиники № 2 открыли памятник профессору А.М.Никифорову.

Белое покрывало с бронзового бюста на постаменте из коричневого гранита общим весом полтонны в присутствии вдовы Алексея Михайловича Ирины Дмитриевны, кстати, тоже врача, под аплодисменты собравшихся сняли заместитель председателя Совета Федерации, в прошлом первый заместитель министра МЧС, один из основателей российского корпуса спасателей Юрий Воробьёв, депутат Госдумы РФ, ранее также заместитель руководителя отраслевого министерства Надежда Герасимова и директор центра Сергей Алексанин.

– Похож! Как живой наш Алексей Михайлович! – пробежал по рядам одобрительный шепоток.

Идея увековечить в камне имя родоначальника ВЦЭРМ, своего единомышленника и соратника, принадлежит руководителю медицинского флагамена российских спасателей. Под профессорским патронатом и выполнялся мемориальный проект в творческой мастерской архитектора и скульптура Игоря Селивёрстова. Как сообщил «Медицинской газете» ученик народного художника СССР академика Михаила Аникушина, памятник создавался им в классических петербургских традициях. Но вначале по представленным фотографиям был изготовлен макет. Он-то и понравился больше всего комиссии



Открытие памятника профессору А.Никифорову

мощь представителям профессий высокого риска. У этого центра достаточные кондиции, чтобы возглавить список лучших клиник Европы по профилю экстренной и радиационной медицины.

Сказав так, Герой России отправился энергичным шагом лично участвовать в закладке рябиновой аллеи. Атрибутами ещё одного планового массового мероприятия по случаю «именин» ВЦЭРМ стали лопаты и вёдра. На пару с заместителем председателя Совета Федерации ловко и без усталости орудовал инструментом с закруглённым лезвием директор учреждения-юбилера. Дабы «возглавить список», Сергею Сергеевичу и его трудолюбивой команде придётся ещё много сделать, а главное, «удержать планку», но они к этому вполне расположены...

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.

Фото автора
и Фёдора ШЕВЕЛИНА.

Процесс импортозамещения, стартовавший несколько лет назад, уже даёт свои плоды. В стране наращиваются мощности производств, увеличивается количество выпускаемой продукции, расширяется её ассортимент, и, что немаловажно, улучшается качество препаратов, поскольку это одно из главных требований современного рынка.

Именно за качество покупатель, как говорится, «голосует рублём» – считают в крупнейшей отечественной фармацевтической компании «Эвалар». Хотя, безусловно, не последнюю роль играет и доступность препаратов.

«Процесс импортозамещения – основное направление деятельности компании, – говорит генеральный директор ЗАО «Эвалар» Лариса Прокопьева. – Наши препараты на российском аптечном рынке уже заменяют около трёх десятков импортных аналогов. Лицензия на лекарственные средства регулярно обновляется за счёт включения новых лекарственных форм; производство БАДов сертифицировано в соответствии с международными стандартами качества GMP.

Цены – конкурентные. К примеру, лекарственное средство «Гинкоум» в аптеках стоит в 2,5

Современные технологии

Время выбирать российское

Растёт спрос на отечественные препараты



При этом востребованный ангиопротектор растительного происхождения Гинкоум значительно обходит по продажам известные западные аналоги (хотя в них используется одно и то же действующее вещество). И здесь надо подробнее остановиться на вопросе качества.

«Производство экстракта из листьев гинкго билобы – процесс сложный, многостадийный. Необходимо не просто выделить активные компоненты, но и добиться определённого их соотношения: 24% гинкгогликозидов и 6% терпеновых лактонов, – отмечает начальник отдела регистрации лекарственных средств ЗАО «Эвалар» Татьяна Богданова. – Такое соотношение является золотым стандартом для экстракта гинкго и вклю-

возрастом принимают средства на основе гинкго билобы.

Гинкоум улучшает снабжение мозга кислородом и глюкозой. Нормализует тонус артерий и вен, улучшает микроциркуляцию. Способствует улучшению кровотока, препятствует агрегации эритроцитов. Оказывает тормозящее влияние на фактор активации тромбоцитов. Улучшает метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани.

Фармацевтическая компания «Эвалар» стремится к расширению выпуска терапевтических дозировок лекарственного средства «Гинкоум», начиная от пороговой в 40 мг, средней – 80 мг до максимально терапевтической в 120 мг стандартизованного экстракта гинкго билобы.

«Сегодня мы проводим клинические исследования Гинкоума в максимально разовой дозировке 120 мг, – рассказывает Татьяна Богданова. – В Российской Федерации зарегистрирован аналогичный словенский препарат, который и станет препаратом сравнения при проведении клинических исследований, разрешённых Минздравом в 13 медицинских учреждениях страны».

В центре внимания – здоровье женщины

Одно из приоритетных направлений ЗАО «Эвалар» – разработка и выпуск препаратов для женщин. Сегодня в нашей стране живёт около 30 млн женщин перименопаузального возраста. Негормональные и притом достоверно действенные способы коррекции климактерических нарушений весьма востребованы.

С выпуском ЛС «Ци-Клим», таблетки с экстрактом цимицифуги у россиянок появилась негормональная альтернатива для лечения симптомов кли-



На предприятии проходило выездное заседание Комитета Госдумы РФ по охране здоровья в июне 2013 г.

сравнении с немецким препаратом, по результатам которого было установлено, что российский аналог по эффективности не уступает зарубежному препарату.

Расширение линейки ЛС для женщин идёт за счёт новых лекарственных форм. С этого года компания начала выпускать и «Ци-Клим», капли на основе цимицифуги рацемозы. Это лекарственное средство также обладает эстрогеноподобным эффектом, проявляет седативные свойства, оказывает терапевтическое воздействие на вегетативную нервную систему. Применение способствует ослаблению или полному исчезновению симптомов недомогания в климактерический период.

«Рекомендуемое количество капель равно одной таблетке Ци-Клима, – поясняет Татьяна Богданова. – Почему именно капли? Растительные препараты многие воспринимают в более привычной жидкой форме. Терапевтический эффект развивается постепенно и проявляется приблизительно через 2 недели лечения».

На завершающей стадии регистрации находится ещё одно ЛС для устранения приливов, содержащее 400 мг аминокислоты

b-аланина российские специалисты начали с появления на фармацевтическом рынке России французского препарата с аминокислотой b-аланин. Теперь у него появится российский аналог, который будет гораздо дешевле!

Цена имеет значение

По словам Ларисы Прокопьевой, желание потребителей сэкономить будет оставаться существенным фактором, определяющим конфигурацию фармрынка, и рынка БАД в особенности. Поэтому стратегии импортозамещения в компании уделяется приоритетное внимание.

К примеру, продажи слабительного лекарства «Фибролак» на основе оболочек семян подорожника от месяца к месяцу только увеличиваются. Сегодня это единственная выгодная по цене замена популярному немецкому препарату на основе оболочек семян подорожника. ЛС «Фибролак» – не просто слабительное. Он не только восстанавливает работу кишечника, устраняет запоры и облегчает симптомы геморроя. Оболочки семян подорожника действуют в нескольких направлениях сразу, снижая уровень «плохого» холестерина, уменьшая содержание сахара в крови и т.д.

«Сейчас лекарственные средства и БАДы «Эвалар» могут заменить 30 импортных аналогов, – говорит Лариса Прокопьева. – Совокупный объём продаж в этом сегменте мы оцениваем в 12 млрд руб. в год. И видим, что потребитель активно переориентируется на нашу продукцию, чему во многом способствуют более доступные цены. В различных категориях ценовая разница достигает от 20 до 100%. Мы намерены активно использовать это наше преимущество».

Таким образом, жизнь показывает, что россияне всё чаще выбирают отечественные препараты, поскольку они отвечают важнейшему требованию соответствия цены и качества, а по эффективности не уступают зарубежным аналогам.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Бийск, Алтайский край.



В производственных помещениях

раза дешевле, чем французский танакан, поэтому и продаётся почти в 2 раза больше.

Нынешней зимой российский покупатель предпочёл аналогичным импортным средствам профилактики гриппа наш назальный спрей «Аквамастер». А сегодня мы уже готовим к выпуску «Сеннаплант». Он будет первым российским аналогом импортного препарата из списка жизненно необходимых лекарств. Мы взяли на себя весь технологический цикл, начиная с производства фармвещества.

К концу 2016 г. планируется выпуск ещё 5 лекарственных средств на основе собственных фармвеществ».

Золотой стандарт экстракта гинкго билобы

В этом году лекарственное средство «Гинкоум», капсулы производства «Эвалар» стало номинантом Национальной премии в области импортозамещения «ПРИОРИТЕТ-2016» как самое популярное российское лекарство для улучшения мозгового кровообращения. Лауреаты премии будут объявлены в ноябре, но уже сегодня мониторинг фармацевтического рынка показывает, что продажи российского препарата ежегодно достигают 1,5 млн упаковок в год!

чено в ведущие фармакопей мира. Большое значение имеет высокая степень очистки такого экстракта. Наш Гинкоум не содержит гинкголевую кислоту – токсичное вещество, сильнейший аллерген. Именно такой стандартизованный экстракт обладает наибольшей терапевтической активностью и безопасностью, позволяет добиваться максимального эффекта в лечении заболеваний.

Сейчас в аптеках много нелекарственных препаратов на основе гинкго билобы, в том числе из прессованного измельчённого сырья. По понятным причинам такие средства не дадут ожидаемого эффекта. Препараты производства «Эвалар», будь то лекарства или БАДы с гинкго билобой, содержат стандартизованный экстракт гинкго билобы наивысшей степени очистки – свободный от гинкголиевых кислот и соответствующий мировым фармакопейным стандартам».

К слову, Всемирная организация здравоохранения рекомендует принимать препараты на основе гинкго билобы всем лицам пожилого возраста. Это снижает вероятность инфарктов и сердечных приступов. Улучшает мозговое кровообращение, «подстёгивает ум». Именно поэтому более 60% жителей Германии и более 70% во Франции с



Спрос на препараты «Эвалара» постоянно растёт

макса. Экстракт цимицифуги оказывает действие, сравнимое с гормонально-заместительной терапией, но без риска появления побочных эффектов.

Для Ци-Клима проводилось рандомизированное открытое клиническое исследование в

b-аланина, – «Ци-Клим Аланин», таблетки». Доказательная база b-аланина довольно убедительна. Его суммарная клиническая эффективность такова, что облегчение или исчезновение вазомоторных нарушений отмечают примерно 70% пациенток.

20 жителей Челябинской области были прооперированы в прямом эфире «звёздами» российской эндохирургии. Ювелирные бескровные вмешательства проводились без разрезов, через естественные пути доступа и транслировались для южноуральских врачей в режиме реального времени.

Операции прошли на базе Челябинской областной клинической больницы. Для ювелирных бескровных операций, которые проводятся без разрезов, через естественные пути доступа, накануне были отобраны самые сложные клинические случаи.

Прибывшие в Челябинск на выездной пленум правления Российского эндоскопического общества (РЭндО) ведущие специалисты страны продемонстрировали на практике возможности миниинвазивной внутрипросветной хирургии (удаление новообразований желудка и толстой кишки, стентирование, хирургия желчных протоков, лечение ахалазии кардии и т.д.).

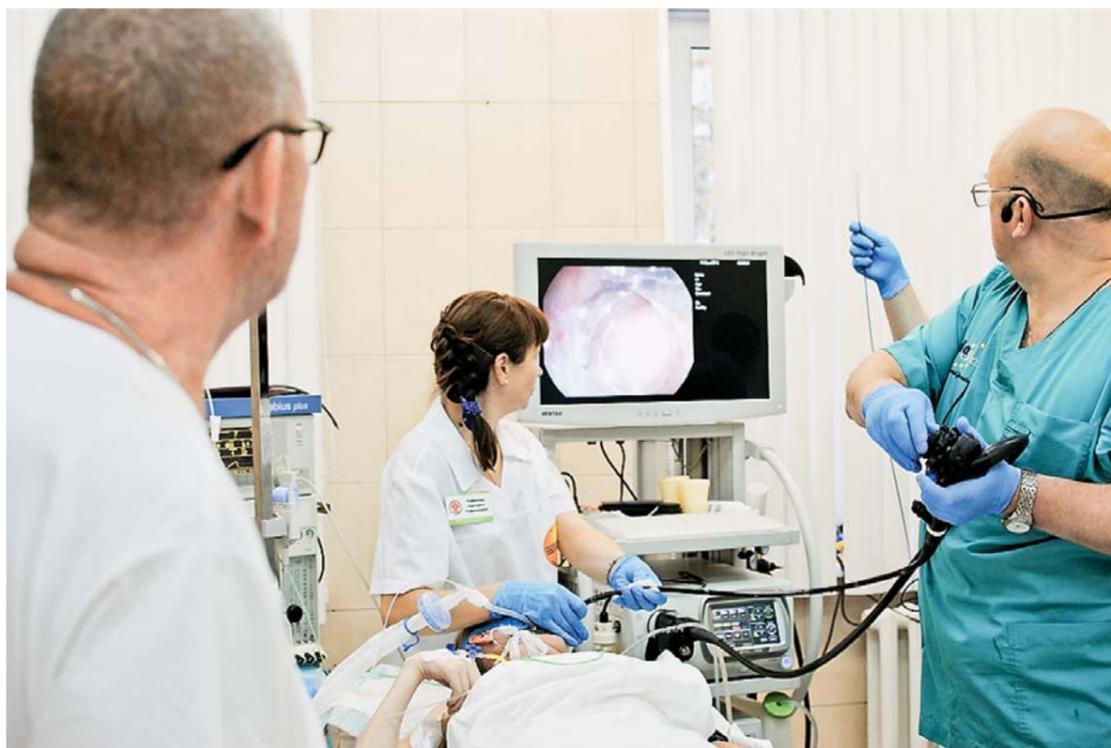
– Эндоскопия может на сегодняшний день визуализировать, сразу предполагать гистологическую структуру (опухоль) и выполнять различного рода вмешательства. Методики позволяют миниинвазивно удалять раковые опухоли на ранней стадии, решать проблемы, связанные с ахалазией кардии, это сегодня высший пилотаж, мы стремимся к тому, чтобы наши эндоскописты тоже учились, свободно могли это делать, – прокомментировала член правления РЭндО, доктор медицинских наук, профессор Екатерина Иванова (Москва). – Исследование тонкой кишки – важное перспективное направление. Сегодня все 5 м тонкой кишки доступны для осмотра, а также есть энтероскопы, которые можно завезти на любую длину органа и выполнить эндоскопическое вмешательство от остановки кровотечения до удаления доброкачественных образований, вплоть до выполнения стентирования, чтобы обеспечить проходимость органа.

Мастер-класс сопровождался трёхчасовой трансляцией из трёх профильных операционных областной больницы, которая уже зарекомендовала себя как международная коммуникационная врачебная площадка. К участию в мастер-классах приглашены хирурги, онкологи, гастроэнтерологи – врачи тех специальностей,

Инициатива

Мастер-классы в прямом эфире

Южноуральцев прооперировали ведущие эндохирургии России



Видеотрансляция эндооперации

которые традиционно считаются «потребителями» эндоскопии.

Организацией видеосвязи занимался Центр телемедицины Челябинской ОКБ, его руководитель Александр Васильев осуществлял контроль сразу за всеми точками видеотрансляции.

– Было задействовано в процессе сразу 3 операционных, в которых установлено самое современное оборудование, к нему подключена аппаратура видеоконференцсвязи, с помощью которой наши гости, находящиеся в большом зале отеля в центре города, могли видеть всё происходящее, задавать вопросы.

Один из основных организаторов пленума, ответственный секретарь РЭндО, доктор медицинских наук, профессор Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Евгений Фёдоров отметил:

– На сегодняшний день в мире это самые продвинутые операции, самый топ-уровень, мы работаем на аппаратуре, на которой работает весь мир.

Таким представительным составом эндоскописты собираются всего раз в год. Ранее такие мероприятия прошли в Пятигорске и Хабаровске. На Южный Урал при-

ехали врачи-эксперты со всей страны (Санкт-Петербург, Москва, Иркутск, Пермь, Салехард).

В рамках семинара также состоялась конференция медицинских сестёр эндоскопических отделений и кабинетов, большая выставка медицинского оборудования, тренинг на биомоделях. В мероприятиях форума приняли участие 300 врачей и 70 медсестёр из медучреждений всего Уральского федерального округа.

Наталья МАЛУХИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Особые условия

Смертность от заболеваний в российских колониях и следственных изоляторах в 2016 г. сократилась на 12%, а смертность от туберкулёза – на 54%. Об этом заявил заместитель директора Федеральной службы исполнения наказаний (ФСИН) Валерий Максименко.

В тюрьме есть тоже лазарет...

«Реальное снижение смертности в местах лишения свободы сейчас происходит практически по всем видам социально значимых болезней. Общий уровень смертности от заболеваний в учреждениях уголовно-исполнительной системы сократился в этом году на 12,2% – это уже не 1-2%», – пояснил В.Максименко, добавив, что ФСИН удалось снизить смертность лишения свободы была внедрена многоуровневая система оказания медицинской помощи. В частности, изменения коснулись работы фельдшеров и медико-санитарных частей. ФСИН также внедрила систему еженедельного мониторинга смертности, с помощью которой устанавливаются обстоятельства и причины гибели заключённых, проверяется качество оказанной им медицинской помощи.

Для дальнейшего улучшения ситуации, считает В.Максименко, требуется развивать сотрудничество с высококвалифицированными кардиологами, которых, согласно действующей практике, привлекают со стороны.

«Очень затратным для ФСИН остаётся оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Ряд правозащитников обвиняли нас в том, что мы не везде имеем центры для оказания высокотехнологичной помощи. Но высокотехнологичная помощь весьма затратна. Например, одна операция может стоить от 1 млн руб. и выше», – пояснил В.Максименко.

Примечательно, что в минувшем году в местах лишения свободы из-за некачественной медпомощи, по словам генерального прокурора РФ Юрия Чайки, скончались почти 4 тыс. человек.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Новые подходы

Слагаемые успеха – в объединении усилий

В Санкт-Петербурге состоялся Российский конгресс по ревматологии. Как отметил главный специалист-ревматолог Минздрава России академик РАН Евгений Насонов, это – центральное событие года для всего ревматологического сообщества. Северная столица является одним из лидеров российской ревматологии, сохраняющим и приумножающим традицию российской ревматологической службы.

Известно, что ревматические заболевания занимают 3-е место среди причин инвалидности, уступая первенство лишь болезням системы кровообращения и онкологическим заболеваниям. Инвалидность у пациентов с тяжёлыми ревматическими заболеваниями, в первую очередь ревматоидным артритом, в отсутствие современной терапии наступает в течение

5 лет. Коварные болезни укорачивают длительность жизни пациента на 5-10 лет в зависимости от конкретного заболевания и особенностей пациента. Такие больные требуют постоянного дорогостоящего лекарственного обеспечения, а потому оказываются тяжёлым бременем для всего общества.

По словам академика РАН Е.Насонова, на раннем этапе заболевания пациенту можно помочь относительно недорогими способами, в ином случае потребуются агрессивная терапия, которая часто становится пожизненной. Евгений Львович подчеркнул, что в ревматологии важно следовать стратегии «Лечение до достижения цели». Своевременно назначенные высокоэффективные лекарственные препараты способны не только уберечь от инвалидности, но и дать возможность пациенту жить полноценной активной жизнью.

По статистике, только в Санкт-Петербурге 24 тыс. человек страдают ревматоидным артритом, 2 тыс. – системной красной волчанкой, а 250 тыс. – остеоартритом. По мнению президента Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И.Мечникова, заведующего кафедрой терапии и ревматологии, академика РАН Вадима Мазурова, реальные цифры, к сожалению, намного больше статистических данных. Активное сотрудничество с ортопедами-травматологами, кардиохирургами, дерматовенерологами способствует наиболее точной диагностике и правильной постановке диагноза. «К тому же за последние годы у нас появились суперсовременные ультразвуковые аппараты, иммунологические тесты, морфологические исследования. Все эти возможности мы должны донести до врачей первичного звена, которые необходимы

им в повседневной практике», – сказал Вадим Иванович.

Одна из проблем не только ревматологии, но и медицины в целом заключается в поздней постановке диагноза, что влечёт за собой потерю времени для назначения эффективной терапии. «Мы уделяем особое внимание последипломной подготовке врачей. Именно то, как будут подготовлены семейные врачи и врачи общей практики, играет огромную роль в улучшении прогноза у пациентов», – заключил проректор СЗГМУ им. И.И.Мечникова, главный специалист-ревматолог Санкт-Петербурга Александр Лиля.

«Диагностические и лечебные возможности сопряжены с возможностями финансирования. Но все мы понимаем, что во главе стоит человек, который имеет право на качественную современную медицинскую помощь», – заметил начальник Управления

по организации стационарной медицинской помощи взрослому населению, медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Василий Пилипенко. Со стороны Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, как заверил Василий Пилипенко, будет сделано всё возможное, чтобы пациент в максимально короткие сроки был качественно обследован и получил адекватное индивидуализированное лечение.

Специалисты пришли к единому выводу о том, что для своевременной качественной терапии должны быть объединены усилия врачей, организаторов здравоохранения, пациентских организаций и самих пациентов. Только в этом случае возможно достичь успеха.

Ирина ТАТЬЯНИНА.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 70 (2009)

(Продолжение.)

Начало в № 73 от 28.09.2016.)

Однако провести чёткую грань, например, между факторами инициации и прогрессирования ХБП невозможно. Поэтому, с практической точки зрения, целесообразно принять следующую градацию факторов риска, выделив немодифицируемые и модифицируемые ФР и разделив их на факторы развития и факторы прогрессирования ХБП (см. табл. 6, 7). Хотя в этом случае отчётливо дифференцировать факторы развития от факторов прогрессирования не представляется возможным.

Все взрослые пациенты с ХБП или наличием её ФР должны находиться под постоянным медицинским наблюдением с определением рСКФ и уровня альбуминурии/протеинурии не реже 1 раза в год.

Проблема скрининга хронической болезни почек очень серьёзна. Её решение возможно только при тесном сотрудничестве медиков разных специальностей, в первую очередь врачей общей практики, нефрологов, кардиологов, эндокринологов-диабетологов. Конкретные подходы, прежде всего объём и частота исследований, к скринингу ХБП у представителей тех или иных групп риска должны включаться в соответствующие национальные рекомендации, как, например, это сделано в отношении скрининга диабетической нефропатии (И.Дедов, М.Шестакова, 2006).

Каждый визит к нефрологу или другому специалисту, наблюдающему пациента с ХБП, должен сопровождаться регистрацией текущей стадии/индекса ХБП в медицинской документации.

Такой подход позволяет по мере накопления данных о течении ХБП более точно оценивать темпы её прогрессирования и планировать соответствующую коррекцию характера и объёма лечебно-диагностических мероприятий.

Профилактика и основные подходы к лечению хронической болезни почек

Основой первичной профилактики ХБП является устранение или минимизация факторов риска её развития в соответствии с принципами доказательной медицины.

Подходы к первичной профилактике ХБП неотделимы от мероприятий по её скринингу и выявлению факторов риска. Однако нетрудно заметить, что часть факторов риска развития ХБП (пожилой возраст, семейный анамнез по ХБП, уменьшение массы почечной паренхимы; низкий вес при рождении; расовые и этнические отличия) относится к немодифицируемым. Поэтому основой первичной профилактики ХБП является скрининг данного состояния, диспансерное наблюдение представителей групп риска и выдача медицинских рекомендаций по контролю модифицируемых ФР.

Наличие ХБП следует считать важным независимым фактором риска развития и прогрессирования кардиоваскулярной патологии; пациенты с ХБП стадий С1-С2 и альбуминурией А1 относятся к группе среднего риска; пациенты с ХБП стадий С1-С2 и альбуминурией А2-А3 или ХБП стадии С3а независимо от уровня альбуминурии/протеинурии относятся к группе высокого риска; пациенты с ХБП стадий С3Б-С5 независимо от уровня альбуминурии/протеинурии принадлежат к группе очень высокого риска.

Выраженность почечной дисфункции определяет риски развития почечных осложнений (ТПН, острого повреждения почек), а также тесно ассоциирована с кардиоваскулярной патологией. При этом даже умеренное снижение СКФ или появление сравнительно небольшой протеинурии/альбуминурии связано с нарастанием риска развития кардиоваскулярных заболеваний и сопровождается повышением уровня общей смертности. Всё это даёт основания рассматривать пациентов с ХБП как важную группу сердечно-сосудистого риска и требует тщательной стратификации таких больных. При этом при оценке степени сердечно-сосудистых рисков следует пользоваться общепринятыми градациями.

Вторичная профилактика ХБП должна быть одновременно направлена на замедление темпов прогрессирования ХБП (ренопротекция) и предупреждение развития сердечно-сосудистой патологии (кардиопротекция).

В этом отношении важно понимать, что, казалось бы, разные направления превентивной нефрологии и кардиологии тесно перекликаются друг с другом, а одни и те же мероприятия по контролю факторов риска могут иметь двойной положительный эффект. Так, коррекция метаболических и гемодинамических изменений – гликемии, дислипидемии, урикемии, АГ, анемии и пр. – может приводить к снижению риска развития, темпов прогрессирования и сердечно-сосудистой, и почечной дисфункции. Это касается также и назначения определённой фармакотерапии, например, с исполь-

патологии, артериальной гипертензии и сахарного диабета. Кроме того, следует иметь в виду, что гемодинамические сдвиги в почках (нарастание СКФ и фильтрационной фракции) отмечались у молодых здоровых людей с ИМТ ≥ 25 кг/м² только при высоком потреблении соли. Поэтому пациентам с ХБП и(или) наличием её факторов риска с избыточной массой тела должны даваться рекомендации по её снижению.

Эпидемиологические исследования свидетельствуют, что курение – это дозозависимый фактор риска снижения СКФ и появления микроальбуминурии. При этом негативное влияние курения на состояние почек имеет место как у мужчин, так и у женщин. Однако наиболее ярко этот эффект проявляется у курящих гипертоников.

Результаты исследования, выполненного в России, также показали, что у пациентов с коронарной болезнью сердца без явных признаков «первичной почечной патологии» величины рСКФ оказываются достоверно ниже, чем у никогда не куривших.

диет на целевые органы не исчерпывается их влиянием на системную гемодинамику. По-видимому, он может реализовываться механизмами, не связанными напрямую с ростом системного АД.

Во всяком случае, на фоне высокого потребления соли усиливаются эффекты ангиотензина II и альдостерона. Кроме того, при значительном содержании хлорида натрия в рационе в эндотелии почек и аорты выявлялось нарастание экспрессии трансформирующего фактора роста, хорошо известного профибротического цитокина. Как уже указывалось выше, уровень поступления натрия с пищей, по-видимому, определяет развитие гиперфильтрации у людей с избыточной массой.

Имеющиеся в настоящее время данные дают основания рекомендовать для пациентов с ХБП или представителей групп риска суточное потребление натрия не более 2,4 г (< 6 г поваренной соли).

Наконец, в настоящее время лекарственная нефротоксичность становится одним из

Хроническая болезнь почек: основные положения, определение, диагностика, скрининг, подходы к профилактике и лечению

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Факторы риска развития ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст	Диабет
Мужской пол	Артериальная гипертензия
Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)	Аутоиммунные болезни
Расовые и этнические особенности	Хроническое воспаление/системные инфекции
Наследственные факторы (в том числе семейный анамнез по ХБП)	Инфекции и конкременты мочевых путей
	Обструкция нижних мочевых путей
	Лекарственная токсичность
	Высокое потребление белка
	Дислипидемия
	Табакокурение
	Ожирение/метаболический синдром
	Гипергомоцистеинемия
	Беременность

Таблица 6

важных факторов инициации и прогрессирования ХБП. Особенно значимы в данном плане последствия непрерывного нарастания числа рентгеноконтрастных процедур. Имеющиеся данные однозначно свидетельствуют о том, что даже кратковременное транзитное ухудшение функции почек после введения рентгеновского контраста ассоциируется с ухудшением почечного и сердечно-сосудистых прогнозов и нарастанием уровня общей смертности.

При профилактике ХБП также следует иметь в виду необходимость рекомендовать мероприятия по оптимизации физической активности и отказа от чрезмерного употребления алкоголя.

Целевыми уровнями АД у пациентов с ХБП следует считать: систолическое артериальное давление 120-139 мм рт.ст., диастолическое – < 90 мм рт.ст.; для лиц с сахарным диабетом или протеинурией – > 1,0 г/сут, целевой уровень систолического АД – 120-129 мм рт.ст., диастолического – < 80 мм рт.ст. Антигипертензивная терапия должна быть индивидуализована, а снижения систолического АД менее 120 мм рт.ст. следует избегать.

Факторы прогрессирования ХБП

Немодифицируемые	Модифицируемые
Пожилой возраст	Персистирующая активность основного патологического процесса
Мужской пол	Высокие уровни системного АД протеинурии
Исходно низкое число нефронов (низкая масса тела при рождении)	Плохой метаболический контроль СД
Расовые и этнические особенности	Ожирение/метаболический синдром
	Дислипидемия
	Табакокурение
	Анемия
	Метаболический ацидоз
	Беременность
	Нарушения кальций-фосфорного обмена (гиперпаратиреоз)
	Высокобелковая диета и повышенное потребление натрия с пищей

Таблица 7

зованием ингибиторов АПФ, блокаторов AT1-рецепторов, блокаторов кальциевых каналов, статинов, как за счёт их прямых, так и плейотропных эффектов.

Реализация основных мер по ренопротекции и лечение сердечно-сосудистых заболеваний у больных с ХБП должны осуществляться на основе общепринятых международных и национальных рекомендаций с учётом текущего состояния функции почек в дополнение к проводимым ренопротективным мероприятиям.

Следует подчеркнуть, что чем больше факторов риска прогрессирования ХБП находится под контролем на фоне ренопротективной терапии, тем больше будет её эффективность, как в отношении почечного процесса, так и в отношении сердечно-сосудистой патологии.

Объём и направленность лечебно-диагностических мероприятий у больных с ХБП определяется выраженностью снижения функции почек (стадий ХБП). Общие подходы к первичной и вторичной профилактике ХБП представлены в таблице 8.

Пациентам с ХБП или наличием её ФР при необходимости следует давать рекомендации по терапевтическому изменению стиля жизни.

Результаты ряда сообщений свидетельствуют о том, что значения индекса массы тела (ИМТ) > 25 кг/м² ассоциируются с нарастанием риска развития ТПН при длительном наблюдении у молодых людей, даже при отсутствии у них специфической почечной

Хорошо известно, что высокий уровень поступления хлорида натрия с пищей чётко ассоциирован с развитием и прогрессированием артериальной гипертензии, которая, в свою очередь, служит важным детерминантом повреждения почек и сердца. Однако повреждающее действие высокосолевых

У пациентов с ХБП и артериальной гипертензией, нуждающихся в фармакологической коррекции для достижения целевых уровней артериального давления, в качестве препаратов первой линии следует назначить ингибиторы ангиотензин-1-превращающего фермента (иАПФ) или блокаторы AT1-

Таблица 8

Направленность практических мероприятий по профилактике хронической болезни почек в зависимости от её стадии

Стадия	Рекомендуемые мероприятия
Наличие факторов риска развития ХБП	Регулярный скрининг ХБП, мероприятия по снижению риска её развития
C1 (нормальная функция)	Диагностика и этиотропное лечение основного заболевания почек. Коррекция общих патогенетических факторов риска ХБП с целью замедления темпов её прогрессирования. Диагностика состояния сердечно-сосудистой системы и коррекция терапии. Контроль факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых осложнений
C2 (начальное снижение)	Мероприятия по стадии I + оценка скорости прогрессирования и коррекция терапии
C3 A и B (умеренное снижение)	Мероприятия по стадии II + выявление, профилактика и лечение системных осложнений дисфункции почек (анемия, дизэлектролитемия, ацидоз, гиперпаратиреоз, гипергомоцистеинемия, БЭН...)
C4 (выраженное снижение)	Мероприятия по стадии III + подготовка к заместительной почечной терапии
C5 (почечная недостаточность)	Заместительная почечная терапия (по показаниям) + выявление, профилактика и лечение системных осложнений дисфункции почек (анемии, нарушений водно-электролитного, кальций-фосфатного баланса, ацидоза, гипергомоцистеинемии, белково-энергетической недостаточности)

рецепторов ангиотензина II (БРА), если их применение не противопоказано.

Пациентам с ХБП и наличием альбуминурии/протеинурии А2-А3-степени следует назначать иАПФ или БРА даже при отсутствии артериальной гипертензии, поскольку указанные выше препараты обладают антипротеинурическим эффектом.

Повышенный уровень артериального давления (АД) одновременно может являться причиной и следствием ХБП и вносит свой вклад в негативный кардиоваскулярный и почечный прогноз. Поэтому терапевтические подходы, направленные на коррекцию гипертензии при ХБП, служат важным средством кардио – и ренопротекции. В процессе антигипертензивной терапии ХБП следует стремиться к достижению целевых уровней АД.

Однако при клинически явной протеинурии (> 0,5 г/сут) целевой уровень АД понижается до 125/75 мм рт.ст. Тем не менее представленные выше целевые уровни АД не относятся к пациентам, перенёвшим острый инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, или к больным с ХБП, начиная с 3б-стадии. У таких пациентов целевые уровни АД должны индивидуализироваться, как правило, в границах 130-140 мм рт.ст. для систолического и 80-90 мм рт.ст. – для диастолического.

Значительное число наблюдений показало, что снижение АД замедляет скорость прогрессирования ХБП и/или уменьшает риск развития кардиоваскулярных осложнений.

Результаты одного из метаанализов дали основания полагать, что величина снижения СКФ уменьшается на 0,18 мл/мин/1,73м² в месяц на каждые 10 мм рт.ст. уменьшения среднего артериального давления. Итоги исследования MDRD показали, что скорость прогрессирования ХБП увеличивается у пациентов с уровнем протеинурии < 3 г/сут при величине среднего АД > 98 мм рт.ст. То же самое характерно для больных с протеинурией > 3 г/сут при величине среднего АД > 92 мм рт.ст.

Необходимость применения иАПФ или БРА определяется тем, что препараты обоих классов проявляют рено – и кардиопротекторные свойства, не зависящие от их воздействия на системную гемодинамику.

Следует иметь в виду, что достичь целевых уровней артериального давления при использовании монотерапии крайне сложно. Обычно для решения данной задачи приходится применять комбинацию из двух и более лекарств с разными механизмами действия. Например, эффективной и патогенетически оправданной является комбинация прямого ингибитора ренина (алискирен) с БРА или иАПФ.

Комбинирование применения ингибиторов АПФ и блокаторов ангиотензиновых рецепторов с теоретической точки зрения представлялось оправданным, поскольку они блокируют РАС на разном уровне. Результаты ряда ранних исследований действительно дали сведения, указывающие на то, что сочетанное применение иАПФ и БРА может оказаться более эффективным, чем применение представителей этих фармакологических групп по отдельности.

Однако итоги недавно завершённого крупного многоцентрового исследования ONTARGET показали, что комбинация телмисартана и рамиприла действительно обеспечивает лучший контроль альбуминурии. Тем не менее частота нежелательных исходов («первичные почечные конечные точки») – переход на диализ (либо острый, либо хронический), удвоение концентрации сывороточного креатинина и смерть – оказалось достоверно большей при комбинированном применении телмисартана и рамиприла, чем при использовании каждого из препаратов по отдельности.

Поэтому комбинированная терапия может назначаться с осторожностью у больных с выраженной (нефротической) протеинурией, если монотерапия не даёт эффекта. Роль протеинурии в прогрессировании ХБП и развитии кардиоваскулярных осложнений при данном состоянии рассмотрена выше. В качестве основных антипротеинурических лекарств (и одновременно антигипертензивных препаратов, а также средств рено – и кардиопротекции) при ХБП применяются иАПФ и БРА. Назначение представителей этих фармакологических групп обязательно в III стадии ХБП независимо от уровня АД. В то же время данные препараты во многих ситуациях должны рассматриваться и на более ранних стадиях ХБП.

иАПФ или БРА следует назначать больным с ХБП вне зависимости от уровня АД, поскольку они оказывают ренопротективное действие не только гемодинамическим путём. Тем не менее если уровень АД на фоне их применения не достигает оптимального (в большинстве случаев < 130/80 мм рт.ст. – см. выше), необходимо присоединение гипотензивных средств других фармакологических групп. Клиническим предиктором эффективности ренопротективного действия препаратов является частичная (суточная протеинурия < 2,5 г/сут) или полная (суточная протеинурия < 0,5 г/сут) ремиссия протеинурии через несколько недель или месяцев после начала приёма медикаментов.

При наличии избыточного веса (индекс массы тела > 27 кг/м²) необходимо добиться снижения массы тела, что усиливает антипротеинурический эффект препаратов. В С3-стадии ХБП назначение ингибиторов АПФ следует проводить на фоне малобелковой диеты: 0,6-0,8 г/кг массы тела, что также увеличивает антипротеинурический эффект иАПФ прямыми ингибиторами ренина (алискирен).

При недостаточном антипротеинурическом эффекте применения любого препарата одной из групп (иАПФ или БРА) они могут быть дополнены недигидропиридиновыми блокаторами кальциевых каналов (БКК). Ожидать приемлемый нефропротективный эффект от иАПФ или БРА можно только при строгом ограничении поваренной соли в рационе (не более 6 г/сут). В общем случае при выборе тактики антигипертензивной терапии у пациентов с ХБП следует руководствоваться действующими рекомендациями. У пациентов с ХБП необходима ранняя коррекция метаболических и гомеостатических нарушений, связанных с ренальной дисфункцией.

Дислипидемия, ожирение и метаболический синдром

Гиперлипидемия ухудшает прогноз любого почечного заболевания, а гипоплипидемическая терапия способствует сохранению функции почек.

Однако лишь в последнее время внимание исследователей было обращено на изучение связи между дислипидемией и функциональным состоянием почек у лиц без первичной патологии этого органа. В эпидемиологических исследованиях было

установлено, что гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия и низкие значения холестерина липопротеидов высокой плотности являются независимыми предикторами снижения функции почек в общей популяции условно здоровых людей.

Избыточная масса тела и ожирение ассоциируются со многими гемодинамическими, структурными и гистопатологическими alterations почек на фоне метаболических сдвигов, которые предшествуют этим повреждениям. У индивидуумов с наличием этих расстройств более вероятно развитие ХБП и терминальной почечной недостаточности. Люди с избыточной массой и ожирением более подвержены развитию микроальбуминурии и, по крайней мере при некоторых заболеваниях почек, нарастанию альбуминурии и скорости прогрессирования почечной дисфункции. У таких индивидуумов более вероятно появление сахарного диабета и гипертензии.

Диабетическая нефропатия, гипертонический нефросклероз, фокальный и сегментарный гломерулосклероз, рак почки, уратный и оксалатный нефролитиаз – наиболее часто встречающиеся нефрологические и урологические заболевания в популяции у людей с ожирением. Имеющиеся данные позволяют полагать, что клинические и нефропатологические проявления, ассоциированные с ожирением, могут подвергаться обратному развитию или регрессу на фоне редукции ожирения вследствие уменьшения калорийности питания или хирургических вмешательств, снижающих гастроинтестинальную абсорбцию энергосодержащих веществ.

Вероятность развития ХБП, очевидно, должна возрастать при сочетании нескольких факторов риска. Данное положение находит подтверждение, например, при метаболическом синдроме. Оказалось, что распространённость ХБП (СКФ < 60 мл/мин) в общей популяции увеличивалась с 0,9%, в случае наличия одного фактора риска, до 9,2%, если присутствовали все 5 признаков метаболического синдрома. Соответственно этому распространённость микроальбуминурии возросла с 4,9 до 20,1%.

С другой стороны, имеются данные, свидетельствующие о том, что значение метаболического синдрома как одного из потенциальных условий появления ХБП наиболее существенно у сравнительно молодых (моложе 60 лет) людей.

Целесообразность применения гиполлипидемических препаратов у больных ХБП определяется необходимостью замедления атерогенеза и прогрессирования почечного фиброза. В этих случаях вопрос о назначении гиполлипидемической терапии, и в частности статинов как наиболее эффективных и безопасных препаратов, должен решаться положительно. При этом надо иметь в виду, как показали результаты одного из метаанализов, включившего 50 исследований (30 144 пациента с различными стадиями ХБП), что по сравнению с плацебо статины достоверно уменьшают уровень общего холестерина в сыворотке крови, холестерина липопротеидов низкой плотности и суточной протеинурии.

Однако существенного влияния на СКФ зарегистрировано не было. Под воздействием статинов также отмечалось значимое уменьшение частоты фатальных и нефатальных нежелательных кардиоваскулярных событий. Тем не менее значимого эффекта в отношении общей смертности зарегистрировано не было. При этом позитивные последствия применения статинов существенно не зависели от стадии ХБП. Побочные эффекты препаратов отмечались редко и их частота достоверно не отличалась от таковой в группах пациентов, получающих плацебо. В любом случае дислипидемия у больных с ХБП С1-С3а-стадий следует лечить в соответствии с текущими рекомендациями, разработанными для общей популяции.

Анемия как предиктор развития гипертрофии левого желудочка и ИБС ассоциируется с ухудшением качества жизни, ростом кардиоваскулярных осложнений и увеличением частоты госпитализаций у пациентов с ХБП желудка. Развивающаяся вследствие угнетения секреции эритропоэтина и ухудшения снабжения костного мозга железом анемия способствует повышению нагрузки на сердце за счёт тахикардии и увеличения ударного объёма, что, в свою очередь, вызывает почечную вазоконстрикцию и задержку жидкости. В конечном итоге формируется замкнутый порочный патогенетический круг, описанный как «кардиоренальный анемический синдром», в котором ЗСН, ХБП и анемия взаимно усугубляют друг друга.

Коррекция анемии в С5д-стадии ХБП в настоящее время является одним из основных принципов ведения таких больных. Более сложно оценить подходы к коррекции анемии на додиализных стадиях ХБП. Можно

было ожидать, что раннее лечение анемии должно замедлять прогрессирование как почечных, так и кардиоваскулярных повреждений. При этом следует иметь в виду, что с учётом так называемых «плеотропных» эффектов эритропоэтина можно рассчитывать на его рено – и кардиопротекторные эффекты, независимо от влияния данного гормона на эритропоэз.

Однако следует иметь в виду, что результаты масштабных разработок привели к неоднозначным заключениям. В любом случае коррекция анемии требует осторожности, поскольку даже сравнительно невысокие уровни гемоглобина (более 120 г/л), которые могут быть достигнуты в процессе такого лечения, сопровождаются ухудшением почечного и кардиоваскулярного прогноза.

Лечебное питание. Хорошо известно, что высокое потребление белка (в первую очередь животного) ассоциируется со своеобразными гемодинамическими сдвигами в почках, которые выражаются в снижении почечного сосудистого сопротивления, нарастании почечного кровотока и гломерулярной ультрафильтрации. На этом фоне уменьшается коэффициент гломерулярной ультрафильтрации (Кф). Снижение Кф в данных условиях рассматривается в качестве реакции, призванной ограничить неконтролируемый рост СКФ в отдельном нефроне. Понятно, что в такой ситуации уменьшение величины Кф должно приводить к усугублению интрагломерулярной гипертензии. Очевидно, такие изменения могут способствовать акцелерации почечных повреждений по гемодинамическому механизму.

Однако влияние значительного количества протеинов в рационе на состояние почек не исчерпывается только гемодинамическими эффектами. Например, на фоне повышенного потребления белка наблюдается нарастание конечных продуктов гликирования, которые запускают сложный каскад реакций, включающий генерацию активных форм кислорода. Последние, в свою очередь, активируют сигнальные пути митогенактивируемых протеинкиназ, протеинкиназы С и активаторов транскрипции.

Это сопровождается нарастанием экспрессии провоспалительных (NF-каппаВ, моноцитарного хемоаттрактантного протеина-1, фактора некроза опухоли альфа) и профибротических (трансформирующего фактора роста-бета, фактора роста соединительной ткани, фактора роста тромбоцитарного происхождения) субстанций. В такой ситуации происходит трансформация канальцевых клеток в миофибробласты, что в конечном итоге приводит к тубулярной атрофии и фиброзу интерстиция. Свой вклад в формирование почечных повреждений в условиях высокого потребления белка вносят усугубление ацидоза и активация эндотелина-1.

Необходимо отметить, что вопрос о взаимоотношениях между потреблением белков и состоянием почек крайне сложен. По-видимому, такие взаимосвязи определяются не только количеством, но и качеством пищевого протеина. Есть основания считать, что растительные белки оказывают меньшую нагрузку на почки, чем животные. При этом протеины сои (даже при высоком потреблении белка) оказывают, возможно, не только меньшее негативное влияние на почечную гемодинамику, но и обладают кардиопротективным, нефропротективным и антисклеротическим действием.

В практике лечения больных в додиализных стадиях ХБП используется довольно много вариантов диетических предписаний, связанных с ограничением поступления белка, хотя результаты применения малобелковых диет (0,6-0,8-1,0 г белка/кг массы тела/сут) в плане замедления прогрессирования ХБП казались неоднозначными. Тем не менее последние анализы накопленных данных дают основания полагать, что ограничение белка в рационе действительно даёт умеренный позитивный эффект в плане почечного прогноза при ХБП.

Кроме того, есть немало свидетельств того, что включение в МБД смеси эссенциальных аминокислот и их кетааналогов приводит к замедлению прогрессирования ХБП. При этом длительное использование таких диет в додиализном периоде не сказывается негативно на результатах последующей заместительной терапии.

Наконец, опыт многолетнего использования МБД с включением соевого изолята SUPRO 760 (0,3-0,4 г белка/кг/ИМТ/сут на основе обычных продуктов питания плюс соевый изолят из расчёта 0,3-0,2 г белка/кг/ИМТ/сут) свидетельствует о том, что такие рационы действительно могут замедлить прогрессирование ХБП, по крайней мере у части больных.

(Окончание следует.)

Ориентируясь на благополучие человека

– Антон Олегович, во всём мире сегодня активно формируется так называемый здоровый стиль жизни. Насколько успешен этот процесс в нашей стране и в вашей медицинской организации?

– Сегодня ни для кого не секрет, что стремительное развитие современного общества определяет высокие требования к физическому здоровью населения. Вместе с тем гигантские темпы урбанизации, неблагоприятные экологические условия, множество иных негативных факторов создают предпосылки для ухудшения здоровья и трудоспособности населения. А ведь мощный ресурс любого современного государства – здоровье нации. Вот почему одним из приоритетных направлений современного здравоохранения становится развитие профилактической медицины, реабилитационной медицинской помощи с целью максимально полного восстановления или компенсации утраченных функций организма, быстрого возвращения пациентов к активной трудовой деятельности.

Во всяком государстве, тем более мощном, растущем, понятие «здоровье» – одно из основополагающих. В былые времена наше государство уделяло большое внимание планированию здравоохранения, придавая приоритетное значение превентивным мероприятиям. А потом об этом стали забывать. Поэтому меня радует набирающий в последнее время на государственном уровне тренд на укрепление здоровья каждого человека, здоровый образ жизни, качественное питание, отказ от вредных привычек, всестороннюю профилактику. Ещё в глубочайшей древности мудрые основоположники медицины заметили, что болезнь легче предупредить, чем лечить. Современная медицина развивается очень быстрыми темпами. Широко внедряются прорывные методики, технологии, алгоритмы в области профилактики, лечения, выявления, диагностики заболеваний, в том числе скрининговые обследования групп риска. Если лет 10 назад про диспансеризацию и скрининг мы говорили избирательно, то сейчас, в принципе, это государственная политика.

Наш центр тоже активно проводит диспансеризацию государственных гражданских служащих и иных категорий граждан, формирует у людей ответственное отношение к своему здоровью и изменению модели поведения, направленной на профилактику заболеваний, а для предотвращения распространения инфекционных заболеваний – иммунопрофилактику.

Говоря подробнее о нашей медицинской организации, следует подчеркнуть, что во многом это уникальное учреждение в Московском регионе, где предоставляется полный цикл (за исключением родовспоможения и ВМП) диагностических, лечебных мероприятий в рамках медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях, стационарной медицинской помощи, а также санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация. Наш центр в нынешнем виде – многопрофильная здравница, которая осуществляет лечение пациентов с заболеваниями различного профиля. Кроме того, принимаем на долечивание перенёсших нарушения мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, операции на сердце и магистральных сосудах и многое-многое другое. С моей точки зрения, только при условии системной организации профилактики, доврачебной, врачебной, высокотехнологичной медицинской помощи и, конечно же, санаторно-курортного лечения можно получать и желаемый результат, и экономический эффект.

Учреждение создано не так давно, в 2014 г. Оно объединило три

Оказавшись недавно по долгу службы на юго-западе Подмосковья, возвращаться пришлось по территории «новой Москвы». Немалый кусок Московской области с городами и россыпью деревень по велению российских властей в одночасье оказался внутри «старой и маленькой» столицы. Невольно приходится заново познавать «большую Москву». Одним из «ключей», которыми путешествующий открывает новый город, стал для меня сохранившийся с XVIII века дворцово-парковый ансамбль Вороново. Усадебный комплекс расположился на холмистой местности среди живописных привольных полей и лесных массивов. Ещё за несколько километров, с одного из поворотов Калужского шоссе, взор привлекают колокольня и блестящий на солнце купол церкви, а вскоре во всей красе предстаёт ухоженная усадьба с бывшим дворцом, Голландским домиком, конным двором, каретным сараем и главной достопримечательностью – парком. Одна из хозяек имени графиня и известная поэтесса Евдокия Ростопчина в стихотворении «Колокольчик» так описывает место, где любила жить и отдыхать: «Вот с мостика спустились на плотину, / Вот обогнули пруд, и сад, и дом... / Теперь поехали шагом... / Свернули в парк

Лечение и отдых

Новые реалии старинного Вороново

О важности выбора правильного пути к полноценной жизни



Антон Плотников

организации, имеющие многолетнюю историю: санаторий «Вороново» и две расположенные в центре Москвы поликлиники Минэкономразвития России, история которых началась в 1970-е годы, когда эти организации находились в ведомственном подчинении Госплана, в дальнейшем – Министерства экономического развития РФ.

Мы прекрасно осознаём, к чему нам следует стремиться. В лечении и сопровождении любого пациента очень важна преемственность. С этой целью мы создали единую медицинскую базу, обеспечивая полноценное лечение на госпитальном и амбулаторном этапах, а при показателях – на этапах реабилитации, санаторно-курортного лечения, долечивания. Не стремимся только стать узкоспециализированным стационаром, всем же остальным мы располагаем. Поэтому каждого пациента наши доктора опекают. Например, у нас нет высокотехнологичной медицинской помощи, и специалисты обязательно сопровождают пациента, помогают ему подобрать стационар, и тот после получения услуги возвращается к своему лечащему врачу. Мы активно взаимодействуем с различными медицинскими организациями для получения консультативной помощи, направленной на высокотехнологичные методы лечения, а также для плановой госпитализации пациентов.

В учреждении трудятся высококвалифицированные специалисты с многолетним опытом. Из 359 врачей подавляющее большинство имеют высшую квалификационную категорию, 76 кандидатов наук, 7 докторов медицинских наук, 3 профессора. В качестве консультантов выступают ведущие специалисты страны, например,

директор научно-образовательной клиники центра неврологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Н.Яхно, заведующий кафедрой эндокринологии и диабетологии Московского государственного медико-стоматологического университета профессор А.Мкртумян, директор Московского клинического научного центра, главный онколог Департамента здравоохранения Москвы, профессор И.Хатьков и многие другие. Участие в научной деятельности, повышение квалификации являются обязательными условиями для наших сотрудников, так как современный уровень знаний и умений обеспечивает оказание качественной медицинской помощи. Наши коллеги принимают участие в научных мероприятиях как в нашей стране, так и за рубежом. Опубликованные статьи врачей учреждения можно увидеть в различных медицинских изданиях.

Государственной программой РФ «Развитие здравоохранения» предусмотрено дальнейшее повышение эффективности первичной медико-санитарной помощи населению, направленное на раннее выявление заболеваний, предотвращение осложнений, формирование единых принципов маршрутизации потоков пациентов. Поэтому повторюсь, что важнейшим направлением политики в области охраны здоровья и нашего лечебного учреждения является формирование у населения здорового образа жизни, укрепление здоровья людей, своевременная диагностика и качественное лечение с использованием современных знаний и технологий.

Санкур – в зоне особого внимания

– Вы отмечаете, что санаторно-курортному лечению принадлежит существенная роль в здоровьесбережении. Не кажется ли вам, что, несмотря на декларацию, это направление до сих пор находится в положении Золушки?

– Действительно, продолжительное время тема санаторно-курортного лечения отодвигалась на задний план. Мне всегда было непонятно, почему этой проблематике не уделяют достойного внимания. Развитие высокотехнологичной медпомощи, поддержка первичного звена – глобальные перемены в этих направлениях не могут не радовать. Но ведь и без санкура нам просто не обойтись!

аллею старинной...» Кажется, и сегодня тут практически ничего не изменилось, такая же благодать. Видимо, вследствие своей отдалённости усадьба сохранила непосредственность и обаяние. Разве что на берегу пруда посреди лесной чащи выросло монументальное, необычной архитектуры здание переменного рельефа, прямо скажем, яркое проявление «брутального модернизма». Прежде здесь располагался дом отдыха работников Госплана СССР, а нынче – одно из подразделений Лечебно-реабилитационного центра Минэкономразвития России. При этом на огромной территории площадью под 300 га органично сосуществует новое и старое, история и современность.

Прогуливаясь с директором Лечебно-реабилитационного центра Антоном ПЛОТНИКОВЫМ среди величавой красоты аллеи парка и зеркального пруда, вслушиваясь в застывшую многозначительность древних зданий, мы беседуем о перспективах санаторно-курортного сектора, о сегодняшнем дне и будущем здравницы, о том, как в нынешних условиях добиваться желаемого результата оздоровления и экономического эффекта.

До недавних пор действующими оставались нормативные документы, принятые много лет назад, в том числе ещё в СССР. И вот Минздрав чётко озвучил идею возрождения санаторно-курортного дела, поставил задачу не просто вернуться к существовавшей модели, а реализовать её на новом уровне, используя современные подходы. Кстати, в 2016 г. своим приказом Минздрав России утвердил «Порядок оказания санаторно-курортной помощи», а раньше – аналогичный «Порядок медицинской реабилитации». На этапе обсуждения проекта «Порядка оказания санаторно-курортной помощи» мы принимали самое активное участие, вносили свои предложения, и мне приятно, что многие из них были учтены.

Совсем недавно Президент России В.Путин провёл заседание Госсовета в Белокурихе, где дал поручение правительству по определению государственной политики в области стратегических вопросов развития санаторно-курортных зон и комплексов, по поддержке санаторно-курортного лечения. Это добрый знак,

рортного лечения актуализируется. Регулярное оздоровление в условиях санатория позволяет значительно увеличить продолжительность жизни, минимизировать воздействие негативных факторов на здоровье, снижает временную и стойкую нетрудоспособность. Наш санаторий, как вы заметили, расположенный в зоне реликтовых хвойных лесов Московского региона, сегодня является современным многопрофильным лечебно-диагностическим центром, где предоставляются полный спектр диагностических возможностей с использованием аппаратуры экспертного класса, эффективное лечение в рамках санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, оздоровительный отдых. Мы развиваемся в трёх направлениях. Во-первых, оказываем амбулаторно-поликлиническую помощь в виде различных исследований, диагностики, консультации узких специалистов, проводим лечение в дневном стационаре. Второе направление – традиционное санаторно-курортное лечение, это наша «классика». И в-третьих, развиваем медицинскую реабили-



Дворцово-парковый ансамбль

который не может не радовать специалистов. Даже при том, что финансирование здравоохранения сегодня находится не на высоте, очевидно, что государство считает это направление важным. Хотелось бы надеяться, что благодаря таким мерам санаторно-курортный сектор начнёт развиваться более ускоренными темпами и вследствие этого станет работать более эффективно.

Оказание профилактической, реабилитационной медицинской помощи в рамках санаторно-ку-

ратию в амбулаторных условиях и круглосуточном стационаре, используя для этого современное оборудование. Реабилитация является очень мощной и необходимой составляющей лечебного процесса. Этот этап абсолютно незаменим для возвращения пациента к полноценной жизни. Не все это понимают – и пациенты, и даже врачи.

Замечу попутно, что многие люди ни разу в своей жизни не ощутили вкуса санаторно-курортного лечения, а потому абсолютно

не информированы о его возможностях. Им просто невдомёк, что очень многие направления превентивной медицины можно более успешно реализовать именно в условиях санатория. Коснусь ещё одной проблемы. Дело в том, что возможность высокоэффективного санаторно-курортного лечения в своей природной зоне является альтернативой выездному туризму с целью оздоровления. Кратковременная смена временных и климатических поясов зачастую неблагоприятно отражается на здоровье, что особенно актуально для пожилых и детей. Считаю, что в ряде случаев необходимо чётко ориентироваться на бесстрессовый отдых и санаторно-курортное лечение в своих климатических зонах. Важно, что при этом оздоровление проходит в привычных условиях. Не надо сбрасывать со счетов то, что даже одно общение человека с природой гармонизирует его душу, приводит в порядок весь организм. Не зря Ф.Достоевский устами своего героя замечал: «Знаете, я не понимаю, как можно проходить мимо дерева и не быть счастливым, что видишь его». Природа средней полосы – это не только живописные пейзажи, но и настоящий клад здоровья, заключённый в здешних благодатных местах. Недаром вдохновение в ней черпали многие писатели, художники, музыканты. Вот и современному человеку, перегруженному суетой, дымом заводских труб, выхлопными газами нужен чистый свежий воздух, напоённый ароматами трав и деревьев, необходимо созерцание живой природы, частью которой он является. Я убеждён, что не за горами то время, когда санаторно-курортная система начнёт переживать свой ренессанс.

В союзники – спорт

– Согласитесь ли вы со мной в том, что, помимо лечения и профилактики, врачам необходимо личным примером формировать здоровый образ жизни?

– В этом есть своя логика. Каждый врач, помимо прочего, ещё и образец для пациентов. Наши специалисты – профессионалы в области восстановительного лечения и оздоровления. Подчас они ломают устоявшиеся поведенческие стереотипы, формируют новые. Например, это касается диетологии и полезного питания. Некоторые люди привыкли к тяжёлой, не всегда полезной еде и стали заложниками своей беды. Наши доктора предупреждают пациента, что он не должен забывать, например, о своём сахарном диабете 2-го типа или избыточном весе. Но не все могут и хотят вести здоровый образ жизни. К стати, информация обо всех пациентах собирается у эндокринолога, который проводит индивидуальные беседы, наблюдает пациентов, ведёт контроль состояния здоровья, подбирает особое питание, сообщая информацию диетсёстрам в пищеблок. Мы стараемся прививать людям культуру питания, ведь далеко не все и не всегда осознают вред неправильной еды. Врач обязан помогать человеку и в этом. Еда должна быть полноценной и здоровой. Некоторые отдыхающие вспоминают, что прежде, когда это был дом отдыха, здесь работали бары, где продавали алкогольные напитки, табачные изделия. Имелись даже номера для курящих. Мы это ликвидировали. И в первое время отмечался шквал недовольства. Но это наше основное табу. Если кто-то не желает отдыхать у нас – рынок огромен, может найти другое место для «отдыха и оздоровления». Открывать в санатории ресторан с алкоголем или пивной бар мы считаем недопустимым.

Что касается активности, человек самой природой запрограммирован на это. В движении – жизнь. На протяжении многих лет Вороново служит лучшей и удобной базой для корпоративного отдыха. Здесь мы развиваем, в частности, семейный

отдых. Займёмся при этом о духовно-нравственном воспитании, культурном развитии, укрепляя тем самым семейные ценности.

В целях формирования физической культуры, здорового образа жизни среди сотрудников доброй традицией стало проведение Минэкономразвития спартакиады. В этом году она прошла в 4-й раз. Открылось действие красочным шоу, представлением команд и судей, поднятием государственно-го флага. В спартакиаде приняли участие около 650 сотрудников министерства и членов их семей, в том числе более 80 детей. В рамках спортивного мероприятия были проведены турниры по мини-футболу, волейболу, стрельбе из лука, перетягиванию каната, бочке, лазертагу, сумо-футболу, гребле на «лодках-драконах». Комментатор окрашивал соревнования своими искромётными текстами, привнося дополнительный ажиотаж и разжигая дух соперничества. Семейное единство, задор и отвагу участники продемонстрировали в уже любимой семейной эстафете. В распоряжении юных спортсменов были творческие мастер-классы, аквагим, детские квесты и др. Каждый желающий мог поиграть в бильярд, аэрохоккей, бадминтон, настольный теннис, воспользоваться бассейном, прогулочными катамаранами, велосипедами, покататься на лошадях. Все отметили позитивную атмосферу праздника. Соревнования проходили на улице, и чистый воздух, красивейшая природа, довольные лица взрослых и ребятни, безусловно, способствовали прекрасному настрою. Такие мероприятия мы намерены продолжать.

О развитии ЛРЦ

– Какие ещё планы намерены реализовать?

– Их множество, всех не перечислить. Мы чётко понимаем, каким путём двигаться, как развиваться. Будем продолжать возрождение усадьбы и исторического парка, а также развитие современного спортивно-оздоровительного комплекса.

В этом году нашему учреждению 50 лет. С гордостью можно сказать, что нам удалось сохранить лучшие традиции и приумножить сделанное. Отнюдь не случайно Лечебно-реабилитационный центр Минэкономразвития России, по данным рейтинговых агентств и страховых компаний, вошёл в число лучших медицинских учреждений Москвы. Мы работаем как в системе обязательного медицинского страхования, так и в системе ДМС, а средства, полученные от приносящей доход деятельности, используем для развития материально-технической базы.

Достигая определённых задач, мы всякий раз поднимаем планку чуть выше и идём дальше. Понятно, что чудес сразу не бывает. Первым этапом перехода на качественно иной уровень стало получение нового статуса нашего учреждения, который мы приобрели в результате преобразования дома отдыха в санаторий. Второй этап – открытие в санатории современного медицинского центра, оборудованного по последнему слову техники. Третий этап – объединение в 2014 г. А в настоящее время мы развиваем все направления: санаторно-курортное лечение, амбулаторную помощь, медицинскую реабилитацию. Надеемся, хватит сил расти и развиваться дальше. Нам сообщать предстоит всемерное поддерживать и улучшать те процессы, которые мы внедрились, начиная с совершенствования работы с персоналом и заканчивая использованием новых медицинских технологий. Всё это делаем ради одного – укрепления здоровья сотрудников Минэкономразвития России, всех россиян, граждан СНГ и иностранных государств, которые обращаются к нам за первоклассным лечением и возможностью прекрасно отдохнуть.

Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Открытия, находки

Ядерная реакция как средство против опухоли

Новосибирские физики решили одну из важнейших задач онкологии

Россия стала первой в мире страной, где создан оптимальный ускорительный источник нейтронов для медицинских целей. Появление такого ускорителя даёт возможность проводить лечение онкологических больных методом бор-нейтронозахватной терапии. Речь идёт, в частности, о глиобластоме головного мозга и других опухолях, которые практически не поддаются воздействию существующих методов.

К истории вопроса

Бор-нейтронозахватная терапия представляет собой следующий процесс. Первым этапом больному вводят препарат, содержащий изотоп бора. Как показали исследования, опухолевые клетки накапливают это вещество гораздо активнее, чем здоровые, благодаря чему максимальная концентрация бора-10 достигается именно в злокачественном новообразовании. Вторым этапом проводится лучевая терапия нейтронами, которые хорошо захватываются ядрами бора. А далее, говорят физики, происходит процесс, аналогичный ядерной реакции, в результате чего раковая клетка погибает. Здоровые же клетки в этой «ядерной войне» выживают.

Как поясняют в Сибирском отделении РАН, впервые в научном мире идея использовать нейтроны в медицинских целях была высказана ещё в 1936 г. В 70-е годы в Японии начали отрабатывать технологию бор-нейтронозахватной терапии на ядерных реакторах и получали весьма многообещающие результаты. Есть сведения о том, что японские хирурги проводили операцию и лучевую терапию больным глиобластомой мозга в один этап и в одном месте: непосредственно на ядерном реакторе для этой цели была оборудована операционная. Непосредственно после удаления опухоли пациенту вводили изотоп бора и облучали зону хирургического вмешательства потоком тепловых нейтронов. Один из японских пациентов с диагнозом «глиобластома», пролеченный таким образом, прожил ещё 21 год.

Однако аварии на Чернобыльской АЭС, а затем на Фукусиме повлекли полный запрет на использование ядерных реакторов в медицинских целях. Собственно, этим и была вызвана необходимость создать иной, исключительно мирный источник нейтронов. Из всех научных коллективов мира именно сотрудники новосибирского Института ядерной физики им Г.И.Будкера СО РАН первыми успешно решили данную задачу.

Что в перспективе?

Теперь дело за малым: государство либо частные инвесторы должны проявить к этому научному прорыву должный интерес, тогда появятся и российские клиники, где будет применяться бор-нейтронозахватная терапия (БНЗТ). К стати, первая из них может появиться именно в Новосибирске, на «родине» ускорителя.



Так выглядит первый российский ускоритель для БНЗТ

О своём намерении реализовать данный проект заявили Новосибирский государственный университет и его партнёры – несколько российских научных организаций.

Правда, на воплощение идеи здесь отводятся не меньше 5 лет даже при условии достаточного финансирования: ядерная медицина – слишком серьёзный раздел, горячка здесь недопустима. За эти годы, уточняют в НГУ, предстоит провести цикл научных исследований, предклинических испытаний на клетках, культурах и лабораторных животных, а затем отработать собственно медицинскую технологию лечения методом БНЗТ на источнике эпитепловых нейтронов, сконструированном в Институте ядерной физики. Параллельно физики ИЯФ будут работать над созданием модернизированной установки с удвоенными и даже утроенными параметрами потока нейтронов, чтобы сократить время однократной лучевой терапии до 1 часа, что считается максимально эффективным.

В это же время Институт элементарных соединений РАН (Москва) займётся разработкой технологии синтеза бор-содержащих препаратов, а Новосибирский институт органической химии им. Н.Н.Ворожцова СО РАН – изготовлением этой субстанции. Создание отечественных препаратов бора даст возможность существенно снизить стоимость лучевой терапии. Компьютерное моделирование самой процедуры лечения берётся обеспечить Институт гидродинамики им. М.А.Лаврентьева СО РАН. А на этапе клинических испытаний к проекту подключится Томский институт онкологии СО РАН.

В проекте также участвуют биологи из отдела радиационной медицины Университета Оксфорда (Великобритания) и Университета Цукуба (Япония). Последние уже приезжали в Новосибирск и вместе с учёными Института ядерной физики и Институтом молекулярной и клеточной биологии СО РАН провели первый в мире эксперимент по использованию ускорительного источника нейтронов для бор-нейтронозахватной терапии рака. В качестве объекта терапии они использовали различные клеточные культуры, в том числе глиому головного мозга.

– Мы использовали этот метод

для лечения больных с глиобластомой, как наиболее ярким примером инвазивной опухоли, а также другими видами опухолей головы и шеи, меланомой. То есть на данном этапе, чтобы получить ожидаемый результат, можно с использованием более высокой энергии нейтронов проводить эту терапию не только в отношении поверхностных опухолей, но и «глубоких» опухолей, – прокомментировал профессор отделения нейрохирургии Университета Цукуба Кей Накай.

Собственно, тогда и стало очевидно, что ускоритель, созданный российскими физиками-ядерщиками, полностью отвечает задачам онкологии. Добиться этого было нелегко, ведь, чтобы методика БНЗТ могла быть применена в клинической практике, должны выполняться два основных требования.

– Первое: необходимы такие препараты адресной доставки бора, которые обеспечивали бы накопление его в опухолевых клетках в достаточно высокой концентрации, в несколько раз превосходящей содержание его в рядом расположенных здоровых тканях. Второе: нужно создать пучок нейтронов с энергиями надтеплого диапазона: не быстрых и не медленных, а промежуточных. Оказалось, что сгенерировать его очень трудно. Для решения задачи генерации нейтронов было предложено использовать ускоритель очень необычной схемы. Существовал огромный риск, что вообще ничего не получится. Нам пришлось пройти длинный путь. В 2003 г. мы начали изготавливать установку, в 2007 г. она наконец заработала, но только в конце 2015 г. был получен пучок протонов, по своим характеристикам близкий к требуемому, – говорит ведущий научный сотрудник ИЯФ СО РАН, доктор физико-математических наук Сергей Таскаев.

Теперь главное – не упустить приоритет, чтобы России не пришлось в скором времени покупать ускорители для проведения бор-нейтронозахватной терапии у той же Японии или другой страны, где путь от научной лаборатории до клиники значительно более прямой и короткий.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото предоставлено СО РАН.

Старинный живописный город на Волге отнюдь не случайно был выбран в качестве места проведения столь масштабного мероприятия, как I Всероссийская GMP конференция. В стратегии развития фармацевтической промышленности на период до 2020 г. («Фарма-2020») Ярославской области отведено особое место. Ярославский фармацевтический кластер занимает видное место среди подобных агломераций других регионов страны. Здесь сосредоточено 6 высокотехнологичных лекарственных производств, ведётся активная научно-исследовательская работа, в вузах и средних учебных заведениях готовятся профильные кадры. Внедрять стандарты GMP здесь есть где и кому. Есть и позитивный опыт, которым можно поделиться с коллегами.

Трёхдневная конференция была организована Министерством промышленности и торговли РФ, а также Государственным институтом лекарственных средств и надлежащих практик Минпромторга России (ГИЛС и НП). В её работе приняли участие руководящие работники Минздрава России, различных регуляторных органов власти, представители 70 отечественных и иностранных фармпредприятий, профильных ассоциаций (всего более 300 человек).



Сергей Цыб

Церемонию открытия посетил исполняющий обязанности губернатора Ярославской области Дмитрий Миронов. Он пожелал успешной работы форуму и выразил надежду, что Минпромторг России сделает проведение GMP-конференций на ярославской земле ежегодным.

Стимул для инвестиций

Сергей Цыб, заместитель министра промышленности и торговли РФ, в своём приветственном выступлении рассказал о ходе реализации стратегии «Фарма – 2020». Он отметил, что введение стандартов GMP дополнительно стимулировало инвестиции в развитие фармацевтической отрасли России: за последние 5 лет проинвестировано более 120 млрд руб., открыто свыше 20 производственных площадок (только в сентябре этого года – 3). Темпы прироста фармацевтического про-

изводства самые высокие из всех производственных отраслей страны. Стандарты GMP также дали мощный стимул развитию контрольно-разрешительной системы в РФ. Внесены соответствующие изменения в нормативную документацию. Сформирован инспекторат из крупных специалистов в данной области. Все они имеют профильное образование, большой опыт работы, многие прошли стажировку за рубежом в различных профильных учреждениях, например в Фармацевтическом колледже Дании. Внедрение надлежащей производственной, а также лабораторной и клинической практики – это архиважная задача для российской фарминдустрии и создания системы, которая генерировала бы качественные лекарственные средства, с одной



Елена Максимкина

Деловые встречи

GMP как фактор роста

В Ярославле прошла конференция, посвящённая внедрению Правил надлежащей производственной практики

сторону, а с другой – способствовала развитию всех направлений в области фармацевтического обращения. Обмен опытом, мнениями и конструктивные дискуссии на конференции, несомненно, должны помочь в реализации этих планов.

Тернистый путь

Директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России Елена Максимкина напомнила, как непрост был путь перехода фармпромышленности на стандарты надлежащей производственной практики. Ещё в 2010 г. среди названий мероприятий, посвящённых этой теме, можно было встретить и такие: «GMP. Благо или обременение?» Сегодня можно с уверенностью сказать, что благо. Российская Федерация идёт в общемировом тренде, предъявляет высокие требования к качеству производств, как отечественных, так и зарубежных.

По данному направлению Министерство здравоохранения работает в тесной связке с Минпромторгом и другими ведомствами. Минздрав фактически был инициатором того, чтобы в регистрационных досье подаваемых на государственную регистрацию субстанций и готовых лекарственных форм появились заключения инспектората в отношении зарубежных производственных площадок. И раньше было понятно, что документы, которые предоставлялись фармкомпаниями без соответствующего подтверждения, отнюдь не всегда соответствовали реальному положению дел. Однако действенного механизма контроля не было. Теперь он есть.

В рамках системы GMP за Министерством здравоохранения закреплена такая важная функция, как аттестация уполномоченных по качеству. Это сложная и ответственная работа, поскольку данным лицам приходится отвечать в целом за производство. На июль текущего года аттестован 601 человек.

Результаты работы конференции, считает Е.Максимкина, будут востребованы. Она призвала всех участников форума активнее высказываться по его завершении, что на нём было более полезно, что менее, какие новые форматы работы с аудиторией следует практиковать.

Инспекция в деталях

В рамках панельных дискуссий в ходе совещания были представлены доклады, посвящённые конкретным вопросам инспектирования предприятий. Один из них был сделан заместителем начальника отдела инспектирования производства лекарственных средств ГИЛС и НП Мадиной Соттаевой. Наряду с прочим в докладе были сформулированы основные требования к производству и контролю качества продукции.

Так, все производственные процессы на предприятии должны быть чётко определены и валидированы. Персонал, помещения, оборудование, исходное сырьё и материалы, условия хранения и транспортировки лекарственных средств должны отвечать соответствующим требованиям. Необходим полный и точный учёт. Все отклонения от требований оформляются документально и расследуются с целью определения причины отклонения и реализации системы корректирующих и/или предупреждающих мер CAPA (CAPA – corrective action/prevention action).

Для контроля качества необходимы ресурсы – помещения, оборудование, обученный персонал, утверждённые методики. Активные фармацевтические субстанции, готовые лекарственные продукты должны соответствовать определённым требованиям. Осуществляется отбор проб, проводятся испытания, их результаты сопоставляются с требованиями спецификаций. Ведётся строгое документирование, отклонения расследуются.

Согласно постановлению Правительства РФ № 1314 от 03.12.2015 инспекторами в срок, не превышающий 30 календарных дней со дня окончания инспектирования, составляется инспекционный отчёт. Выявленные несоответствия (нарушения) требованиям Правил надлежащей производственной

организации микробиологических лабораторий с разделением на «грязную» и «чистую» зоны. В Европейском союзе такие требования отсутствуют. Классификации микроорганизмов по группам патогенности в России и Евросоюзе различные. В результате аудитов производителей выявляются несоответствия в организации микробиологических лабораторий и риск контаминации при проведении микробиологических анализов.

Российские фармпроизводители получают замечания со стороны зарубежных аудиторов по валидации процессов и компьютерных систем в связи с отсутствием в РФ нормативной документации, регламентирующей соответствующие требования.

А вот конкретное предложение: необходимо создать методическую учебную организацию, подобную

практики классифицируются в соответствии с приказом Минпромторга России № 261 от 04.02.2016. Этим приказом определены три категории несоответствия: критические, существенные и несущественные.

В случае успешного прохождения GMP-инспекции выдаётся «Заключение о соответствии производителя (иностранного производителя) лекарственных средств для медицинского применения требованиям Правил надлежащей производственной практики».

ECA (European Compliance Academy – Европейская академия соответствия), на семинарах которой специалисты в области GMP обучают представителей промышленности различным аспектам GMP как теоретически, так и на конкретных примерах из практики.

* * *

В интервью представителям СМИ директор ГИЛС и НП Минпромторга России Владислав Шестаков, оценивая конференцию, особо отметил большую заинтересованность



Во время работы конференции

Предложения есть?

Они были. И немало. Столь сложная система, как Правила надлежащей производственной практики, требует постоянного совершенствования и гармонизации с зарубежными стандартами, о чём неоднократно говорили в ходе дискуссий.

В российских санитарно-эпидемиологических правилах, например, изложены требования

со стороны фармпроизводителей. Проблематика GMP волнует не только министерство и институт, но и всю отрасль, а значит, можно надеяться, что внедрение Правил надлежащей производственной практики будет идти быстрее и не столь болезненно.

Тимофей КОЗЛОВ,
спец. корр. «МГ».

Фото автора.

Проблемы и решения

В Ярославле в торжественной обстановке открыли линию по производству моноклональных антител для лечения аутоиммунных и онкологических заболеваний. Она создана на площадке фармацевтического комплекса российской компании «Р-Фарм» и являет собой практическое воплощение принципов GMP.

Как рассказал генеральный директор «Р-Фарм» Василий Игнатьев, производственная линия оснащена гибкой интегрируемой платформой FlexFactory. Такая

На базе гибких технологий

технология основывается на использовании одноразовых элементов, что имеет особую важность в биотехнологическом производстве. Требования к стерильности здесь гораздо выше, чем при химическом синтезе, и данная технология позволяет многократно снизить риск контаминации – загрязнения продукции посторонними веществами. Кроме того, произ-

водственный процесс ускоряется и удешевляется, поскольку отпадает необходимость в долгой, трудоёмкой и дорогостоящей стерилизации узловых компонентов.

По словам Сергея Цыба, заместителя министра промышленности и торговли России, подтверждением тому, что ориентиры стратегии «Фарма – 2020» выбраны правильно, является, в том числе, появ-

ление новой биотехнологической линии в Ярославле. Во время церемонии открытия Ольга Колотилова, директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России, отметила успехи в плане локализации фармацевтических производств. За последние 5 лет объём лекарственных средств, произведённых в России, удвоился, а

по реализации программы «Семь нозологий» доля закупаемых государством российских препаратов возросла с 4% в 2009 г. до 35% в текущем году. О.Колотилова выразила уверенность, что открытие новой платформы на заводе «Р-Фарм» будет способствовать укреплению этой тенденции.

Владимир СЕМЯКИН.

Выводы

Возвращение к жизни

Смерть наступает, когда умирает мозг человека. Сотрудники американской биотехнологической компании Bioquark собираются доказать, что главный человеческий орган можно «оживить» искусственным путём. Неужели это шаг к бессмертию?..

После гибели клеток мозга тело можно поддерживать в вегетативном состоянии, но вряд ли пациент когда-нибудь вернётся к нормальной жизнедеятельности.

Именно мозг отвечает за все процессы в организме. Даже если у человека остановилось сердце, а мозг продолжает функционировать, его ещё можно вернуть к жизни. Случаи, когда люди в результате болезни или травмы впадают в кому, встречаются достаточно часто. Иногда происходит выход из комы, но только не в случае смерти головного мозга. Однако в некоторых случаях жизнь пациента продолжает поддерживаться искусственно, несмотря на то что мозг мёртв. Это делается, как правило, по настоянию родственников, которые надеются, что близкий человек рано или поздно придёт в себя. Понятно, что поддержание «искусственной жизни» — «удовольствие» не из дешёвых. Поэтому позволить себе такую «услугу» может далеко не каждая семья. Так что чаще всего в обычных ситуациях, если констатируется гибель мозга, медики просто отключают аппаратуру.

Коматозное состояние является постоянным объектом научных исследований. Так, долгое время врачи были уверены, что в коматозной фазе мозг пациента спит, и он не способен осознавать, что происходит вокруг. Хотя известно

немало случаев, свидетельствующих об обратном.

В 2000 г. канадец Скотт Раутли попал в аварию и в результате полученных травм впал в кому. Интересно, что, несмотря на коматозное состояние, пациент мог открывать глаза, шевелить пальцами и различать день и ночь. Этим случаем заинтересовался профессор Эдриан Оуэн из Кембриджского университета, который вместе с коллегами разработал специальную технику, позволяющую «читать» мысли людей, находящихся в коме. Просканировав мозг Скотта, исследователи задали ему ряд вопросов, на которые предполагался либо положительный, либо отрицательный ответ. При этом томограф фиксировал любые проявления активности в мозгу. Учёные пришли к выводу, что Скотт осознаёт, кто он и где находится, и реагирует на внешние раздражители. В частности, он «ответил», что не ощущает боли.

Профессор Оуэн проводил подобные опыты и с другими пациентами, и практически во всех случаях были достигнуты аналогичные результаты. Так, группа британских и бельгийских нейрофизиологов обследовала 23-летнюю девушку, у которой после автокатастрофы оказался поражён мозг. Пациентка не могла ни двигаться, ни говорить. Когда учёные попросили девушку представить, будто она играет в теннис, сканирование выявило всплеск активности в тех частях мозга, которые отвечают за двигательные функции. То же самое наблюдалось и при сканировании мозга здоровых волонтеров, принявших участие в эксперименте.

Недавно руководство компа-

нии Bioquark запустило проект ReAnima, цель которого — исследовать перспективы новейших биомедицинских технологий для «реанимации» головного мозга. Планируется организовать клинические испытания, в которых примет участие группа жителей Великобритании и США в возрасте от 15 до 65 лет, получивших черепно-мозговые травмы и относящихся к категории так называемых «живых трупов». Все они официально признаны мёртвыми, и их жизнь сейчас поддерживается искусственно с помощью приборов.

Хотя люди лишены особых возможностей регенерации центральной нервной системы, многие виды (амфибии, планарии и некоторые рыбы) могут чинить и оживлять участки своего мозга и его стволовой части даже после опасных для жизни травм. А почему бы не предположить, что и с человеческим мозгом можно проделать то же самое? Таким образом рассуждают исследователи и хотят попытаться оживить ткани мозга с помощью пептидов, стволовых клеток, лазерного воздействия, а также стимуляции нервных окончаний. Они надеются уже через 2-3 месяца после начала испытаний увидеть первые признаки мозговой активности на границе верхнего отдела спинного мозга и нижней зоны мозгового ствола, ответственной, в частности, за дыхание и сердцебиение. Но, возможно, впоследствии удастся продвинуться ещё дальше и смерть мозга уже не будет считаться необратимым процессом.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The New York Times.

Неужели?

Истязание нашего времени

По мнению Пола Келли, профессора Оксфордского университета, и его коллег, необходимость ежедневно вставать на работу к 9 утра — самая распространённая пытка в современном обществе.

Подобный распорядок дня для нас не подходит. Он расходится с нашими циркадными ритмами.

Внутренние органы, такие как сердце или печень, работают по

другому расписанию, и изменить его нельзя. А вот перенести начало рабочего дня на 10 часов утра — можно. Учёные отмечают: 8-часовой рабочий день был введён в Великобритании в XVIII веке для круглосуточной работы фабрик и заводов. Экономическая ситуация с тех пор сильно изменилась, что позволяет перенести начало рабочего дня.

Кстати, в одной британской школе провели эксперимент. Начало

занятий перенесли с 8:30 на 10 утра. Благодаря этому успеваемость школьников повысилась на 19%. Специалисты добавляют: стресс, вызванный нарушениями сна, повышает риск хронических заболеваний. Продуктивность сотрудников снижается, они часто берут больничные, и компании теряют деньги. Внесение предложенных учёными изменений поможет это предотвратить.

Олег ПЕТРЕНКО.

По материалам Interfax.

Однако

Такие разные, даже во сне

Как известно, хороший сон — это не только залог здоровья и хорошего настроения, но и дополнительная гарантия безопасности. Люди, у которых наблюдаются проблемы со сном, могут уснуть на работе или даже за рулём. Также они находятся в зоне риска по депрессии, ожирению, болезням сердечно-сосудистой системы.

По данным исследований, женщины страдают бессонницей в 2 раза чаще мужчин. Учёные из Университетов МакГилла и Далхаузи в Канаде, а также Колумбийского университета в США определили разницу между сном мужчины и сном женщины.

Ранее эта же научная группа проводила изыскания, в результате которых выяснилось, что

сон женщины зависит от фазы её менструального цикла. Сейчас исследователи под руководством Дианы Боивин проанализировали сон 11 женщин в различных фазах цикла (принимая во внимание также то, употребляют ли они гормональные контрацептивы) и 15 мужчин.

Всего участникам исследования было предложено 36 циклов, 60 минут бодрствования сменялись 60 минутами, когда можно было поспать. В процессе работы измерялись такие показатели, как концентрация мелатонина в слюне, температура тела, насколько мужчины и женщины бдительны и как крепко они спят.

Итоговые данные показали, что женщины в среднем засыпают и просыпаются позже мужчин. Что касалось бдительности, пре-

красный пол уступал сильному, то есть, если дело доходит до ночных смен, мужчина работает лучше, так как он более внимателен. Действия, требующие подключения когнитивной функции мозга, также были более затруднительны для женщин, чем для мужчин.

Д.Боивин отметила, что результаты исследования объясняют, почему женщины могут чувствовать себя уставшими по утрам, встав слишком рано. Кроме того, она и её коллеги предполагают, что понимание разницы между женским и мужским сном поможет при разработке терапии расстройств сна.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации Medical News Today.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» (местность приравнена к району Крайнего Севера)

приглашает на постоянное трудоустройство врачей следующих специальностей:

- ✓ уролога
- ✓ оториноларинголога
- ✓ эндокринолога
- ✓ кардиолога
- ✓ педиатра участкового.
- ✓ инфекциониста
- ✓ эндокринолога детского
- ✓ терапевта участкового
- ✓ психиатра нарколога детского

Предоставляется служебное жильё.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-41-20 — отдел управления персоналом

8 (912) 080-80-48 — заместитель главного врача

по поликлинической работе

8 (950) 511-57-83 — заместитель главного врача по детству.

Официальный сайт: совбольница.рф

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский, ХМАО-Югра 628240.

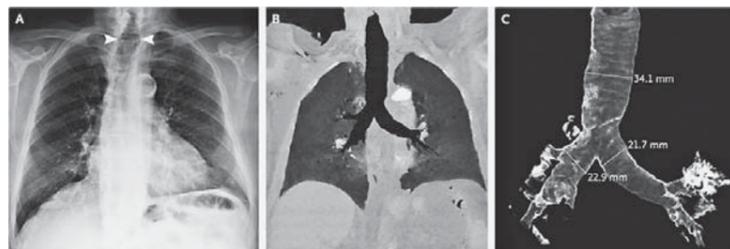
Резюме направлять по E-mail: sovhospital@совбольница.рф.

Более подробную информацию о нашем учреждении можно

получить на официальном сайте www.совбольница.рф

Клинический случай

Трахеобронхомегалия. Образы патологии



84-летний пациент с симптомами тяжёлого стеноза аортальных клапанов поступил для проведения имплантации транс-аортального клапана аорты под общей анестезией.

В анамнезе больного имелись указания на хронический бронхит и рецидивирующие респираторные инфекции. После эндотрахеальной интубации определена утечка воздуха вокруг интубационной трубки. Было выполнено три интубации до тех пор, пока не была введена трубка диаметром 9 см, что привело к ограничению утечки до клинически допустимых пределов. Повторно рассмотрены предоперационная рентгенограмма грудной клетки (рис. А) и послеоперационная КТ (рис. В и С), подтверждено наличие трахеобронхомегалии. Это редкий врождённый порок, впервые описанный Р.Мунье-Куном в

1932 г., для которого характерна значительная дилатация трахеи и главных бронхов. Этот порок ассоциирован с рецидивирующими инфекциями нижних отделов респираторного тракта. В большинстве случаев у таких больных развивается эктазия периферических бронхов, что и было в анамнезе у представленного больного.

Трахеобронхиальная дилатация вызвана атрофией эластических и гладкомышечных волокон стенок трахеи и главных бронхов. У этого больного, несмотря на успешную имплантацию аортального клапана, послеоперационный период в отделении интенсивной терапии осложнился септическим шоком и мультиорганной недостаточностью. Спустя 25 дней после операции он скончался.

Георгий РУДИН.

По материалам New England Journal of Medicine.

Эксперименты

Геномный редактор

Европейские учёные готовы приступить к редактированию генома здоровых человеческих эмбрионов. Об этом сообщил Фредрик Ланнер, исследователь из Каролинского института (Швеция). Он рассказал, что уже проводит такие эксперименты, занимаясь модификацией генома эмбрионов с помощью специальной системы для того, чтобы разобраться, какие гены участвуют в процессе эмбрионального развития.

Ф.Ланнер планирует понять, с чем связаны выкидыши и бесплодие, а также собирается получить новые данные об эмбриональных стволовых клетках и их роли в лечении различных заболеваний. В настоящее время стволовые клетки активно применяются для борьбы с рядом серьёзных болезней, например болезнью Паркинсона, некоторыми формами слепоты и другими нарушениями.

Что интересно, эксперименты по редактированию геномов эмбрионов уже были проведены в

прошлом году китайскими учёными. Прошли они, правда, не слишком удачно и были прекращены. В феврале этого года команда учёных из Великобритании получила разрешение на такое редактирование. Важным условием было то, что модифицированные зародыши должны быть разрушены через неделю после внесения изменений. Ф.Ланнер рассказал, что он планирует проводить эксперименты на 7-дневных эмбрионах и не собирается растить их дольше 14 дней.

Примечательно, что ряд исследователей и многие представители общественности считают такие эксперименты рискованными и неэтичными: распространено мнение, что технология будет использоваться для создания «дизайнерских» детей. Ф.Ланнер же считает, что редактирование эмбрионального генома должно быть разрешено для использования лишь в фундаментальных исследованиях.

Марк ВИНТЕР.

По информации Tech Times.

Исследования

Доступно и прозрачно

Министерство здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) и Национальные институты здоровья США (NIH) опубликовали финальную версию руководства по регистрации клинических исследований (КИ) и информацию об их результатах. Так, с будущего года организаторы КИ должны будут обнародовать результаты большего количества исследований, в том числе (в некоторых случаях) лекарств и устройств, которые ещё не получили одобрение регулятора.

Новые правила высшего отраслевого ведомства распространяются на все официально зарегистрированные КИ в США. Порядок Национальных институтов здоровья США действует для всех исследований, где NIH выступает спонсором.

Согласно новым общим правилам, организаторы КИ должны зарегистрировать его в национальной базе данных в течение 21 дня с момента включения в испытания первого добровольца. Правила также обязывают исследователей ежегодно обновлять статус испытаний на официальном сайте. Согласно действующей практике, информация о некоторых исследова-

ниях остаётся неизменной в течение нескольких лет, так что пациенты и специалисты не знают, закончено оно или продолжается. Невыполнение новых требований грозит штрафом.

Организаторам исследований придётся указывать расовую и национальную принадлежность добровольцев, если при отборе они выясняют такие данные. Кроме того, им придётся предоставлять больше информации о возможных побочных эффектах лекарственных средств. При этом, как и раньше, в большинстве случаев от публикации результатов освобождаются частные организации при проведении маломасштабных исследований начального этапа, в том числе призванных проверить только безопасность нового препарата или оценивающих целесообразность выполнения КИ.

Однако если такие исследования спонсируют Национальные институты здравоохранения США, то организаторам придётся отчитываться о них. NIH выделяет около 3 млрд долл. в год на финансирование клинических исследований. Если организатор КИ, получивший государственный грант, не будет соблюдать новые требования, то NIH может

отказать ему в дальнейшем финансировании.

Новые требования вступят в силу 18 января 2017 г. «Получение доступа к большему числу данных о клинических исследованиях принесёт пользу пациентам, государству и науке, – отметил директор Национальных институтов здравоохранения США Фрэнсис Коллинз. – Окончательные правила и порядок NIH, которые мы опубликовали, помогут довести до максимума качество клинических исследований, финансируемых государством или частными компаниями, и отдать должное добровольцам, которые делают так много, чтобы помочь обществу получить новые знания и улучшить медицину».

По словам Иэна Чалмерса – основателя некоммерческой организации, занимающейся независимой оценкой клинических исследований, примерно 50% отчётов о КИ не публикуются. «В большинстве случаев неопубликованными остаются результаты исследований препаратов, если компании не подавали заявки на их регистрацию», – заявил он.

Генрих ВЕРНЕР.

По информации jamanetwork.com

Отдыхай!

Отпуск – лучшее лекарство?

Учёные из Школы медицины Икан на горе Синай (США) в очередной раз доказали пользу отпуска. Они провели небольшое исследование, по результатам которого выяснилось, что сам по себе отдых не только улучшает психологическое состояние человека, но и изменяет экспрессию генов и снижает количество биомаркёров старения в крови. Особенно полезно оказалось совмещать отпуск с медитативными практиками – такое совмещение имело положительный эффект в долгосрочной перспективе, даже через 10 месяцев снижая уровень стресса у бывшего отдыхающего.

К участию в научной работе пригласили группу из 102 женщин в возрасте от 30 до 60 лет. Все они в течение 5 дней отдыхали в 4-звёздочном отеле в Калифорнии. Перед отдыхом и после него у всех участниц взяли кровь на анализ, кроме того, на 5-й день, а также через месяц и через 10 месяцев после отпуска женщин опрашивали по поводу того, чувствуют ли они симптомы депрессии, находятся ли в стрессе, насколько они энергичны и внимательны к происходящему вокруг.

В отеле при этом проходил семинар-ретрит по йоге, в рамках которого планировались занятия медитацией, и около трети женщин специально забронировали места заранее, так как медитировали регулярно. Оставшиеся 70

женщин никогда не занимались медитацией, и их случайным образом разделили на две группы, одна из которых также участвовала в ретрите, а другая – просто отдыхала.

По итогам анализов и опросов «эффект отпуска» проявился у всех участниц. Все они лучше себя чувствовали после отдыха, активность их генов увеличилась. Однако занятия медитацией усиливали этот эффект: во-первых, даже через 10 месяцев те женщины, которые медитировали, сообщали о более низком уровне стресса и депрессии, чем те, которые отдыхали и ничем дополнительным не занимались; во-вторых, на молекулярном уровне организм участницы, занимавшейся медитацией, работал более результативно,

в частности, более эффективно использовал протеины.

При том, что экспрессия генов изменилась у всех участниц, и также у всех сократилось количество биомаркёров крови, указывающих на старение организма, у тех женщин, которые занимались медитацией, была более активна теломераза – фермент, который связывают с долголетием.

Кроме всего прочего, отдых снижал активность защитных систем организма: успокаивал иммунную систему, сокращал воспалительные процессы. С одной стороны, по словам одного из авторов исследования Эрика Шадта, это можно назвать негативным эффектом, так как защита организму необходима, но, с другой стороны, чрезмерная активность защитных систем может вести к развитию аутоиммунных болезней. Учёный добавил, что, несмотря на то что в научной работе участвовало небольшое количество людей, он и его коллеги снова подтвердили: отдых и медитация могут положительно влиять на здоровье.

Алиа КРАУЗЕ.

По сообщению Reuters.

Эксперименты

Оказывается, наш мозг особым образом реагирует на произведение искусства. Это показало новое исследование, проведённое в Университете Эразма.

В нём приняли участие 24 студента. Добровольцев попросили оценить серию фото. 50% фотографий вызывали положительные эмоции, а остальные – отрицательные.

Затем добровольцам сказали, что перед ними произведения искусства либо обычные фотографии сцен повседневной жизни. Потом

Во власти муз

студентов спрашивали, понравилось им фото или нет. Учёные следили за мозговой активностью участников. Исследователи заметили: амплитуда на ЭЭГ между 0,6 и 0,9 с оказалась ниже, когда участники думали, что видят произведение искусства.

В целом произведения искусства нравились добровольцам больше, чем обычные фото. Специалисты

провели ещё один эксперимент. Они добавили третью группу снимков – сцены из фильмов. После этого эффект исчез. Исследователи предполагают: возможно, он сошёл на нет из-за избытка или неоднозначности информации.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам The Daily Mail.

Кстати

Несмотря на то что удаление «восьмёрки» – зубов мудрости – это достаточно распространённая практика, нет подтверждения тому, что эта процедура, выполненная без показаний, приносит пользу. Анализ научных работ, который провели в медицинском центре Университета Неймегена им. Святого Радбоды Утрехтского (Нидерланды), показал, что исследований на эту тему почти не проводилось. Однако, несмотря на это, многим людям ежедневно удаляют здоровые зубы.

результаты от удаления третьих моляров или же от их сохранения. Удалось найти всего две работы. В одной из них участвовало 416 здоровых мужчин, и было выявлено, что в долгосрочной перспективе у тех людей, у кого зубы мудрости сохраняются, выше риск развития пародонтита вокруг такого зуба.

Во второй приняло участие 164 человека, на примере которых проведено сравнение, как обстоит дело со здоровьем зубов у тех, кому удалили третьи моляры, и у тех, у кого они остались, и обна-

Мудрость не на пользу

Третьи моляры, также называемые зубами мудрости, появляются обычно в возрасте между 17 и 26 годами. Поскольку эти зубы растут в ограниченном пространстве, они часто могут упираться во вторые моляры, что, в свою очередь, может привести к развитию ряда патологий – от повреждения корней зубов до пародонтита. Однако учёные во главе с ведущим автором исследования Хоссейном Геминией указывают на то, что если зубы мудрости здоровы, то положительный эффект от их удаления весьма сомнителен, процедура может принести больше вреда, чем пользы.

Руководитель научной работы заявил, что находит странным тот факт, что при огромном количестве операций по удалению третьих моляров по всему миру практически не существует исследований на эту тему. Он добавил, что в США и Великобритании крайне распространено профилактическое удаление зубов мудрости.

Учёные штудировали литературу в поисках исследований, которые сравнивали бы долгосрочные

ружили, что видимой разницы нет, состояние здоровья зубов не зависело от наличия третьих моляров.

Исследований, обрабатывая внимание на другие последствия, такие как возникновение кисты или опухоли, кровотечения, поражения нервов, не проводилось.

Х.Геминия отметил, что при удалении зубов могут возникнуть самые непредвиденные ситуации – инфекция, воспаление лунки, временное повреждение нервов, ведущее к снижению чувствительности губ и щёк. С одной стороны, сообщил он, отказ от удаления зубов в раннем возрасте может вести к тому, что через какое-то количество лет придётся удалить третьи моляры уже по показаниям. С другой стороны, эти показания могут и не возникнуть, а ненужное удаление может привести к осложнениям и дополнительным затратам. Таким образом, резюмировал учёный, в удалении зубов крайне важен индивидуальный подход.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Reuters.

Здоровая жизнь

Средиземноморское долголетие



Итальянские учёные из Университета Сапиенца (Италия) совместно с исследовательской группой из Медицинской школы Сан-Диего (США) получили первые результаты исследований, которые были проведены ими в итальянской деревне Аччароли.

Жители этого населённого пункта отличаются высокой продолжительностью жизни и крепким здоровьем – даже в преклонном возрасте у них реже развиваются заболевания сердца, деменция и другие хронические болезни. Удивительно и то, что количество долгожителей было примерно одинаковым среди мужчин и женщин – обычно женщины живут дольше мужчин.

Сами жители считают, что секрет их долголетия – правильное питание. Они придерживаются так называемой средиземноморской диеты, их рацион богат свежими овощами и фруктами, оливковым маслом и рыбой. Они поясняют, что едят всё натуральное – выращивают овощи и фрукты, содержат кур и кроликов, ловят рыбу. Кроме того, место, где расположена деревня, отличается

хорошей экологией – Аччароли находится вдали от крупных населённых пунктов и производств.

Алан Майзел и его коллеги обследовали 80 человек, 25 из которых уже исполнилось 100 лет. Они утверждают, что жители Аччароли едят много розмарина, который, как было показано ранее, положительно влияет на работу головного мозга. Нельзя не отметить и активный образ жизни, который ведут люди – они занимаются сельским хозяйством и рыбалкой. Кроме того, даже в преклонном возрасте многие из них сохраняют сексуальную активность.

Учёные обнаружили, что состояние кровеносной системы большинства участников исследования было гораздо лучше, чем ровесников из других регионов и многих гораздо более молодых людей. С чем это связано, пока непонятно, но учёные надеются найти ответ на этот вопрос, ведь в этом случае опыт жителей Аччароли может пригодиться всем остальным.

Марк ВИНТЕР.

По информации medicalxpress.com

Что-то случилось с нашими врачами. Раньше (в советские годы) автобиографические книги из-под их пера выходили редко, да и качество часто оставляло желать лучшего. По своей профессии врачи – люди, в меньшей степени призванные уделять внимание своей персоне. Теперь же часто наблюдаем желание коллег делиться с читающей аудиторией своим видением прошлого, настоящего и будущего медицины. И причиной тому во многом бурное время переходного периода страны в иной социально-политический строй, что не может не сказываться на всех сферах жизни. Наша отрасль здесь не исключение.

Чему учат мемуары

Надо сказать, что далеко не все авторы пишут мемуары в исторической последовательности. Удачным примером «вольного» изложения служит книга Ж.Ж.Рапопорта «Врачевание. Размышления детского врача» (2013) – масштабное публицистическое полотно врача, педагога, учёного, здесь много ссылок на научную литературу, результаты собственных исследований и более полувекового опыта работы. Как педиатр, Жан Жозефович отстаивает центральное место педиатрии в медицине и в обществе и показывает наличие многих субъективных и объективных противоречий между ними. Акцентируется внимание читателя на ряде серьёзных и нерешённых вопросов медицины, этики, образования, экологии, общественного здравоохранения и просвещения. Большое внимание в книге уделено дорожной профилактике, эпигенетике, последствиям экстракорпорального оплодотворения, роли тератогенных повреждений в вырождении поколений и т.д.

Автор пишет о новой парадигме обучения практического врача в связи с успехами науки. Ушло традиционное представление об учёбе как о времени пребывания в вузе. Для врача это лишь начало пути. Сегодняшние нарастающие требования медицины не позволяют пропустить без учёбы ни один день будущей и настоящей профессиональной жизни. Специалиста высокой квалификации готовят 12-14 лет, но наука предлагает новшества каждые 2-3 года и чаще. Значит, надо вновь учиться теории и практике порой новых разделов медицины (генетика, иммунология и т.д.). Для этого необходимы условия дома, в семье, на работе, в обществе. На каждом из этих этапов требуются заинтересованность сторон, стремление к новым, более эффективным способам лечения и профилактики и достаточное финансирование.

Чтение мемуарной литературы заставляет задуматься о дальнейшей пути развития отечественной медицины, сохранении и развитии здоровья людей, в том числе детей, которое упирается, как в стену, в костность общества и власти, в недостаток медицинской и общей культуры населения. Мешают также слабость санитарного просвещения, необоснованные задержки внедрения новых методов лечения и профилактики, какая-то болезненная тяга к «оптимизации». Обидно, когда современная медицина, достигшая благодаря революционным преобразованиям фантастических высот, сталкивается с пренебрежительным отношением общества к врачу, личному и общественному здоровью населения. Врач – очень чувствительная фигура, большую часть времени находится в психологическом напряжении, он нуждается в защите общества и власти.

Очень близка по времени выпуска книга Б.В.Петровского «Хирург и жизнь» (1989), но это рассказ советского учёного, хирурга, педагога, государственного и общественного деятеля о своём жизненном пути. Главная тема книги – советская медицина, её гуманизм и проблемы, но это всё, к сожалению, в прошлом. Хотя всё относительно. Вот первые плановые шаги Петровского, ставшего министром здравоохранения СССР: не считать медицину сферой услуг, совершенствование материальной базы медицины и повышение квалификации врачей. Всё актуально и сегодня!

Мемуарные книги отчётливо пополняют копилку литературы по истории медицины и здравоохранения; не везде, но присутствует политкорректная позиция критики советской медицины, высвечиваются индивидуальные возможности талантливых людей преодолевать трудности, выходить на открытия в науке, становиться мэтрами медицины, просто врачами. Можно в них найти и ответ на вопрос, как делать карьеру в

и научная практика позволили ей создать настоящее лирическое произведение о взаимоотношениях врача и пациентов, о преемственности в профессии, об учителях и учениках во врачебном искусстве. В книге представлены этапы жизненного пути автора, позволившие ей понять суть отечественной системы охраны здоровья детей и разобрать очевидные достоинства и столь же бесспорные недостатки этого уникального явления. Доходчиво изложены более 70 историй болезни – удивительно легко воспринимаются результаты анализов, алгоритм постановки диагноза, выбор и соблюдение правил лечения

за преобразования с позиции здравого смысла. Ю.М.Комаров – доктор с богатейшим, уникальным жизненным опытом. Один из ведущих специалистов страны в области классической социальной гигиены и организации здравоохранения. Долгие годы был генеральным директором НПО «Медсоцэкономинформ» (ныне ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения). Автор хорошо знаком с семашкинской и многими другими моделями здравоохранения, многократно посещал развитые страны, во многих из них работал, поэтому небезосновательно может утверждать, какая

проблемой номер один. Мы с ним полностью согласны.

Во всём мире создаются и реализуются программы (концепции, стратегии) улучшения здоровья, но только у нас – программы развития здравоохранения, что далеко не синонимы.

Что касается современного положения высшего и неполного высшего образования (бакалавриат и магистратура), то автор настроен также весьма критично, признавая Болонскую систему надуманной. Да и действительно, кому нужны «недоделанные» специалисты-бакалавры, тесты – вместо общения с больным? Лишь практика является

Профессиональный взгляд

Читая книги врачей

Мысли и чаяния коллег, доверенные бумаге



медицине. Особенно показательны в этом отношении «истории успеха» наших врачей в США – книги Владимира Голяховского и Ефима Каминского. Доктора прошли через большие трудности. Хотя мы должны быть благодарны Голяховскому не только за прекрасный рассказ о том, как отечественный хирург завоевывает Америку, но и за сведения о докторе Илизарове – о его сложном характере и сути борьбы создателя нового направления в травматологии и ортопедии за своё открытие.

Удачным примером научно-биографической литературы следует признать работу В.Н.Ягодина о Чижевском – нашем русском Леонардо да Винчи («Александр Леонидович Чижевский», 2005). Эту книгу должен прочитать каждый начинающий молодой врач и учёный. Ведь гелиобиология и вопросы улучшения среды обитания – достижения Чижевского (1897-1964) – это и есть основа биоэтики («мост в будущее»). Биоэтика как научное направление появилась только в 70-е годы XX века, и её теперь изучает каждый студент-медик.

Но остановимся на автобиографических заметках последнего года, по сути заставивших нас взяться за перо. В них резкий отказ от традиций – слепого следования хронологии. Эти замечательные книги воспоминаний самобытны и оригинальны.

Бабушкины сказки для врачей и пациентов

Книга Ары Романовны Рейзис «Неумирающее искусство врачевания. Бабушкины сказки для врачей и пациентов» (2015) написана по мотивам и внутренне солидаризируется с известной книгой американского кардиолога Бернарда Лауна «Утраченное искусство врачевания», изданной в нашей стране 20 лет назад. Ара Романовна Рейзис – известный педиатр, инфекционист, гепатолог, профессор. Удивительный душевный склад и 60-летняя врачебная

болезни. Практические примеры демонстрируют неизменно одно: передовые технологии не могут и не призваны заменить врача. Трогательные, порой драматические истории про болезни детей и взрослых. Настоящая медицина – глаза в глаза. Эта книга – проводник в особый мир, который называется «Медицина и человек».

В книге очень подробно описаны истоки становления врача-специалиста, роль учителей (в их качестве выступают замечательные доктор – уролог Дмитрий Васильевич Кан и детский инфекционист Борис Густавович Ширвиндт) и окружения (коллектив врачей и медсестёр Русаковской детской больницы, детской клиники 1-го Медицинского института, 5-й инфекционной детской больницы Москвы). Очень ярко высвечен «питательный бульон», или как человек попадает в науку и начинает вести свои собственные исследования в медицине.

Дух захватывает от профессиональной лёгкости изложения клинических аспектов гепатологии, как доктор на приёме, на обходе или вызове на дом решает сложнейшие диагностические проблемы, раскрывает высокую сущность методологии своевременной медицинской помощи. Ни в каждом учебнике встретишь такое количество «клинических задач», анализ врачебных ошибок и примеров человеческого, в данном случае врачебного, такта.

Пора собирать камни

Вторая книга – «Пора собирать камни, или О том, как разрушалась в стране социальная семашкинская модель здравоохранения» (2015) – сочинение Юрия Михайловича Комарова. Она основательнее по объёму, но базируется на тех же основаниях – интересы больного и здорового человека для врача выше всего. «Пора собирать камни» – автор призывает прекратить рушить социальную семашкинскую модель здравоохранения, а взять

модель здравоохранения была бы оптимальна для России.

За долгие годы работы в практической медицине и медицинской науке автор пережил взлёты и падения врачебной профессии. Видел, как рождались новые медицинские технологии и появлялись псевдосовременные кадры руководителей здравоохранения – менеджеров. Как деградировало медицинское образование и учебно-научная школа. С чувством переживания показан процесс последовательного разрушения социальной направленности отрасли, названной им семашкинской моделью. Многочисленные описания и автобиографические отступления от основной канвы книги серьёзно улучшают восприятие материала и составляют «изюминку», когда от чтения невозможно оторваться.

Автор считает научно необоснованными мотивы предпринимаемых перманентных действий по реорганизации системы здравоохранения. В частности, в Москве прошло сокращение больничных коек, так как якобы их было много по сравнению с Лондоном, Израилем и т.д. Но это как считать, поскольку потребность в стационарной помощи у москвичей значительно выше; у них все параметры (заболеваемость, смертность, продолжительность здоровой жизни) значительно хуже, и доказательств тому имеются. Например, стандартизованный показатель смертности от болезней системы кровообращения у нас в 3 раза выше, чем в развитых странах. Сам принцип сравнивать себя с другими странами порочен, тем более что эти сравнения часто недостоверны и поверхностны.

В Москве и ряде других регионов акцент помощи со стационарной переносится, «как во всём мире», на амбулаторную. Но явно бесчеловечно выбросить всех хронически больных и пожилых людей из переполненных больниц. Нужно создавать соответствующие условия в амбулаторном звене (сеть общих врачебных практик, дневные стационары, доступные амбулатории и поликлиники, хосписы, медицинский уход на дому и т.д.), о чём руководители здравоохранения должны были продумать загодя.

Другая проблема. Значительное сокращение численности медперсонала прикрывается необходимостью выполнения предвыборного указа президента о повышении зарплат медработникам. Но Президент РФ, ставя задачу повышения зарплат медработникам, не говорил, что это нужно делать за счёт сокращения числа медицинских учреждений.

Здравоохранение должно быть тесно увязано с государственной экономической политикой в стране. Дифференциация людей по доходам и возможностям в сочетании с коррупцией сейчас является

мерилом успеха. Симуляционное и дистанционное обучение помогают овладеть манипуляционными технологиями, но не клиническим мышлением. Крайне неприятным и неправильным является внедрение в практику термина «медицинские услуги», превращая медиков в обслуживающий персонал.

Профессор Комаров фиксирует: земская реформа и земская медицина – это наши отечественные успехи и достижения, о которых несправедливо не вспоминают. Ведь земский врач – это, по сути, врач общей практики, то есть специалист широкого профиля; из земства и вышла семашкинская модель здравоохранения.

Преимущества доказательной медицины рассматриваются с позиций проблем качества медицинской помощи. Доказательная медицина представляет собой новую технологию сбора и обработки информации, позволяющую принимать оптимальные клинические решения в интересах пациентов. Это – как религия, в неё нужно верить или не верить.

Мнение о внедрении так называемых стандартов медицинской помощи. Позитив лишь в том, что применение стандартов снимает ответственность с медицинских работников, в том числе судебную, за исходы, перекладывая её на разработчиков стандартов и утвердившее её министерство. Явно не общенациональный подход! Важное замечание: в развитых странах стандарты устанавливаются не на медицинские технологии (клинические рекомендации), а на результаты медицинских вмешательств.

В финале повествования профессор Комаров отвечает на острые, волнующие всех вопросы: почему некоторые отдельные положения семашкинской модели сегодня восстанавливаются в худшем виде, чем они существовали раньше, и что нужно делать, чтобы полностью не растерять достигнутое.

* * *

Что можно сказать в заключение? Надо читать автобиографическую прозу, написанную врачами, – нашими современниками. Она весьма полезна. Анализ прочитанных страниц позволяет наглядно понять и принять медицину как искусство, которое не отменяют никакие новейшие лекарства и технологии. Да и ошибки в организации здравоохранения – слишком дорогое удовольствие.

Константин ГРИГОРЬЕВ,
профессор кафедры педиатрии
с инфекционными заболеваниями
факультета дополнительного
профессионального образования,
доктор медицинских наук.

**Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И.Пирогова.**

Фото Александра ХУДАСОВА.

Профессиональная этика обязывает врача относиться ко всем больным одинаково, в смысле – стремиться всем максимально помочь; но психологически быть одинаковым со всеми не получается: есть пациенты, по отношению к которым врач просто выполняет свои профессиональные обязанности, а за других – переживает всем сердцем и готов сделать невозможное, чтобы помочь. Вот таким был для кардиолога Антона Леонтьевича больной в звании полковника, которого в клинике сразу окрестили «афганским пациентом».

Полковника звали Анатолием Ивановичем, и он действительно перенёс все перипетии войны в Афганистане и предстал перед врачами Санкт-Петербургской клиники со всеми своими проблемами со здоровьем. А проблем было много, и самое парадоксальное, что военные – контузия и ранение – несущественно отразились на здоровье этого красивого, с великолепным спортивным торсом мужчины. Но, по всей видимости, генетически нарушенные обменные процессы, определившие склонность к подагре, диабету, а также холестериновым атакам на сосуды, подтачивали изнутри организм этого атлета, несмотря на его героические усилия по поддержанию здорового образа жизни.

Антон Леонтьевич редко встречал пациентов-мужчин, в том числе и среди офицеров, которые бы с юных лет не курили и не пили, начинали свой день с утренней пробежки и гимнастики, регулярно посещали спортивный зал и бассейн, использовали даже обеденный перерыв для оздоровительных процедур и упражнений. Гораздо чаще доктор видел перед собой пациентов, которых он называл «баловнями природы»; они, наделённые от рождения исключительно крепким здоровьем, всю свою взрослую жизнь принимали «героические» усилия, чтобы пропить, прокурить, проесть и прогулять этот бесценный дар природы, и лишь на финише жизни начинали судорожно цепляться за его остатки и бранить медицину, что она не может или не хочет вернуть всё «как было». Конечно же, Антон Леонтьевич добросовестно лечил таких баловников-бедолаг и делал всё от него зависящее, но всегда досадовал, что они, рождённые долгожителями, так бездарно распорядились своим здоровьем.

Другое дело – его афганский пациент, этот неутомимый труженик, готовый на серьёзные ограничения в жизненных удовольствиях и даже в карьере: офицер-трезвенник не всеми коллегами воспринимался, мягко сказать, благожелательно. Большой любитель мясных блюд и различных деликатесов, он мог длительное время довольствоваться гречневой кашей и овсянкой. Но, к великому сожалению для мужественного вегетарианца и врачей, нарушенные обменные процессы в организме делали своё чёрное дело: сосуды забивались холестерином, суставы – солями, в почках постоянно образовывались камни. Остро встал вопрос об оперативном вмешательстве на сосудах сердца. Анатолий Иванович с удивительным внешним спокойствием воспринял сообщение доктора о необходимости операции коронарного шунтирования.

– Будем отстреливаться до последнего патрона... нам не привыкать! – прозвучал ответ полковника как согласие на операцию.

А патроны летели как из автомата Калашникова, любимого Анатолием Ивановичем за гениальную просто-

А ещё был случай

А жизнь прекрасна и удивительна!

ту и надёжность. За коронарным шунтированием последовало стентирование сосудов; далее – многочисленные операции на гайморовых и лобных пазухах, локтевом и коленном суставах. От всех этих невзгод отстрелялся полковник; более того – на каждую очередную встречу с кардиологом афганский пациент приходил полным оптимизма и жизненных планов. В семье, которую он именовал своим «прочным тылом»,

дом по палате, Анатолий Иванович буквально сразил его великолепной фразой: «Настоящая дипломатия – это умение раскурить трубку мира на бочке с порохом».

Поначалу Антон Леонтьевич не догадывался, что яркие, меткие высказывания, которые он слышал впервые, принадлежат самому пациенту, и даже спросил об авторстве понравившихся ему высказываний. В ответ Анатолий Иванович

у вас целый сюжет, где у начальника с постоянными синяками на лице секретарша – дама лёгкого поведения, а жена – тяжёлого.

К взаимному удивлению они обнаружили в творчестве друг друга поразительно созвучные мысли. «Среди политических трупов много долгожителей» – афоризм Анатолия Ивановича. «Политические трупы смердят веками» – так выразил похожую идею Антон Леонтьевич.



был полный порядок: квартирный вопрос успешно решён, супруга защитила докторскую диссертацию и возглавила факультет, красавица-дочь получила университетское образование и уверенно начала самостоятельную жизнь. Сам Анатолий Иванович, выйдя в отставку, работал менеджером по рекламе в крупной процветающей компании, а свободное время посвящал творчеству.

Полковник был литературно одарённым человеком – сочинял афоризмы и публиковал их в различных изданиях периодической печати и сборниках, особенно гордился, что был вхож на 16-ю страницу «Литературной газеты». Его одарённость сразу бросалась в глаза: он любил говорить короткими сочными фразами, часто цитировал классиков афористического жанра и, естественно, самого себя; да и внешность выдавала в нём интеллектуала – коротко, почти под ноль, стриженную голову украшали крупный выпуклый лоб и умные, пытливые, с лёгкой хитринкой глаза.

– Не для того Господь посылает нам испытания, чтобы мы просили его о помощи, – сразу паразитил Анатолий Иванович кардиолога своим ответом на его слова, что в некоторых случаях врачу и пациенту остаётся только ждать помощи от Всевышнего.

В другой раз, когда кардиолог похвалил полковника за умение наладить добрые отношения и со строгой старшей медсестрой отделения, и со скандальным сосе-

загадочно улыбнулся, достал из тумбочки сборник собственных афоризмов и протянул доктору.

– Это вам, уважаемый Антон Леонтьевич, я чувствую в вас не только классного врача-кардиолога, но и родственную душу по интеллектуальному увлечению, – сказал полковник.

Он не ошибся: общение с афганским пациентом не просто нравилось Антону Леонтьевичу, а вызывало интеллектуальное, а порой и эстетическое удовольствие. Дело в том, что кардиолог сам, помимо любимой профессии, увлекался литературным творчеством – писал рассказы, стихи, юморески, интересовался афоризмами. Заочность их встречи, после решения текущих медицинских вопросов, плавно перерастали в диалог двух уважающих друг друга литераторов, особенно по близким обоим в творческом плане темам.

– Анатолий Иванович, – говорил кардиолог, – на мой взгляд, афоризм «Власть портит человека, а безвластие – народы» – самый глубокий в вашем творчестве. У меня на эту тему лишь стихотворный вариант: «Известно всем от века, власть портит человека, а он, впившись ею ввласть, испортит сам свою же власть».

– Согласен, Антон Леонтьевич, – отвечал пациент. – Моё высказывание получилось с претензией на философскую глубину – недаром его опубликовали в «Аргументах и фактах». Но зато на мой оксюморон «дама тяжёлого поведения» –

Как-то по завершении очередного курса лечения новейшими препаратами Антон Леонтьевич, зайдя в палату, застал полковника в глубоких, читаемых на лице раздумьях.

– Я вижу, Анатолий Иванович, что вы уже познакомились с последними результатами анализов, – сказал с сочувствием кардиолог. – Я и сам, честно говоря, обескуражен – столько наших совместных усилий... и такой скромный результат, особенно по холестерину.

– Нет, дорогой доктор, – медицинской информацией меня уже не обескуражишь – привык к печальному известиям с больничного фронта. Здесь другая проблема – творческая... не могу красиво закончить фразу в романе. Помните, ключевая в этой главе ситуация – супруга литератора, подававшего когда-то в молодости большие надежды, высказывает ему, уже седовласому мужчине, претензии относительно своих неоправдавшихся ожиданий: «Выходила замуж за восходящую звезду, а жить приходится...»

– Анатолий Иванович, – быстро отреагировал доктор, – у вас же есть прекрасное выражение «на развалинах воздушного замка» – вот и завершите этими словами.

– А что?! Очень даже недурно, – отозвался сразу посветлевший лицом пациент. – Спасибо за творческий совет. Если не подберу ничего лучшего, так и завершу рассуждения разочарованной дамы.

Вечером, уже в кровати, по давней жизненной привычке под-

водя итоги прожитого дня, Антон Леонтьевич вспомнил диалог с Анатолием Ивановичем, ещё раз восхитился этим человеком, который, несмотря на стремительно ухудшающееся состояние здоровья, продолжает писать роман и старается довести до совершенства каждое предложение. Затем кардиолог невольно стал обдумывать возможные варианты завершения фразы, которая так озадачила его пациента. Он ещё с молодости любил решать творческие задачи – и именно вечером перед сном. Поначалу ничего путного не приходило в голову. Затем, когда доктор понял, что не заснёт, пока не придумает свои варианты, в голове стали появляться вполне приличные идеи. Вначале – общая ориентировка для творческого поиска: коли речь идёт о восходящей звезде, то и завершение фразы следует связать с каким-нибудь космическим объектом. Затем возникла одна за другой конкретные формулировки: «Выходила замуж за восходящую звезду, от которой осталась только горстка звёздной пыли»; «...а жить приходится с неопознанным и уже нелетающим объектом»; «...с упавшим и давно уже остывшим метеоритом ... и даже не Тунгусским – о нём продолжают говорить, писать и спорить!»

Последняя мысль показалась Антону Леонтьевичу наиболее удачной и подходящей для разочарованной, язвительной светской дамы. Удовольствие своим творческим потенциалом кардиолог со спокойным сердцем погрузился в сон, предвкушая завтрашний интересный диалог с афганским пациентом и его, как всегда, восторженную реакцию на интересные мысли, причём как свои, так и коллег по творчеству.

Но творческой встрече врача и пациента не суждено было состояться. Жизнь Анатолия Ивановича в этот день внезапно оборвалась в результате тромбоза лёгочной артерии. Он вышел из больничной палаты в коридор и прямо на глазах у дежурной медсестры внезапно рухнул на пол, словно сражённый роковой пулей, прилетевшей в грудь полковника из далёкого Афганистана. Там, в горах и ущельях, волей судьбы она всё время пролетала мимо, а здесь, в клинике Санкт-Петербурга, попала точно в цель...

Медики, в силу своей профессии, научились понимать и принимать неизбежность смерти; но уход из жизни Анатолия Ивановича был воспринят как личное горе многими из числа персонала клиники, знавшими и лечившими его. Ндолго запечатлелся в памяти этот интересный, улыбчивый, неунывающий человек, который для каждого находил доброе слово или весёлую шутку. После смерти Анатолия Ивановича среди общавшихся с ним людей часто звучат слова: «как любил говорить полковник», «как пошутил бы Анатолий Иванович», «как гласит афоризм Анатолия Ивановича». Вот так настоящие люди даже после смерти продолжают жить.

Хочется в конце этого повествования привести любимые слова Анатолия Ивановича, которые он всегда говорил врачам, родственникам и коллегам, когда его самочувствие хотя бы немного улучшалось: «А жизнь, несмотря ни на что, по-прежнему прекрасна и удивительна!»

Дай Бог каждому врачу встретить на своём профессиональном пути таких обаятельных и оптимистичных пациентов!

Санкт-Петербург.

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, В. КОРОЛЁВ, Д. НАНЕИШВИЛИ, А. ПАПЫРИН, Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И. СТЕПАНОВА, К. ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).

Дежурный член редколлегии – Г. ПАПЫРИНА.

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, пом. XI, ком. 52 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 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225,

БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-08-00393 Тираж 28 481 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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