

В центре внимания

Судебная медицина: наследие приумножается

Это показали три весенних дня в Москве



Международная научно-практическая конференция судебных медиков прошла в Московском областном научно-исследовательском институте им. М.Ф.Владимирского. Эти встречи проводятся не первый год. Организаторы форума умеют предложить коллегам доклады по самым актуальным проблемам этой специфической и крайне ответственной области медицины. Три нынешних весенних дня включили в себя пленарные и секционные заседания, постерную сессию, симпозиумы и мастер-классы.

Более 600 судебных медиков обсуждали злободневные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Как отметили организаторы мероприятия, в этом году в рамках конференции впервые был проведён

Конференцию открывает Владимир Клевню

симпозиум Восточно-Европейского союза судебных медиков «Osteuropa – Verein Rechtsmedizin e.V.», форум средних медицинских работников бюро судебно-медицинской экспертизы (медицинские лабораторные техники, технологи и фельдшеры-лаборанты), третий съезд Ассоциации судебно-медицинских экспертов.

На первой секции рассматривались вопросы танатологии, гистологии и биохимии. Здесь акцент делался на современные технологии в экспертной практике, помогающие точнее определить вред, который, возможно, был нанесён здоровью человека.

Вторая секция объединила тех, кого принято в судебно-медицинской среде называть «химиками». На её повестке дня стояли судебно-хими-

ческие и химико-токсикологические методы исследования. Особое внимание уделялось высоким технологиям в экспертной практике. На заседании третьей секции были представлены современные технологии исследования вещественных доказательств: идентификация личности молекулярно-генетическим методом.

Всего в ходе работы конференции было заслушано 116 устных докладов, 35 стендовых и 16 докладов в трёх школах, семинарах, «круглых столах» и четырёх мастер-классах. Участники конференции получили возможность ознакомиться с работой структурных подразделений Бюро судебной медицины Подмос-

(Окончание на стр. 10.)



Борис ЦЫГАНКОВ, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии МГМСУ им. А.И.Евдокимова, профессор:

По статистике ВОЗ, каждый седьмой человек из тысячи является шизофреником, причём большая часть из них приходится на долю молодых людей в возрасте от 15 до 35 лет.

Стр. 5

Халил МУСТАФИН, главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, заслуженный врач Республики Башкортостан:

Ассоциация госпиталей ветеранов войн РФ будет организовывать курсы для специалистов различных профилей через интернет, проводить видеоконференции и семинары.

Стр. 7



Елена МАКСИМИНА, директор Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России:

В России отмечается один из самых высоких показателей физической доступности лекарственных препаратов.

Стр. 12

Эхо праздника

Ветеранов поздравили

С Днём Победы в Калининграде сердечно поздравляли ветеранов здравоохранения региона. К виновникам торжества на встрече по этому поводу обратились заместитель председателя правительства области Алексей Силанов: «В этот день мы отдаём вам – тем, кто создавал с нуля медицину Кёнигсбергской, а затем и Калининградской области, – дань уважения и признательности за многолетний созидательный труд на благо жителей Янтарного края. Низкий вам поклон».

Ветеранов также поздравили с праздником руководитель регионального Минздрава Людмила Сиглаева, председатель Калининградской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Ирина Сергутко и другие гости мероприятия.

Специально для этой встречи авторский коллектив под руководством ветерана здравоохранения области, руководителя Общественного совета при Минздраве региона

и общественной организации «Вита» Лидии Чашиной создал документальный фильм, посвящённый 70-летию здравоохранения Калининградской области.

В качестве поздравления для ветеранов на встрече прозвучали известные вокальные композиции в исполнении юных артистов.

Инна СЕРГЕЕВА.

МИА Сити!

Калининград.

Перспективы

Когда всё под рукой...

Столичные бригады скорой помощи летом нынешнего года получат около 1,5 тыс. планшетов, подключённых к Единой медицинской информационно-аналитической системе (ЕМИАС), что позволит упростить ведение историй болезни.

Мобильные устройства позволят врачам получить историю болезни пациента, к которому они направляются на вызов, а также передать в поликлинику данные больного. Кроме этого, врачи смогут заполнить медкарту прямо на планшете, избавившись от необходимости делать за-

писи вручную или распечатывать документы по прибытии на подстанцию.

Как известно, недавно министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова пообещала в ближайшей перспективе выдать каждому врачу по личному планшету, подключённому к единой информационной медицинской системе. Сейчас показатель оснащённости компьютерами рабочих мест врачей достиг 60%, к концу года федеральный Минздрав планирует довести эту цифру до 70%.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Перемены

Районную больницу не узнать

В Залукожае введён в эксплуатацию новый больничный корпус центральной районной больницы, где разместились гинекологическое отделение на 10 коек, дневной стационар на 15 коек и аптечный склад.

Отделение было открыто в 60-х годах прошлого века и ни разу не ремонтировалось, так, дневной стационар располагался в приспособленном отделении старого корпуса инфекционного отделения. Полная рекон-

струкция здания стала возможной благодаря участию республики в федеральной программе укрепления сейсмической устойчивости зданий, проведены работы на сумму более 28 млн руб. За счёт внебюджетных средств при поддержке местной администрации Зольского района закуплено современное оборудование и новая мебель.

Как сообщили в Минздраве Кабардино-Балкарской Республики, заместитель председателя правительства, министр здравоохранения

республики Ирма Шетова отметила, что в реконструированном отделении в год смогут проходить лечение больше 600 женщин района. «Отрадно, что муниципалитет принимает активное участие в вопросах защиты материнства и детства – одном из самых важных социальных направлений деятельности властей всех уровней», – подчеркнула вице-премьер.

Алексей ДЫМАРСКИЙ, внешт. корр. «МГ».

Кабардино-Балкарская Республика.

Новости

Майское «прибавление»

За первую неделю мая в Перинатальном центре Красноярск произошло радостное прибавление – родились 73 ребенка. Из них 29 девочек и 44 мальчика.

Напомним, Перинатальный центр краевого клинического центра охраны материнства и детства в Красноярске был открыт 15 декабря 2011 г. На сегодняшний день в учреждении родился 14 431 малыш. Центр является главным звеном в многоуровневой системе оказания высокотехнологичной медицинской помощи женщинам и детям в Красноярском крае.

В настоящее время в рамках федеральной программы в регионе ведется строительство еще двух перинатальных центров в Ачинске и на севере края – в Норильске.

Ирина МЕЛКУМОВА.

Красноярск.

Сибиряки копят фосфаты в почках

Исследователи из Новосибирского государственного университета и Института неорганической химии СО РАН завершили определение состава почечных конкрементов у жителей Новосибирской области и выявили некоторые характерные особенности.

Для изучения были взяты 364 экземпляра почечных камней, извлечённых у пациентов урологических отделений новосибирских больниц. Состав определяли с помощью современных высокоточных методов рентгенофазового анализа, сканирующей электронной микроскопии и атомно-эмиссионной спектроскопии.

По словам руководителя проекта кандидата химических наук Ильи Королькова, анализ «сибирских камней» проводился в рамках большого всероссийского исследования. Его цель – проследить динамику состава почечных конкрементов у жителей разных территорий на протяжении нескольких лет. Работа химиков позволит медикам сделать выводы о том, как изменение экологической обстановки и пищевого рациона населения влияет на образование и состав камней в мочеполовой системе. На основе полученных данных можно будет разрабатывать профилактические и скрининг-диагностические программы.

Итак, по результатам анализа, 69% конкрементов из выборки отнесены к оксалатной группе, 18% – к группе уратов, 13% – к фосфатам. Если по первым двум видам камней в почках Новосибирская область не выделяется на общем фоне регионов страны, то доля фосфатных конкрементов здесь почти в два раза превышает средний показатель по России. Является ли это следствием особенностей состава питьевой воды и питьевого режима новосибирцев, а может быть, обусловлено отличиями их питания, теперь предстоит выяснять учёным из других научных институтов.

Елена БУШ.

Новосибирск.

Аллея — медикам
Великой Отечественной

На территории Самарской больницы № 8 торжественно открыли аллею трудовой славы медицинским работникам, которые в годы Великой Отечественной войны трудились в регионе. Открыть аллею приехал губернатор Самарской области Николай Меркушкин. В мероприятии также приняли участие министр здравоохранения Геннадий Гридасов, ректор СамГМУ академик Геннадий Котельников, главный врач больницы Александр Вавилов, ветераны здравоохранения Самарской области, депутаты.

Мероприятие было посвящено 85-летию со дня образования лечебного учреждения.

Алексей ПИМШИН.

Самара.

На очереди — пересадка сердца

– Специалисты нижегородской Специализированной кардиохирургической клинической больницы готовы приступить к операциям по пересадке донорских сердец уже в этом году, – заявил губернатор Нижегородской области Валерий Шанцев в приветственном слове на международном конгрессе «Кардиология на перекрёстке наук».

Подготовительная работа ведётся в кардиоцентре давно, уже получены необходимые лицензии на проведение трансплантации, закуплено современное оборудование. Дело осталось за тем, чтобы Минздрав России внёс нижегородский кардиоцентр в список клиник, занимающихся трансплантологией.

На данный момент в очереди на пересадку сердца в Нижегородской области стоит около 20 человек. Раньше они могли надеяться на помощь только в федеральных клиниках.

Леонид ВАСИЛЬЕВ.

Нижний Новгород.

Учения по ликвидации чумы

На территории Ики-Бурульской ЦРБ Республики Калмыкия прошли учения по выявлению и ликвидации очага особо опасной инфекции – чумы.

Сотрудники больницы продемонстрировали чёткие действия по выявлению больного с подозрением на бубонную форму чумы. Также был отработан алгоритм действий медицинского персонала по оказанию медицинской помощи как бригадами «скорой», так и в развёрнутых госпиталях. Сделан акцент на проведении первичных противоэпидемических мероприятий в очаге и заключительной дезинфекции после изоляции больного и контактных граждан.

Юлия ИНИНА.

Республика Калмыкия.

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

События

Открыта первая
виртуальная клиника

Здесь медики будут совершенствовать свои
профессиональные навыки



Робот-тренажёр всегда готов к врачебным процедурам

В Нальчике создана первая виртуальная клиника для отработки практических умений медицинских специалистов среднего звена и врачей. Проект реализован местным центром повышения квалификации и медицинским колледжем совместно с Врачебной палатой Кабардино-Балкарской Республики при содействии Национальной медицинской палаты РФ.

– Виртуальные тренажёры-системы при помощи компьютера полностью моделируют реальные ситуации и имитируют реакцию виртуального пациента на действия медицинского работника. Это позволяет повысить уровень профессиональной подготовки специалиста и натренировать готовность к правильным действиям

в экстренных случаях, – объясняет директор центра Эдуард Шогенов.

В структуру виртуальной клиники входят центр практической подготовки, центр информатики и компьютерного тестирования и залы для дебрифинга. Симуляционно-тренировочные залы учебной виртуальной клиники включают все этапы оказания медицинской помощи, оснащены современными роботами-симуляторами и виртуальными тренажёрами последнего поколения от ведущих зарубежных производителей. Представлен широкий спектр специальностей симуляционных тренингов: акушерство и гинекология, неонатология и педиатрия, анестезиология-реаниматология, хирургия и травматология, офтальмология и оториноларингология, ультразвуковая диагностика, общая врачебная практика, медицина катастроф, скорая и неотложная

помощь, стоматология терапевтическая, ортопедическая и хирургическая.

Председатель Врачебной палаты республики Мурат Уметов отметил своевременность и актуальность создания виртуальной клиники:

– Учреждения медицины в последнее время обновили материально-техническую базу, внедряются прогрессивные методики, всё больше требований к соблюдению порядков и стандартов оказания медицинской помощи. В связи с этим учреждения крайне нуждаются в квалифицированных специалистах с современными навыками и знаниями,

но зачастую не имеют достаточно средств, чтобы направлять всех сотрудников в федеральные центры на обучающие циклы. Открытие в Кабардино-Балкарии симуляционного центра, как раз и даёт возможность на месте повышать уровень квалификации наших специалистов. Это окажет положительное влияние и на качество медицинской помощи в учреждениях. Кроме того, уже сейчас из соседних субъектов обращаются с заявками на обучение, что подтверждает имидж республики как региона, ставшего в последние годы образовательной площадкой для повышения уровня профессиональной подготовки медицинских специалистов.

Лилия ШОМАХОВА,
внест. корр. «МГ».

Нальчик.

Кагры

Куда пойдут выпускники?

На факультетах Омского государственного медицинского университета проходят мероприятия по распределению выпускников. Только что решалась судьба юношей и девушек лечебного факультета.

Во вступительном слове ректор ОмГМУ, доктор медицинских наук, профессор Александр Новиков отметил, что уровень подготовки студентов 92-го выпуска лечебного факультета очень высокий. Из 215 человек 41 идут на «красный диплом», 75% всех 6-курсников имеют средний балл успеваемости 3,9 и выше.

Самых лучших студентов-выпускников первыми пригласили на комиссию по трудоустройству.

Среди нынешних выпускников лечфака ОмГМУ немало тех, кто выбирал будущую профессию по примеру своих родителей-медиков. Среди таких – Анастасия Прокопенко. Она родом из посёлка Оконешниково, где в районной больнице много лет работает врачом её мама. В течение всего периода обучения Анастасия Прокопенко ездила на практику в Оконешниковскую ЦРБ. Туда же она направится для прохождения интернатуры по анестезиологии-реаниматологии. Девушка отмечает, что ей понрав-

вились обстановка и коллектив больницы. К тому же власти района гарантируют предоставление служебного жилья, «подъёмные» и ряд других социальных льгот. Плюс к этому Анастасия попадает под действие федеральной программы «Земский доктор», по условиям которой молодой врач, отправившийся работать на село, получает 1 млн руб., которые имеет право потратить на любые нужды.

Вслед за А.Прокопенко через комиссию по трудоустройству прошли ещё несколько студентов, обучавшихся в вузе по целевым направлениям. Практически все омские «целевики» поедут работать в больницы тех сельских районов, где им были предоставлены путёвки на образование в ОмГМУ. Это обстоятельство в вузе подчёркивают особо.

«По направлениям в ОмГМУ учатся молодые люди из Павлоградского, Колосовского, Усть-Ишимского и других районов. За ними очень строго следит Минздрав. Определённая часть выпускников-«целевиков» этого года будет работать в участковой службе, другая часть – продолжат образование в интернатуре, третья – в ординатуре», – отметил ректор ОмГМУ Александр Новиков.

В заседании комиссии по трудо-

устройству выпускников лечфака участвовали представители практически всех крупных медучреждений Омской области, а также руководители учреждений здравоохранения из ряда соседних регионов, в частности – из Курганской области.

Самыми популярными учреждениями для обучения в интернатуре и ординатуре у выпускников этого года стали областная клиническая больница, БСМП № 1, БСМП № 2. «За 5 лет нам удалось повысить обеспеченность учреждения кадрами врачей с 49 до 53%. Для этого мы активно участвуем в подготовке молодых специалистов, начиная со студенческой скамьи. У нас есть свои студенты-«целевики», всегда готовы предоставить места для прохождения интернатуры и ординатуры на кафедрах последипломного образования. В этом году мы ожидаем прихода 5 молодых специалистов. Каждому из них гарантируем материальную поддержку в виде стипендии в 4,5 тыс. руб. Студентам-«целевикам» выплачиваем стипендию в 3 тыс. руб.», – пояснил главный врач БСМП № 2 Александр Мураховский.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Накануне

Проверь себя!

«Национальная иммунобиологическая компания» (Госкорпорация Ростех) выступит главным социальным партнёром Казанского марафона, который в этом году пройдёт под эгидой борьбы с ВИЧ/СПИД. Впервые в России в забеге примут участие спортсмены «с открытыми лицами», которые на личном примере докажут возможность ведения полноценного и активного образа жизни, имея диагноз ВИЧ. Во время мероприятия желающие смогут пройти экспресс-тест на определение ВИЧ-статуса.

Марафон состоится 15 мая в день памяти умерших от СПИДа. На забег вместе с другими участниками планируют выйти Геннадий Онищенко, руководитель Роспотребнадзора Анна Попова, а также популярные артисты кино и театра.

«Организация производства лекарственных препаратов против ВИЧ-инфекции и хронических вирусных гепатитов является одним из стратегических направлений деятельности «Нацимбио». Обеспечение пациентов современными схемами лечения – это решающее условие борьбы с эпидемией, однако не менее важно направлять усилия и на популяризацию профилактики инфекции. Именно поэтому мы поддерживаем крупные инициативы, которые позволяют донести до людей серьёзность ситуации в России, а также рассказать об основных превентивных мерах, которые уберегут их от

ВИЧ», – говорит Николай Семёнов, генеральный директор «Нацимбио».

Одной из важных задач «Казанского марафона-2016. Проверь себя!» является снижение уровня дискриминации по отношению к людям с позитивным статусом и борьба с предрассудками, существующими из-за недостаточной информированности населения о характере заболевания. Организация мероприятий, в рамках которых люди могут открыто заявить о своём диагнозе и на личном примере доказать возможность полноценной жизни с диагнозом ВИЧ, позволяют делать заметные шаги в сторону улучшения отношения к пациентам.

Согласно данным, озвученным руководителем Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Вадимом Покровским, в России живёт более 1 млн зарегистрированных носителей ВИЧ-инфекции. Только за

2015 г. было выявлено более 100 тыс. новых случаев, при этом динамика такова, что через 4-5 лет можно ожидать увеличения этих показателей вдвое. В России регионами с самым высоким уровнем распространения являются Урал, Поволжье, Сибирь и Санкт-Петербург.

Для организации производства лекарственных препаратов против «ВИЧ-инфекции/СПИД» «Нацимбио» активно развивает отношения с независимыми экспертами. В 2016 г. при компании был сформирован Экспертный совет по направлению «ВИЧ-инфекция и вирусные гепатиты». В рамках заседаний компания консультируется с ведущими представителями направления по ключевым инициативам в части обеспечения пациентов современными схемами лечения.

Казанский марафон впервые состоялся 11 мая 2015 г., в нём приняли участие более 2300 бегунов со всей России.

Старт и финиш марафона будут базироваться на «Казань Арена», а трасса будет пролегать по историческому центру города. Помимо марафона (42,2 км) состоятся забеги на полумарафонскую дистанцию (21,1 км), 10 км и 3 км, в которых могут принять участие все желающие.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Проекты

В течение лета нынешнего года на портале открытых данных правительства Москвы, как сообщают в Департаменте информационных технологий, появится информация о пунктах анонимного обследования на ВИЧ-инфекцию в городе, а также сведения о других медицинских учреждениях, в том числе центрах онкологии и вакцинации.

«Планируется расширить блок справочной информации о медицинских учреждениях Москвы: будут опубликованы данные о бюро судебно-медицинской экспертизы, кабинетах анонимного обследования на ВИЧ/СПИД, центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом, патологоанатомических отделениях, онкологических центрах, центрах вакцинации. Информация будет доступна как в

Доступно и анонимно

табличном виде, так и на карте», – заявили в департаменте.

Как известно, вирус иммунодефицита человека не проявляется с помощью явных специфических симптомов. Человек, в организме которого есть данный микроорганизм, может долгое время даже не подозревать об этом, поэтому наличие ВИЧ-инфекции можно определить только с помощью специального лабораторного теста.

Своевременная диагностика ВИЧ-инфекции может помочь пациенту вовремя получить медицинскую помощь, которая способна предотвратить серьезные и угрожающие жизни последствия заболевания.

Каждый житель Российской Федерации имеет право на бес-

платное тестирование на ВИЧ-инфекцию. Его можно пройти в районной поликлинике либо в центральной районной больнице по месту жительства, анонимно в кабинетах анонимной диагностики или государственных центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Независимо от того, где и когда сделан анализ на ВИЧ, сведения о результатах теста, о состоянии здоровья и о том, куда человек обращался за медицинским обследованием, составляют врачебную тайну, за разглашение которой полагается уголовная ответственность.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Дословно

К вопросу об инвалидности

Общественность призывает реформировать деятельность медико-социальных экспертиз (МСЭ) и передать их полномочия Минздраву России. С таким предложением обратились в письме к председателю Правительства РФ Дмитрию Медведеву председатель комиссии Общественной палаты РФ по социальной политике, трудовым отношениям и качеству жизни граждан Владимир Слепак и президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский.

Правозащитники предложили передать полномочия МСЭ рабочим комиссиям в поликлиниках. «Этот вариант удобен и для граждан, и для бюджета государства: поликлиники доступны для населения, а передача им функций МСЭ позволит сократить расходы на содержание бюро МСЭ. На их содержание ежегодно из госбюджета выделяется около 10 млрд руб.», – считают правозащитники.

Примечательно, что общее количество инвалидов в России за

последний год сократилось по разным данным на 200-500 тыс. человек. Такова сознательная политика Минтруда России, – уверены авторы послания Дмитрию Медведеву, – ведомство заявляет, что передача МСЭ от Минтруда в регионы вызовет рост численности инвалидов на 30-35%, а это – рост расходов федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов.

«Минтруда прямо признаёт, что он намеренно и осознанно проводит политику сокращения числа инвалидов, а сеть МСЭ является проводником этой политики, что приводит к массовому нарушению прав граждан, недоступности для них льготных лекарств и средств реабилитации, ухудшению здоровья детей и взрослых и, как следствие, – преждевременной, предотвратимой гибели людей», – говорится в письме.

Правозащитники также требуют проведения прокурорских и следственных проверок по поводу наличия составов уголовных преступлений (в частности, по ст. 293

УК РФ – халатность) в действиях ряда экспертов и иных должностных лиц МСЭ, повлекших за собой массовые нарушения прав граждан, и, возможно, последствий в виде тяжкого вреда и летальных исходов.

В частности, В.Слепак пояснил, что главе российского правительства предложено ввести уголовную ответственность за нарушения прав граждан с ограниченными возможностями здоровья при проведении МСЭ.

Независимая экспертиза ситуацию не изменит, полагают авторы письма. «Институту независимых экспертов просто неоткуда взяться в связи с тем, что независимость достигается отсутствием связи эксперта с деятельностью государственной системы МСЭ, но специалист, не связанный с деятельностью МСЭ, не может считаться экспертом. Это – неустраняемое противоречие», – полагают авторы письма.

Марк ВИНТЕР.

МИА Сити!

Современные технологии

Спасительные операции для новорождённых

В Московском областном научно-исследовательском клиническом институте им. М.Ф.Владимирского проводят уникальные операции по клипированию открытого артериального протока у детей.

Открытый артериальный проток – это сообщение между аортой и лёгочным стволом, которое обеспечивает эмбриональное кровообращение плода до рождения и самостоятельно закрывается в первые часы после рождения. В случае, если закрытия не происходит, у новорождённых нарушается работа системы кровообращения – в результате у малышей наблюдается отставание в развитии, повышенная утомляемость, перебои в сердечной деятельности. Операции по клипированию артериального протока у детей позволяют перекрыть сообщение между аортой и лёгочным стволом.

Первая такая операция на базе Московского областного перинатального центра прошла 11 апреля, ещё две операции – 21 апреля, четвёртая операция – 27 апреля.

Операции были выполнены бригадой кардиохирургов и анестезиологов-реаниматологов из МОНИКИ и Московского областного перинатального центра на базе малой операционной отделения реанимации и интенсивной терапии МОПЦ.

Внедрение операционной технологии клипирования открытого артериального протока у детей позволяет избежать опасности развития стресса и ухудшения состояния новорождённого при транспортировке в медицинские учреждения проводящие данные вмешательства. Особое значение этот фактор имеет для недоношенных детей – задержка проведения необходимой операции может обернуться летальным исходом.

Все новорождённые пациенты адекватно перенесли оперативное вмешательство и анестезию – двое малышей уже сняты с аппаратной искусственной вентиляции лёгких, основная цель проведённых оперативных мероприятий достигнута без развития вторичных осложнений.

Вот что по этому поводу сказала министр здравоохранения Московской области Нина Суслонова: «Благодаря опыту врачей, а также современному медицинскому оборудованию, которое сейчас приобретается и устанавливается в Подмосковных больницах, появляется возможность проведения высокотехнологичных операций с применением инновационных технологий, а также существенно уменьшают риски и период реабилитации пациентов».

Соб. инф.

Криминал

Отложенный срок



В Республике Татарстан к 4,5 годам колонии общего режима приговорили 55-летнего главного бухгалтера Зеленодольского городского психоневрологического диспансера Эльвиру Каюмову, которая оформила на себя квартиру умершей пациентки, а также причинила государству ущерб на сумму в 4,4 млн руб.

Как доказали в суде правоохранители, в период с 2009 по 2011 г. Э.Каюмова по поддельным документам незаконно зарегистрировалась в квартире одинокой престарелой пациентки диспансера. После её смерти главный бухгалтер зарегистрировала жилище в свою собственность. В результате исполнительному комитету города был причинён ущерб на сумму свыше 1 млн руб., сообщает пресс-служба прокуратуры Татарстана.

Кроме того, в начале 2013 г. бухгалтер совершила хищение из внебюджетного фонда учреждения 963 тыс. руб., полученных от оказания платных услуг населению, и в том же году похитила ещё 2 млн 250 тыс. руб. из средств

фонда обязательного медицинского страхования.

В деле Каюмовой есть также злоупотребление доверием главного врача психоневрологического диспансера: он подписал заявление, по которому женщине выплатили необоснованную премию к отпуску в размере 114 тыс. руб. Общая сумма причинённого ущерба составила около 4,4 млн.

Суд приговорил Э.Каюмову к 4 годам и 6 месяцам лишения свободы с отбыванием наказания в исправительной колонии общего режима, но так как у неё имеется 3-летняя дочь, исполнение наказания было отложено до достижения ребёнком 14-летнего возраста. Похожее наказание, но без отсрочки, с марта 2014 г. отбывает в исправительной колонии общего режима бывший главный врач хосписа – филиала Центральной городской больницы города Камышин (Волгоградская область). Он похитил денежные средства на сумму свыше 3 млн руб.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

Точка зрения

Нужны ли нам
семейные банки крови?

Инициатива российских законодателей может вызвать серьёзные проблемы

Как стало известно редакции «МГ», в конце апреля в Государственную Думу РФ передан законопроект № 1049218-6 «О внесении изменений в Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» (в части регулирования отношений, связанных с созданием и использованием семейных банков крови)».

Только для своих

Авторы поправок хотят дополнить закон о донорстве положением о семейном банке крови и особом режиме хранения крови и её компонентов, которые принадлежат членам одной семьи, состоящим в родстве.

Такой режим предполагает, что граждане имеют право сдавать и хранить собственную кровь и её компоненты, чтобы в случае необходимости использовать их исключительно для определённого круга лиц, а именно своей кровной родни. Это особенно актуально, если в семье есть люди с редкой группой крови, или старики и дети, которые не могут сами для себя сделать запас крови по возрасту и здоровью.

Срок, в течение которого можно использовать режим семейного банка крови, по мнению авторов поправок, должен быть установлен Правительством РФ. По истечении данного срока «семейная» кровь и её компоненты безвозмездно переходят в распоряжение лечебных учреждений, иными словами, могут быть перелиты любому нуждающемуся реципиенту.

Кстати, услуга заготовки и хранения крови в режиме семейных банков должна быть предоставлена донорам бесплатно. И ещё важный нюанс: если донор сдаёт кровь в свой семейный банк, на него не распространяются меры социальной поддержки. А именно, такая кроводача не считается безвозмездной, донор не получает бесплатное питание, и данный факт заготовки крови или её компонентов не будет зачтён для присвоения звания «Почётный донор России».

Логика есть, но...

Насколько адекватен данный законопроект современной ситуации в службе крови России? Ведь в пояснительной записке к законопроекту отмечается, что «необходимо увеличивать количество доноров крови и (или) ее компонентов без ущерба для качества самой крови



и (или) ее компонентов и уровня безопасности медицинских процедур».

По мнению заведующего кафедрой трансфузиологии Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова, доктора медицинских наук, профессора Евгения Жибурта, определённая логика в этом послыше есть:

– При нынешнем уровне развития донорского движения в России мы уже несколько лет не наблюдаем дефицита крови. Тем не менее, можно только приветствовать стремление авторов законопроекта повысить эффективность рекрутирования доноров и работы службы крови. Доноры-родственники есть и сейчас, но, стремясь получить справку о кроводаче, они имеют дополнительный мотив сокрытия противопоказаний к донации. Отказ от льгот для «семейных» доноров повысит безопасность их крови.

В то же время, говорит профессор Жибурт, если логистика «семейной» плазмы понятна (свежезамороженная карантинизированная или патогенинактивированная плазма хранится в течение 3 лет), то с эритроцитами (они хранятся 42 дня) и тромбоцитами (срок их хранения всего 5 дней) сложнее. Эти нюансы законодотворцы не предусмотрели.

Не путать Менделя с Мендельсоном

Как уже сказано, родственное донорство крови весьма активно практикуется и сегодня: практически всегда врачи просят, чтобы родственники пациентов сдали кровь для своих близких перед операцией или родами. Правда, эта кровь поступает в общий банк,

а не в чей-то семейный. Вероятность, что реципиенту будет перелита именно кровь его родственника, невелика. И, в отличие от огорчённых доноров-родственников, трансфузиологи данному обстоятельству только рады.

– Надо знать об основной опасности переливания реципиенту крови родственника – болезни «трансплантат против хозяина» (БТПХ). В крови содержатся лимфоциты – стволовые клетки, способные размножаться. А перелитая кровь – это чужеродная ткань, и в большинстве случаев иммунная система реципиента уничтожает донорские лимфоциты, распознавая их чужеродность. Родственное донорство в данном случае не исключение. Только здесь не организм реципиента отторгает перелитые лимфоциты, а наоборот, высок риск БТПХ – ситуации, когда донорские лимфоциты размножаются и «отторгают» организм реципиента, – подчёркивает профессор Жибурт.

Напомним, что чужеродность ткани при пересадке органов или переливании крови распознаётся по HLA, а ребёнок при рождении получает «половинку» набора генов HLA от каждого родителя. В итоге ослабленный организм реципиента может не распознать лимфоциты здорового донора, особенно, если эти лимфоциты родственные и несут похожие антигены. Таким образом, идея скрепить семейные союзы не только маршем Мендельсона, но и кровными узами, вступает в противоречие с законом наследования Менделя.

– В научном эксперименте болезнь «трансплантат против хозяина» развивается при наличии у реципиента по крайней мере

одного антигена, которого нет у донора крови. А наиболее яркий пример из клинической практики – БТПХ при пересадке аллогенного костного мозга развивается у 30-45% реципиентов, – продолжает учёный.

Спешить не надо

Состояние «трансплантат против хозяина» относится к тяжёлым заболеваниям, острая его форма характеризуется дисфункцией кожи, желудочно-кишечного тракта и печени. Вероятность возникновения БТПХ при узаконенном родственном донорстве крови заведомо возрастает. Готовы ли российские трансфузиологи предупреждать эти ситуации?

Мировой опыт предлагает для профилактики посттрансфузионной БТПХ два варианта действий: использовать метод вирусинактивации крови, который нацелен на повреждение нуклеиновых кислот и не повреждает тромбоциты, или проводить рентгеновское либо гамма-облучение гемокомпонентов для подавления пролиферации Т-лимфоцитов.

В нашей стране первая технология используется не во всех, а только в ведущих организациях службы крови, и то лишь в отношении тромбоцитов и плазмы (но не эритроцитов), а вторая вообще не входит в стандарт оснащённости учреждений службы крови и стационаров. В случае же принятия поправок к закону такое оснащение потребует. Готов ли бюджет здравоохранения потянуть новые расходы? И главное – есть ли в этом смысл?

– Нерешённые вопросы решаются в результате научной работы. И закон № 125-ФЗ «О донорстве крови и её компонентов» мудро включил в полномочия федеральных органов государственной власти утверждение программ научных исследований в сфере обращения донорской крови. Может быть, прежде чем рассматривать законопроект и начинать реализацию идеи семейных банков крови, следует провести исследования об их целесообразности и эффективности? – задаётся вопросом профессор Жибурт.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Профилактика

Только что мы отметили Всемирный день борьбы с менингитом – грозной инфекцией, способной унести жизнь больного за 24 часа. А значит – надо напомнить об этом опасном заболевании.

Болезнь
призывает
к бдительности

Менингит – это тяжёлая инфекционная патология, характеризующаяся воспалением мягких оболочек головного и спинного мозга, которое может вызываться вирусами, бактериями и грибами.

Самый распространённый и опасный бактериальный менингит – менингококковый, который часто сочетается и с другим проявлением данной инфекции – сепсисом.

Ежегодно во всём мире регистрируется не менее 1,2 млн случаев тяжёлой менингококковой инфекции, из которых до 135 тыс. заканчивается летально.

В России до 45% всех лабораторно подтверждённых случаев бактериальных менингитов приходится на менингококковый.

Специалисты подчёркивают: коварство менингококкового менингита заключается в том, что на начальной стадии его симптомы схожи с признаками обычной простуды.

Состояние больного стремительно ухудшается, быстро развиваются наиболее тяжёлые симптомы менингита – бред, судороги, спутанность и потеря сознания, которые нередко приводят к смерти. Таким образом, своевременность оказания медицинской помощи становится критическим фактором успеха лечения.

Единственным эффективным и надёжным способом борьбы с ним является вакцинопрофилактика. Уже сегодня существуют и с успехом применяются эффективные и безопасные вакцины, которые способны предотвратить это смертельно опасное заболевание.

– Частота возникновения менингококковой инфекции и опасность развития наиболее тяжёлых форм заболевания выше у маленьких детей. Риск гибели ребёнка также в значительной степени зависит от его возраста: чем младше заболевший – тем больше вероятность неблагоприятного исхода. До 75% от числа умерших от менингококковой инфекции составляют дети до 2 лет, – поясняет ведущий научный сотрудник Научного центра здоровья детей, доктор медицинских наук, профессор Владимир Таточенко. – Четырёхвалентная конъюгированная менингококковая вакцина позволяет проводить профилактику детям уже с 9 месяцев, что открывает новые возможности для иммунизации детей в возрастной группе, прежде беззащитной перед менингококковым менингитом.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Решения

Министерство здравоохранения РФ опубликовало проект приказа, который регламентирует время, необходимое на приём у некоторых узкопрофильных специалистов. Документ затронул кардиологов, эндокринологов и стоматологов-терапевтов, при этом в приказе подчёркивается, что по нормативу оформление медицинской документации пациента также входит в указанное время.

На первичный приём по поводу заболевания у эндокринолога отводится 19 минут, у кардиолога – 24, у стоматолога-терапевта – 44. Повторное посещение должно, по мнению Минздрава, быть на 20-

Новые нормативы для врачей

30% короче, а профилактический приём – на 30-40% короче, чем первичный. На заполнение необходимых документов при этом врач должен тратить не более 35% от времени приёма.

Кроме того, время, которое больной проведёт у доктора, будет зависеть от уровня заболеваемости в регионе, плотности населения, а также количества людей старшего возраста на вверенном медицинскому работнику участке.

В качестве обоснования внедрения новых нормативов специ-

алисты Минздрава подготовили сводный отчёт, в котором сказано: «За последние 10 лет в системе организации оказания медицинской помощи произошли существенные изменения, активно внедрялись современные медицинские технологии и достижения научных исследований, повысились требования к качеству оказания медицинских услуг и определению результативности деятельности.

Изменились частота распространения и структура заболеваемости населения, её тяжесть,

кратность и сочетанность. Изменение демографической ситуации в сторону старения населения, проблемы распространения социально значимых заболеваний увеличили нагрузку на специалистов, оказывающих медицинскую помощь по соответствующим специальностям.

Внедрение в отечественное здравоохранение принципов доказательной медицины, стандартизации медицинской деятельности также в настоящее время определяет необходимость разработки принципиально новых методоло-

гических подходов к определению трудозатрат в здравоохранении».

Кроме того, подчёркивают разработчики проекта приказа, отсутствие единых нормативов сейчас приводит к тому, что руководители лечебных учреждений самостоятельно разрабатывают их самостоятельно. В связи с этим население не всегда может получить качественную медицинскую помощь. Публичное обсуждение документа продлится до начала июня нынешнего года.

Алина КРАЗЕ.

МИА Сити!

– Борис Дмитриевич, почему проходят столетия, а кардинальных достижений в диагностике шизофрении как будто бы и нет?

– Несмотря на наличие самых совершенных технологий для анализа человеческого генома, диагностика шизофрении в отличие от многих других заболеваний основывается исключительно на симптомах, вернее, на самосообщении о собственных переживаниях. Хотя, безусловно, шизофрения – заболевание с наследственной компонентой. Проведённые исследования в области молекулярной генетики и развития технологий генотипирования помогли выявить схожие биологические механизмы возникновения психических расстройств шизофренического круга.

– Неужели, как свидетельствует статистика, каждый сотый из нас страдает шизофренией? А что тогда говорить о психическом здоровье вообще?

– По статистике ВОЗ, каждый седьмой человек из тысячи является шизофреником, причём большая часть из них приходится на долю молодых людей в возрасте от 15 до 35 лет. Сегодня шизофренией болят 24 млн человек на планете.

В соответствии со стандартной методикой DALY специалисты ВОЗ подсчитали, что число умственных и психических расстройств в 1990 г. составило 10% от всех заболеваний в мире, в 2007 г. – уже 12,3%, а к 2020 г. достигнет 15%. Эксперты ВОЗ отмечают, что многие страны при этом практически не занимаются проблемой психического здоровья. Две трети правительств стран мира выделяют на психиатрию не более 1% бюджета здравоохранения, в большинстве случаев психическому здоровью уделяется значительно меньше внимания, чем физическому.

В России уровень психического здоровья остаётся низким. Так, за период с 1992 г. по настоящее время более чем на 20% вырос показатель распространённости психических расстройств. В лечебные учреждения страны ежегодно за психиатрической помощью обращается 7,5 млн человек, что превышает 5% населения страны. На самом же деле в психиатрической помощи нуждаются ещё больше – около 14% населения страны, что составляет более 21 млн человек.

– Последние 5 лет вы были главным внештатным специалистом-психиатром Департамента здравоохранения Москвы и, как никто другой, владеете информацией по распространённости шизофрении в Москве. Может быть, хоть в столице не так всё плохо?

– В Москве с 2011 г. Департаментом здравоохранения Москвы была начата глубокая реформа психиатрии с переориентацией

В наступившем году для психиатров всего мира не останутся незамеченными две даты – 160 лет со дня рождения и 90 лет со дня смерти Эмиля Крепелина. Это он выделил определённый круг психических расстройств – «деменция прекокс» – как единое заболевание, которое в дальнейшем получило название «шизофрения» и на сегодняшний день является в психиатрии самым тяжёлым психическим заболеванием.

По данным ВОЗ её распространённость в мире составляет 1% населения, но ещё большее количество людей преследует страх заболеть шизофренией.

Авторитетное мнение

Только бы не сойти с ума...

Предполагается много новшеств и изменений в принципах диагностики шизофрении



преимущественно стационарной помощи психически больным на амбулаторную с развитием различных стационарозамещающих организационных форм. Особое внимание было уделено созданию информационно-организационной системы в осуществлении эффективной преемственности в лечебно-реабилитационных мероприятиях на разных этапах лечения.

Перераспределение нагрузки с психиатрических больных на диспансеры позволило в Москве уже в первые 3 года реформы снизить на 2,93% госпитализации пациентов, высвободить места для тех, кто действительно нуждается в оказании медицинской помощи в условиях специализированного стационара. Средний срок пребывания больного на

койке уменьшился с 61,9 койко/дня в 2011 г. до 56,8 койко/дня в 2013 г., и продолжает снижаться. Увеличилось число больных, снятых с наблюдения по выздоровлению. Число дней работы койки в году и оборот койки также увеличились. Летальность в психиатрических стационарах Москвы снизилась с 0,6 до 0,4% и является самой низкой в России. Из года в год постепенно увеличивается число больных, находящихся на консультативном наблюдении, а доля диспансерного наблюдения имеет чёткую тенденцию к уменьшению. По сравнению с 2010 г. в Москве произошло увеличение числа лиц, в том числе и детей до 14 лет, с впервые в жизни поставленным диагнозом психического заболевания вообще, а не только шизоф-

рении – на 17%. По-видимому, это связано с большей выявляемостью психических расстройств в Москве. Количество инвалидов вследствие заболевания шизофренией выросло за тот же период чуть больше, чем на 1%, тогда как по России рост был несколько меньшим, что объясняется большей продолжительностью жизни людей в столице.

Согласно статистике, общее число инвалидов вследствие психических расстройств в России составляет почти 8% от численности инвалидов по всем заболеваниям. В Москве на протяжении ряда лет число инвалидов по психическим заболеваниям составляет около 60 тыс. человек. При этом шизофрения как заболевание входит в десятку ведущих причин инвалидности. К сожалению, большинство психиатрических пациентов, утративших работоспособность, становятся инвалидами в молодом и среднем возрасте: 25% – до 29 лет, 70% – до 40 лет.

– То есть инвалидизация больных неизбежна?

– Сами больные создают предпосылки для этого. Во-первых, не посещают психоневрологический диспансер после выписки. Особенностью болезни шизофрении в большом количестве случаев является отсутствие критики к болезненным переживаниям в обострениях и ремиссиях, что создаёт предпосылки не посещать психиатрические диспансеры и отказываться от лечения. Как показала исследованная нами

выборка пациентов, до начала реформ в Москве не посещали диспансеры до 44% страдающих шизофренией, в 60% случаев пациенты госпитализировались недобровольно. Во-вторых, в 35% случаев больные более месяца находились в состоянии обострения без медицинского наблюдения. Почти 70% больных не следовали режиму фармакотерапии, то есть полностью игнорировали врачебные предписания.

– Обидно, что люди элементарные требования для собственного здоровья не выполняют, а мы хотим, чтобы терапия была персонализированной...

– Тем не менее, надо всё делать для персонализации терапии. Многообразие клинической картины, течения и исходов шизофрении делает лечение больных чрезвычайно сложной задачей. Но есть ещё и другая сторона фармакотерапии больных шизофренией – фармакоэкономическая. Например, затраты на терапию шизофрении в Российской Федерации составляют 0,02% ВВП. В США же ежегодные государственные затраты на больных с психической патологией составляют 33 млрд долл., при этом доля затрат на терапию шизофрении составляет 53% от названной суммы.

– Экономические потери происходят, вероятно, ещё из-за того, что у этой категории больных преобладает трудоспособный возраст?

– Почти 90% страдающих шизофренией – это люди действительно трудоспособного возраста, причём стойкая утрата трудоспособности наблюдается у 94%. Если перевести проценты в конкретных граждан, то цифры получаются небольшие. В мире, как уже отмечалось ранее, страдают шизофренией 24 млн человек. Продолжительность жизни больных, в среднем, на 10 лет меньше, чем в общей популяции. У 70% пациентов в течение года наблюдается обострение болезни.

– Обострение шизофрении представляет серьёзную опасность?

– В 40% случаях это не просто опасность, а социальная опасность и суицидальный риск. Но опять же возвращаясь к вопросу фармакотерапии, скажу, что 20-30% пациентов при условии адекватной терапии достигают «социального выздоровления».

– Представленные вами статистика и информация рушат представления большинства из нас о шизофрении, как болезни без особых проблем для общества. Как жаль, что Нобелевская премия по изучению такого сложного заболевания, как шизофрения, до сих пор остаётся неустраиваемой...

Москва.

Санитарная зона

В этом сезоне от осложнений после гриппа скончались, по данным Минздрава России, 503 россиянина, а в прошлом году ущерб от эпидемии этого заболевания составил 1,25 млрд руб., сообщила глава Роспотребнадзора, главный санитарный врач РФ Анна Попова.

Возглавляемое ею ведомство информирует, что эпидемия гриппа в России закончилась. Официальный представитель Минздрава России Олег Салагай также отметил, что эпидемия гриппа в стране завершилась, «и какой-то угрозы для здоровья наших сограждан нет».

Замечу, что при расчёте суммы среднего ущерба от одного случая болезни учитываются затраты на госпитализацию больного и его лечение, а также ущерб в связи с его нетрудоспособностью или смертностью.

Напомню, что эпидемия гриппа

Эхо эпидемии

Грипп унёс в России жизни более полутысячи человек

и ОРВИ разразилась в России в январе. Из-за распространения болезни сотни детских садов и школ по всей стране были закрыты на карантин. В этом сезоне, по словам А.Поповой, медики отметили снижение интенсивных показателей заболеваемости, доли гриппа среди циркулирующих респираторных вирусов, а также уменьшение числа госпитализированных пациентов.

В этом году Роспотребнадзор планирует привить от гриппа до 40% населения РФ, что позволит снизить эпидемические риски, заявила журналистам А.Попова. «Мы уверены, что это очень нам поможет», – заявила глава Роспотребнадзора.



Теперь угроза эпидемии гриппа миновала...

Годом ранее в рамках подготовки к эпидемическому подъёму заболеваемости Роспотребнадзор был организован и проведён комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в том числе иммунизация населения, в ходе которой было привито свыше 44,9 млн человек, что позволило не допустить осложнения ситуации.

Ранее аналитическая компания DSM Group выпустила отчёт, согласно которому коммерческий рынок лекарств в январе 2016 г. вырос на 6,8% в денежном выражении по сравнению с аналогичным периодом годом ранее и достиг 56 млрд руб. Такая динамика была обусловлена ажиотажным спросом на противовирусные и простудные препараты, спровоцированным высоким уровнем заболеваемости гриппом и ОРВИ.

Иван МЕЖГИРСКИЙ.
МИА Сито!

Всё большее внимание во всём мире приковано к проблемам людей пожилого возраста. И не только потому, что на планете идёт масштабное постарение населения. Просто, как говорится, всему своё время. Здоровье миллионов тех, кто шагнул в «третий возраст», потребовало особого внимания. И знания геронтологов и гериатров востребованы сегодня, как никогда.

Каковы тенденции?

Процесс старения населения, выражающийся в возрастании числа граждан старшего поколения в населении страны, вызван снижением суммарного коэффициента рождаемости и ростом продолжительности жизни. В Российской Федерации в настоящее время проживает 35 163 тыс. человек старше трудоспособного возраста. Доля лиц данной возрастной группы в структуре всего населения с 1989 г. возросла с 15 до 24%. По данным среднего варианта прогноза Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста в нашей стране увеличится с 2016 по 2025 г. с 24,6 до 27% и составит 39,9 млн человек.

Увеличение доли старшего поколения в демографической структуре России полностью соответствует общемировым тенденциям и требует принятия масштабных безотлагательных комплексных мер административного, юридического, экономического, медицинского, социального и культурного характера как на федеральном, так и на региональном уровне.

Складывающаяся демографическая тенденция старения населения и необходимость определения новых государственных и общественных целей и задач в отношении граждан старшего поколения предопределили подписание Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г.

В свете последних изменений в Уфе с 12-15 апреля прошёл медицинский форум «Неделя здравоохранения в Республике Башкортостан». В рамках этого мероприятия состоялась научно-практическая конференция с международным участием по вопросам геронтологии и гериатрии, а также более 30 научно-практических конференций, «круглых столов» и семинаров по таким направлениям, как медицинская профилактика, онкология, кардиология и реабилитация.

Очень существенный показатель

Недавно состоялось совместное заседание президиума Ассоциации геронтологов и гериатров России и Ассоциации госпиталей ветеранов войн России.

В заседании приняли участие начальники и главные врачи госпиталей для ветеранов войн из разных регионов России: Санкт-Петербурга, Волгограда, Новосибирска, Челябинска, Ульяновска, Кургана, Иркутска, Калининграда, Курска, Саратова, Ижевска, Тюмени, Читы, Чебоксар, Омска, Владивостока, Екатеринбург, Ростова-на-Дону, Оренбурга, Алтая, Кемерово, Красноярск.

По всей Российской Федерации была задействована видеоконференцсвязь с 15 госпиталями России.

Участники заседания заслушали доклады президента Ассоциации геронтологов и гериатров России, академика РАН Владимира Шабалина о формировании концепции устойчивого движения к активному долголетию населения страны, отчёт председателя исполнительного комитета Ассоциации геронтологов и гериатров России Владимира Купина о деятельности ассоциации за 2014-2015 гг., доклады о состоянии



В зале заседания

Итоги и прогнозы

Старость и старение — разные понятия

Медицинский форум «Неделя здравоохранения в Республике Башкортостан» высветил непростые проблемы в геронтологии и гериатрии

гериатрической службы в рамках стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г., о развитии гериатрической службы в Республике Башкортостан, о правовых основах регулирования оказания медицинской помощи пожилым в Российской Федерации, о совершенствовании системы профессиональной подготовки специалистов гериатрического профиля в Башкирском государственном медицинском университете, о принципах оказания геронтологической помощи в Израиле, о перспективах увеличения ресурса жизнедеятельности человека.

С приветственными словами к собравшимся обратились первый заместитель министра здравоохранения Республики Башкортостан Рустем Валеев и член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева.

Директор Российского геронтологического научно-клинического

заболевания опорно-двигательной системы, болезнь Альцгеймера, онкология). Гериатрия занимается старческой астенией – снижением памяти как таковой, падениями, остеопорозами, недержаниями мочи, нарушениями сна, эмоциональным дефицитом. И гериатрам необходима поддержка специалистов по социальной помощи, чтобы уменьшить выраженность проблем, которые ухудшают условия жизнедеятельности лиц старшей возрастной категории. Для этого нужно повышать качество жизни и функционирование пациентов, способность их к самообслуживанию.

Председатель исполнительного комитета Ассоциации геронтологов и гериатров России Владимир Купин представил «Отчёт о деятельности Российской ассоциации геронтологов и гериатров за 2014-2015 гг.». Основной задачей ассоциации была разработка концепции по решению медико-социальных проблем, формирования общественного отношения к старшему поколению. Ассоциация создала Попечительский совет и объединила ряд общественных организаций с целью общего формирования отношения к этой проблеме. В прошлом году в Пекине было подписано соглашение об инвестировании в геронтологию порядка одного млрд долл. Благодаря этому в Московской области началось строительство первого геронтологического центра. Спикер так же предложил рассмотреть вопрос о проблеме обеспечения здорового старения.

Академик РАН Владимир Шабалин в докладе «О формировании концепции устойчивого движения к активному долголетию населения РФ» отметил, что активное долголетие – это интегральный показатель качества и эффективности работы всех сфер деятельности государства: политической, экономической, социальной, экологической, медико-биологической. Одной из ключевых задач концепции должно стать создание общества для всех возрастов. Конституция Российской Федерации и базирующиеся на её основе федеральные законы, нормативные правовые акты, а также законодательные акты субъектов РФ не содержат каких-либо норм дискриминации по возрасту. Напротив, законодательство Российской Федерации всемерно



Владимир Шабалин

стимулирует интеграцию и участие граждан старшего поколения в общественной жизни.

Ожидаемый социальный эффект от реализации концепции: увеличение средней продолжительности социально и экономически эффективной жизни населения России; увеличение доли пожилого населения, участвующего в общественно полезном труде; снижение показателей возрастной инвалидности. Экономический эффект составит увеличение ВВП на 1,5-2% за счёт повышения трудового потенциала пожилого населения, снижение затрат на медицинское и социальное обслуживание на 15-20%.

Член комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Салия Мурзабаева в докладе «Правовые основы регулирования оказания медицинской помощи пожилым в РФ» сообщила: «Направление, связанное с совершенствованием системы охраны здоровья граждан старшего поколения, включает: создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские услуги, для людей всех возрастов, обеспечение доступности медицинской помощи, контроль обеспечения лекарственными препаратами, формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику возрастассоциированных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией; развитие паллиативной медицин-

ской помощи в интересах граждан старшего возраста; организации гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи за счёт преемственности ведения пациента различными уровнями системы здравоохранения, а также службами здравоохранения и социальной защиты; проведение научных исследований в области геронтологии и гериатрии; повышение информированности медицинских работников по вопросам охраны здоровья граждан старшего поколения; совершенствование единой системы профессиональной подготовки и дополнительное профессиональное образование специалистов по оказанию ме-

дицинской, в том числе гериатрической, и социальной помощи гражданам старшего поколения; привлечение внимания общества к решению проблем граждан старшего поколения, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия. Распоряжением Правительства РФ № 2724-Р от 26.12.2015 утверждён Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов на 2016 г. Число препаратов увеличено с 604 до 646 международных непатентованных наименований, что составляет более 20 тыс. торговых наименований, цены на которые регулируются государством. Перечень дорогостоящих лекарственных препаратов («Семь нозологий») увеличен с 23 до 24 наименований – полномочия по их закупкам сохранены за Минздравом России до 1 января 2018 г.

Руководитель отделения амбулаторной гериатрии Университета им. Д.Бен-Гуриона (Израиль) Ян Пресс в докладе «Принципы оказания геронтологической помощи в Израиле» отметил, что уникальность структуры лечения заключается в том, что университет работает одновременно с двумя больницами и обслуживает весь юг Израиля. Изначально нужно было решить вопрос, сколько гериатров необходимо для оказания амбулаторной помощи и насколько она будет эффективной. При подсчётах удалось установить, что на весь Израиль необходимо 350 гериатров, число которых к



Ольга Ткачёва

центра Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, главный специалист гериатр Минздрава России Ольга Ткачёва в докладе «Гериатрия – инвестиции в будущее» обрисовала ситуацию, когда одному гериатру приходится работать с 20 тыс. пожилых пациентов. Врачи первичного звена из-за своей загруженности часто концентрируются на самой болезни, из-за чего меньше обращают внимания на качество жизни пожилого человека, у которого этих болезней может быть несколько (сердечно-сосудистая патология,



Салия Мурзабаева

2020 г. увеличится до 450. За счёт внедрения гериатрической помощи удалось уменьшить количество госпитализаций и, тем самым, удешевить лечение пожилых людей.

Главный врач Новосибирского госпиталя № 2 ветеранов войн Людмила Канунникова в докладе «Правовые аспекты в геронтологии» показала правовые проблемы и риски при оказании медицинской помощи людям старшего возраста.

Заместитель министра труда и социальной защиты населения Республики Башкортостан Ольга Кабанова в докладе «Развитие современных форм социального обслуживания людей старшего возраста в Республике Башкортостан» затронула тему активного долголетия. С 2010 г. в регионе реализуется целый комплекс различных мероприятий для пожилых. Так, с 2011 г. запущена целевая программа «Народный университет третьего возраста» и развитие социального туризма в республике. Больше 67 тыс. пожилых людей прошли обучение по различным направлениям. Одним из популярных направлений стало освоение компьютерных технологий для адаптации в информационной среде.

В ходе заседания президиума Ассоциации геронтологов и гериатров России были затронуты следующие вопросы:

1. Реализация стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ и Республике Башкортостан до 2025 г.;

2. Приказ Минздрава России № 38н от 29.01.2016 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю гериатрии»;

3. Слабые межведомственные связи между организациями и учреждениями, обеспечивающими работу по проблемам пожилых людей;

4. Отсутствие федеральных и региональных программ и проектов, непосредственно ориентированных на решение проблем пожилых граждан;

5. Дефицит информации об уровне и качестве жизни, состоянии здоровья пожилых граждан, необходимой для принятия решения и подготовки директивных документов и программ на федеральном и региональном уровне, отсутствие информационной базы медико-социальных данных о долгожителях России;

6. Неудовлетворительная кадровая обеспеченность Российского, в том числе регионального, здравоохранения специалистами геронтологического профиля, отсутствие системной подготовки среднего медицинского персонала по специальности гериатрия;

7. Сложности при выполнении медицинских услуг пожилым пациентам в связи с отсутствием протоколов и стандартов оказания медицинской помощи, учитывающих возрастные особенности, а также недостаточном обеспечении профильных учреждений современным медицинским оборудованием.

Пилотный регион назван

Также в рамках конференции была принята резолюция заседания президиума российской Ассоциации геронтологов и гериатров. Президиум решил совместно с главным гериатром Минздрава России профессором О.Ткачёвой обратиться к руководству Министерства здравоохранения РФ с предложением определить место и программу проведения IV съезда геронтологов и гериатров страны в 2017 г.; к правительству Республики Башкортостан с предложением: рассмотреть вопрос об определении РБ в качестве пилотной территории по разработке системной организации решения проблемы демографи-

ческого старения и активного долголетия населения страны. К Министерству здравоохранения РФ: рассмотреть вопрос о создании межведомственной рабочей группы по реализации приоритетных направлений стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г.; активизировать работу комиссии Минздрава России по разработке стандартов и клинических протоколов по оказанию гериатрической помощи населению старших возрастных групп; разработать методические рекомендации по работе учреждений гериатрического профиля в правовом поле по оказанию медицинской помощи гражданам старших возрастных групп; определить роль и место госпиталей ветеранов войн по оказанию им медицинской помощи. А также включить образовательный модуль «гериатрия» в программу медицинских вузов по циклу госпитальной терапии (72 часа в учебный план 6 курса); в программу циклов медицинских вузов всех специальностей дополнительного профессионального образования обязательный модуль по гериатрии и геронтологии (минимум 72 часа).

Необходимо отметить, что в качестве основной модели федеральных и региональных клинических, научно-практических геронтологических центров могут рассматриваться и развиваться госпитали для ветеранов войн с их высокотехнологичным оснащением, многолетним опытом работы, подготовкой персонала.

Ставка на информационные технологии

В этот же день состоялось заседание правления Ассоциации госпиталей ветеранов войн России.

Был заслушан отчётный доклад её председателя Людмилы Канунниковой о работе госпиталей в системе ОМС за 2015 г. Горячо обсуждался вопрос перехода большей их части на систему одноканального финансирования.



Людмила Канунникова

ния – систему ОМС, занижения коечного фонда, крайне низких тарифов – на одного больного приходится 12-19 тыс. руб., без учёта сопутствующей патологии. Всё это снижает качество оказания медицинской помощи.

Заместитель председателя Комитета по делам воинов-интернационалистов при совете глав правительств СНГ по медицинской и реабилитационной работе Галина Демченкова обозначила основные направления дальнейшего развития медико-социальной помощи и повышения качества жизни ветеранов войн и членов их семей в государствах-участниках СНГ на период до 2020 г. Она отметила, что выход на инвалидность у участников войны в Афганистане за последние 25 лет вырос в 5,2 раза, а их средний возраст находится в пределах 60 лет. Также спикер в своём докладе говорила о проблемах родителей погибших в Афганистане – это особая группа населения, нуждающаяся в поддержке. С целью повышения качества жизни семей погибших в Демокра-

тической республике Афганистан выделен Президентский грант для нуждающихся в поддержке. Гранты были установлены по Республикам Башкортостан, Татарстан, Москве, Тульской и Самарской областям. Было проведено анкетирование родителей погибших – более тысячи человек. За последние годы государство в этом направлении приняло целый ряд законов. У многих родителей материальная обеспеченность была оценена как хорошая. Меньше всего нареканий на социальную помощь выявлено в Башкортостане.

Главный врач Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн Халил Мустафин в докладе «Информационное обеспечение членов ассоциации: сайт, видео-конференции, программное обеспечение и др.» заметил, что для современного здравоохранения важнейшим является внедрение информационных технологий. Поэтому и был создан сайт ассоциации (адрес **AGVV.RU**) для продвижения оказания медицинских услуг и формирования позитивного имиджа организации с координацией деятельности её членов. Сайт будет содействовать распространению опыта отечественных и зарубежных врачей. Создаётся электронная библиотека научных работ ассоциации. На сайте можно будет получить подробную информацию о всех госпиталях-членах ассоциации. Для них организован закрытый форум. Во время заседания через сайт по видеосвязи подключались 15 госпиталей России. Отличное качество видеосвязи было продемонстрировано на примере Барнаула. Видеосвязь позволит лучше диагностировать больных, повышать квалификацию медперсонала на местах, организовывать курсы для специалистов различных профилей, проводить конференции и семинары.

Медицинская помощь лицам пожилого возраста

14 апреля в рамках Медицинского форума на высоком уровне была проведена Республиканская научно-практическая конференция с международным участием «Организация оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста».

Организатором конференции стало республиканское Министерство здравоохранения. Заместитель министра здравоохранения РБ Эльза Сыртланова в докладе «Организация геронтологической службы в Республике Башкортостан» подчеркнула, что нормативно-правовая база организации геронтологической службы в Башкортостане основывается на Федеральных законах. Структура геронтологической службы в республике представлена гериатрическим центром на базе поликлиники госпиталя ветеранов, гериатрическим кабинетом, реабилитационным медицинским центром Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, палатами для ветеранов в отделениях больниц общего профиля, паллиативными койками и организациями медико-социального обслуживания (комплексные центры социального обслуживания населения, психоневрологические интернаты, дома-интернаты для престарелых и инвалидов, социальное обслуживание на дому, полустационарная помощь, срочная социальная помощь, социально-консультативная помощь пожилым). Сейчас в медицинских учреждениях работают 24 врача, имеющих сертификат гериатра, но их нужно не менее 40. На протяжении многих лет центром организационно-методической работы с медицинскими организациями РБ по вопросам медицинского обслуживания ветеранов, гериатрии и геронтологии и основным учреждением по оказанию медицинской помощи ветеранам войн и приравненным к ним лицам,

ветеранам труда и Вооружённых сил, лицам, пострадавшим от воздействия радиации является Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн.

На базе его консультативной поликлиники в декабре 1990 г. организован гериатрический кабинет, который осуществляет организационно-методическую и лечебно-консультативную помощь врачам медицинских организаций республики по медицинскому обслуживанию лиц пожилого и старческого возраста.

В январе 2000 г. в поликлинике госпиталя открыт Республиканский гериатрический центр, который является координационным звеном, курирующим как стационарные, так и амбулаторно-поликлинические медицинские организации, оказывающие помощь пожилым людям. Ежегодно в центр обра-



Ян Пресс

щаются более 10 тыс. пожилых. В 2015 г. было 55 652 посещения, из них 3652 посещения паллиативной помощи. Госпиталь ветеранов войн представлен: стационаром на 330 коек (60 – травматолого-ортопедическое и столько же – терапевтическое, неврологическое, 70 – отделение паллиативной медицинской помощи, 80 – центр медицинской реабилитации и восстановительного лечения), поликлиникой на 200 посещений в смену, дневным стационаром на 20 коек, стационаром на дому на 10 коек, гериатрическим центром, республиканским центром по работе с лицами, пострадавшими от воздействия радиации, кабинетом паллиативной медицинской помощи.

Ольга Ткачёва в докладе «Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте» сделала акцент на заболеваниях сердечно-сосудистой системы (в частности – тромбозы) и снижении когнитивной функции. Эти заболевания у лиц пожилого возраста в России встречаются чаще, чем во многих развивающихся странах. 70% людей старше 70 лет имеют сердечно-сосудистые заболевания, что катастрофически много. Но лечить пожилых надо не только таблетками, но и влиянием на социальную сферу – в гериатрии уже выделен диагноз под названием «синдром одиночества».

Ян Пресс в докладе «Комплексная гериатрическая оценка пациентов» посоветовал, что врачи учат, как начать и продолжить лечение, но не объясняют, как его прекратить. А если у пациента несколько заболеваний, и они вступают в противодействие между собой? Комплексная оценка пациента является золотым стандартом гериатрии. Надо обращать внимание не только на медицинские проблемы, но и психологические, социально-экономические. Только тогда можно построить план лечения конкретного пациента и реализовать его. Начинать надо с оценки функционального статуса пациента, риска падений, когнитивного статуса, настроения, изменения веса, недержания мочи. Не стоит забывать про зрение, слух и состояние зубов.

Владимир Шабалин в докладе «Биосоциальные основы формирования психологии долголетия» отметил, что человек, нацеливающий себя на активное долголетие, уже с молодых лет должен стро-

го контролировать образ жизни, в основе которого следует иметь высокую духовность, общественную, физическую и умственную активность, рациональное питание, разумную личную гигиену. Только систематическая, упорная работа над собой, над своим физическим и духовным совершенствованием может сделать человека здоровым энергичным долгожителем, пребывающим в гармонии с собой, близкими и окружающей средой в целом. Каждому из нас надо постараться понять, что старение – это не проблема, а естественный физиологический процесс, который нельзя победить, но можно корректировать.

Основные заповеди долголетия:

- глубокая устойчивая личная мотивация на долгожительство;
- ответственность за собственное здоровье;
- рациональный режим жизни и адекватное качество питания;
- регулярная интеллектуальная и физическая нагрузка;
- процесс старения – это механизм преобразования личности и во многом не в худшую сторону;
- жизненный опыт позволяет пожилому человеку глубже познать и понять самого себя, осознанно определять своё место в обществе;
- высокая духовность, понимание сущности жизни, оптимистический взгляд на жизнь, мудрое, философское отношение ко всем жизненным невзгодам;
- нужно чаще вспоминать молитву древнего мудреца: «Дай мне, Боже, силы на то, что я могу сделать, помоги мне смириться с тем, что я сделать не в состоянии, и научи меня отличать первое от второго».

Директор Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, член-корреспондент РАН Владимир Хавинсон в докладе «Перспективы увеличения ресурса жизнедеятельности человека» отметил, что сейчас максимальная жизнь человека составляет 110-120 лет. И здесь можно говорить только об увеличении трудоспособного периода эффективной части жизни, что и является одной из главных задач геронтологии и гериатрии. Около 25% старения зависит от генетики. Остальное – эпигенетика (образ жизни, питание, экология и т.д.). В 2020 г. на Земле будет более миллиарда людей старше 60 лет. Основной фактор улучшения качества жизни на 10-15% – уменьшение калорийности питания на 20-30% с предпочтением овощей и фруктам. Значение стволовых клеток, причём не в плане их пересадки, а в индукции собственных, находится пока на стадии изучения.

Старость может быть красивой – вспомни хотя бы бурановских бабушек. Но чтобы достичь этого и предотвратить многие заболевания, в любом возрасте необходим активный образ жизни и тренировка памяти любым возможным способом.

Геронтология и гериатрия на современном этапе развития человечества имеет большой общественный вес. Сегодня большинство развитых государств столкнулись с демографической проблемой, из-за чего приходится увеличивать пенсионный возраст. И чтобы сохранить людям работоспособность и достойное качество жизни, на помощь приходит гериатрия. Недаром во многих странах на её развитие выделяются значительные средства. Современная наука находится на пороге возможности свободного манипулирования отдельными атомами и молекулами. Это позволяет предположить, что через несколько десятилетий подходы к лечению пожилых людей претерпят коренные изменения и их развитие приведёт к решению проблем старения.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
спец. корр. «МГ».

Уфа – Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 32 (1971)

(Окончание. Начало в № 30 от 29.04.2016.)

Идиопатический фиброзирующий альвеолит. Заболевание неясной этиологии, отличается от фиброзирующих альвеолитов (гиперчувствительных пневмонитов) известной этиологии (экзогенных, аллергических, токсических). Относится к заболеваниям, характеризующимся диффузным прогрессирующим фиброзом лёгких с прогрессирующей одышкой, развитием дыхательной недостаточности по рестриктивному типу, выраженной сердечной недостаточности, формированием хронического лёгочного сердца.

Гистоморфологически определяется диффузный пневмосклероз с утолщением межальвеолярных перегородок при незначительной выраженности десквамации альвеолярных клеток, с нарушением архитектоники лёгочных структур и образованием кистозных полостей разных размеров.

При остром течении больные погибают в течение первых 2 лет от начала заболевания, при подостром – живут 2-4 года, с хроническим – более 4 лет. При остром или подостром течении на фоне неоднократно рецидивирующих пневмопатий с температурной реакцией, мелкопузырчатых, незвучных, рассеянных хрипов в лёгких, упорно нарастающей инспираторной одышки, состояние больных быстро ухудшается, несмотря на применение глюкокортикоидной терапии. При хроническом течении по мере формирования диффузного пневмосклероза нарастает инспираторная одышка, прогрессирующая с течением времени, несмотря на лечение.

Карциноматоз лёгких обычно возникает вследствие метастазирования лимфо- и гематогенным путями первичного ракового узла, расположенного в молочной, щитовидной, поджелудочной железах, желудке, лёгких.

Дифференциальная диагностика пневмокониоза и карциноматоза лёгких наиболее затруднена при мелкоочаговой форме последнего. В отличие от пневмокониоза клиническая картина карциноматоза лёгких значительно более тяжёлая и нередко сопровождается интоксикацией. У больных наблюдается выраженная дыхательная недостаточность. На рентгенограммах лёгких выявляются полиморфные очаговые тени с нечёткими контурами. Отсутствует «обрубленность» корней лёгких. Отмечаются быстрое прогрессирование процесса в лёгких и изменения в периферических лимфатических узлах. Для уточнения диагноза необходимо исследовать мокроту на наличие атипичных клеток, а при увеличении периферических лимфатических узлов показана их биопсия.

Диссеминированный туберкулёз лёгких возникает вследствие распространения туберкулёзной инфекции по кровеносным, лимфатическим путям и бронхам. По течению различают острые, подострые и хронические формы туберкулёзной диссеминации. К острым формам диссеминированного туберкулёза относят и милиарный туберкулёз.

Пневмокониозы приходится дифференцировать главным образом от хронической, реже – от подострой и острой форм диссеминированного туберкулёза. Подострая и хроническая формы диссеминированного туберкулёза, как и многие острые респираторные заболевания (грипп, острый бронхит и др.), вначале могут сопровождаться катаральными явлениями в верхних дыхательных путях и бронхах, общим недомоганием, повышенной утомляемостью, лихорадкой. Нередко отмечается реакция серозных оболочек в виде рецидивирующего сухого или экссудативного плеврита и обнаруживается туберкулёзный процесс в других органах. Рентгенологическая картина при подострой и хронической формах диссеминированного туберкулёза имеет некоторое сходство с таковой при пневмокониозах: двустороннее и симметричное расположение многочисленных мелких очаговых теней.

В то же время туберкулёзные очажки на рентгенограммах в отличие от пневмокониотических узелков характеризуются

полиморфизмом, нечёткостью контуров, различной величиной и плотностью, а также преимущественной локализацией в верхних отделах лёгких. Корни лёгких при хронической форме диссеминированного туберкулёза обычно подтянуты вверх. Важно учитывать и динамику рентгенологических изменений.

Для дифференциальной диагностики пневмокониозов от диссеминированного

Пылевые заболевания лёгких в свете современных представлений

туберкулёза, помимо клинко-рентгенологических данных, следует использовать также результаты туберкулиновых проб.

Лечение пневмокониозов

Лечение пневмокониозов должно быть: а) индивидуальным (с учётом стадии пневмокониоза, рентгеноморфологической формы, скорости прогрессирования, лёгочных и внелёгочных осложнений, степени дыхательной недостаточности, вида нарушения бронхиальной проходимости, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, возраста, пола, массы тела, типа высшей нервной деятельности, акцентуации личности, материального состояния, образовательного и социального ценза, семейного статуса и др.); б) комплексным (этиологическим, патогенетическим и симптоматическим).

В лечении пневмокониозов упор делается на этиологическое (прекращение контакта с пылью) и патогенетическое лечение. Последнее включает использование: средств, улучшающих дренажную функцию бронхов (отхаркивающие, разжижающие мокроту); снижающих давление в малом круге кровообращения (эуфиллин и др.); улучшающих сердечную деятельность (избирательно улучшающих кровоток в сердечной мышце, метаболитов сердечной мышцы, уменьшающих потребность сердечной мышцы в кислороде, антигипоксантов, антиоксидантов, при явлениях сердечной недостаточности – сердечных гликозидов), витаминотерапии (группа В, витамин С); биогенных стимуляторов (стекловидное тело, пеллоид дистиллят, экстракт плаценты, продигизон, гумизоль и др.); адаптогенов (элеутерококк, китайский лимонник, женьшень, пантокрин, апилак и др.); УФО, УВЧ, диатермии на грудную клетку, вибромассажа грудной клетки, дыхательной гимнастики, лечебной физкультуры.

Специфической терапии, патогенетической терапии пневмокониозов не существует. Больным проводят лечение, направленное на снижение воспаления в ткани лёгкого, улучшение дренажной функции бронхов и элиминацию пылевых частиц.

Из лекарственных средств бронходилататоры составляют базисную терапию, поскольку именно бронхиальная обструкция, наряду с прогрессированием пневмосклероза, играет первостепенную роль в патогенезе и прогрессировании пылевых заболеваний лёгких. Применение бронхолитиков позволяет уменьшить выраженность одышки и других симптомов бронхиальной обструкции примерно у 40% больных и увеличить переносимость (толерантность) к физической нагрузке. Выбор той или иной группы бронхолитиков (М-холинолитики, β_2 -агонисты и метилксантины), их комбинаций производится для каждого конкретного пациента индивидуально. М-холинолитики блокируют мускариновые рецепторы гладкой мускулатуры трахеобронхиального дерева и подавляют рефлекторную бронхоконстрикцию, а также предотвращают опосредованную ацетилхолином стимуляцию чувствительных волокон блуждающего нерва при воздействии различных факторов, тем самым оказывая бронходилатирующий и профилактический эффекты. Из данной группы широкое при-

менение получили ипратропия бромид и тиотропия бромид (продолжительный препарат).

β_2 -агонисты быстро воздействуют на бронхиальную обструкцию, улучшая самочувствие больных в короткие сроки. При длительном применении β_2 -агонистов к ним развивается резистентность, после перерыва в приёме препаратов их бронхорасширяющее действие восстанавливается. Снижение эффективности β_2 -адреностимуляторов и, как следствие, ухудшение бронхиальной проходимости связаны с десенситизацией β_2 -адренорецепторов и уменьшением их плотности вследствие длительного воздействия агонистов, а также с развитием синдрома «рикошета», характеризующегося резким бронхоспазмом. Метилксантины, которые уменьшают системную лёгочную гипер-

тензию и усиливают работу дыхательных мышц, присоединяют к терапии при недостаточной эффективности первых двух групп препаратов.

Муколитики (мукоурегуляторы, мукоинетики) показаны очень ограниченному контингенту больных с пылевыми заболеваниями лёгких, при прогрессировании заболевания, присоединении выраженной бронхиальной обструкции, продуктивного бронхита и наличии его инфекционно-зависимых осложнений.

При усилении одышки, увеличении количества мокроты и её гнойном характере назначают антибактериальную терапию.

Больным с хронической дыхательной недостаточностью проводят постоянную кислородотерапию. Показанием к систематической оксигенотерапии служит снижение PaO_2 в крови до 60 мм рт. ст., снижение SAO_2 <85% при стандартной пробе с 6-минутной ходьбой и <88% в покое. Предпочтение отдают длительной (18 ч в сутки) малопоточной (2-5 л в мин) кислородотерапии как в стационарных условиях, так и на дому. При тяжёлой дыхательной недостаточности применяют гелиево-кислородные смеси. Для домашней оксигенотерапии используются концентраторы кислорода, а также приборы для проведения неинвазивной вентиляции лёгких с отрицательным и положительным давлением на вдохе и выдохе. На всех стадиях течения процесса высокой эффективностью обладают физические тренирующие программы, повышающие толерантность к физической нагрузке и уменьшающие одышку и усталость. Тренировка дыхательной мускулатуры достигается с помощью индивидуально подобранной дыхательной гимнастики.

Показаны общеукрепляющие средства, витаминотерапия, препараты иммуномоделирующего действия.

Профилактика пневмокониозов заключается прежде всего в улучшении условий труда, технической модернизации производственных процессов с целью снижения концентрации пыли в рабочей зоне, совершенствовании средств индивидуальной защиты органов дыхания. Необходимым условием профилактики развития пневмокониоза и его осложнений является повышение качества проведения первичных и периодических медицинских осмотров согласно действующему законодательству.

В осложнённых случаях пневмокониоз при активации специфической микрофлоры – туберкулостатические препараты; при активации неспецифической микрофлоры – антибиотики и сульфаниламидные препараты; при наличии приступов удушья – симпатомиметики, антихолинергические препараты, метилксантины; при спонтанном пневмотораксе – дренирование плевральной полости. Больные сидерозом в лечении, как правило, не нуждаются.

Профилактика пневмокониозов основывается на совершенствовании технологических процессов (герметизация, механизация технологий, вынос пультов управления за пределы рабочих помещений, увлажнение воздуха и др.); качественном проведении предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров, основная цель

которых – определение профессиональной пригодности к работе в контакте с пылью. Важное значение в профилактике пневмокониозов имеет регулярное использование индивидуальных средств защиты: противопылевые респираторы, защитные очки, специальная противопылевая одежда, необходимо наличие в исправном состоянии и регулярное использование коллективных средств защиты: местная приточно-вытяжная вентиляция и увлажнение перерабатываемых материалов. Важнейшее значение в профилактике пневмокониозов имеет качественное и регулярное проведение периодических профилактических медицинских осмотров, основная цель которых – выявление начальных признаков пневмокониоза и общих заболеваний, препятствующих продолжению работы в контакте с пылью.

Необходимо оздоровление лиц, имеющих контакт с пылью, в профилактории, пансионате, регулярное использование дополнительных к обеденному оплачиваемых перерывов для посещения ингалятория, регулярное дополнительное питание.

Дополнительными противопоказаниями к приёму на работу в контакте с производственной пылью служат тотальные дистрофические и аллергические заболевания верхних дыхательных путей; хронические заболевания бронхолёгочной системы; искривление носовой перегородки, препятствующее носовому дыханию; хронические, часто рецидивирующие заболевания кожи; аллергические заболевания при работе с аллергенными аэрозолями; врождённые anomalies (пороки развития) органов дыхания и сердца.

Медико-социальная экспертиза при пневмокониозах

Правилом при определении трудоспособности больных пневмокониозами является следующее: наличие пневмокониоза служит абсолютным противопоказанием к продолжению работы в контакте с пылью. Больного признают стойко частично утратившим трудоспособность, стойко нетрудоспособным в своей профессии, нуждающимся в постоянном рациональном трудоустройстве. При трудоустройстве со снижением квалификации и заработной платы больного направляют на Бюро медико-социальной экспертизы (МСЭ) для определения процента (степени) утраты общей и профессиональной трудоспособности и 3-й группы инвалидности (1-й степени ограничения трудоспособности) по профессиональному заболеванию на период переквалификации (примерно на 1 год). При прогрессировании пневмокониозов возможна стойкая полная утрата трудоспособности. Больного признают полностью утратившим общую и профессиональную трудоспособность, нетрудоспособным и вне своей профессии, нуждающимся в наведении на Бюро МСЭ для определения 2-й группы инвалидности (2-я степень ограничения трудоспособности), реже 1-й группы инвалидности (3-я степень ограничения трудоспособности) по профессиональному заболеванию и процента утраты профессиональной трудоспособности.

Реабилитация больных пневмокониозами включает:

1. Медицинскую реабилитацию (стационарное, амбулаторное, санаторно-курортное лечение и оздоровление в условиях профилактория, дома отдыха, пансионата, группы здоровья).

2. Социальную реабилитацию (материальная компенсация ущерба здоровью по группе инвалидности и проценту утраты профессиональной и общей трудоспособности, материальное обеспечение льгот профессиональных больных и др.).

3. Трудовую реабилитацию (временное и постоянное рациональное трудоустройство, бесплатное обучение или переобучение новой профессии).

Хронический пылевой бронхит

Большинство авторов до начала XX века хронический бронхит рассма-

тривали как проявление пневмофиброза, а не как самостоятельное заболевание. Так до середины XX века, когда признавалась только единственно возможная форма пневмокониоза – силикоз, возникла необходимость нозологически оценить бронхолёгочную патологию у лиц от воздействия других видов пыли, кроме силикогенной. Сторонник точки зрения на пневмокониоз как только на силикоз, Н.Вигдорчик полагал, что бронхолёгочная патология, приписываемая «мифическим» пневмокониозам от воздействия других видов пыли, представляет из себя бронхопневмонию: «...если нечему сопутствовать, то есть нет кварцевой пыли, эти явления являются единственными, и сопутствующая им клиническая картина приобретает характер самостоятельной нозологической формы, хронической бронхопневмонии».

Изменения бронхов при самом силикозе в виде гиперемии слизистой бронхов, её утолщения, увеличения количества секрета и его вязкости, учащения и усиления кашля трактовались им с позиций компенсаторности, как реакция для увеличения зоны контакта запылённого воздуха со слизистой оболочкой и удаления пыли.

В классификацию пневмокониозов от 1958 г. хронический пылевой бронхит был уже включён как одна из его клинических форм, наряду с бронхоэктазами и эмфиземой лёгких.

Позднее развитие пылевых бронхитов несиликотической природы получило и гигиеническое обоснование в работах Б.Величковского и Б.Кацнельсона. Оно сводилось к дисперстности пыли – крупные пылевые частицы, оседающие в дыхательных путях, рассматривались авторами этиологическим фактором пылевого несиликотического бронхита, в отличие от силикозоопасной пыли с размерами частиц в 1-2 м, достигающих лёгочной паренхимы. Авторы полагали, что концентрация пыли и степень дисперсии её играют в развитии пылевого непневмокониотического бронхита большую роль, чем содержание в ней двуокиси кремния. Иными словами силикозогенность и бронхопатогенность объяснялись ими разными, независимыми друг от друга физическими и химическими свойствами пыли кремнезёма. Вполне понятно, что такая точка зрения исключала бронхит из признаков силикоза.

В нашей стране в споре профессиональных болезней пылевой бронхит внесён в 1970 г. В 1972 г. вышла в свет первая монография М.Евгеновой с соавторами, посвящённая пылевому бронхиту. Считается, что пылевые бронхиты возникают при вдыхании преимущественно умеренно агрессивных смешанных пылей. Возможны случаи развития этого заболевания у лиц, имеющих контакт с различными, в том числе так называемыми фиброгенными (содержащими диоксид кремния) видами пылей. Диагноз хронического бронхита основывается на таких клинических критериях, как наличие кашля и выделение мокроты не менее чем в течение 3 месяцев на протяжении 2 лет при исключении других заболеваний верхних дыхательных путей и лёгких. При этом хронический бронхит рассматривается как периодически обостряющийся воспалительный процесс, характеризующийся поражением бронхиального дерева диффузного характера.

В то же время профессор В.Косарев в работе «Пылевое лёгкое, или пылевая болезнь лёгких» (1989) высказывал предположение, что при воздействии малофиброгенных пылей в интерстициальной ткани лёгких и бронхов развивается единый патологический процесс, соответствующий понятию «пылевая болезнь лёгких», как самостоятельной нозологической единицы, отличной от пневмокониоза и включающей в себя как хронический пылевой бронхит, так и пневмокониоз, как стадии единой пылевой болезни лёгких.

В настоящее время потенциально опасными производствами для развития хронического пылевого бронхита считаются: литейное производство, горнорудная, машиностроительная, строительная промышленность, сельское хозяйство и др. Потенциально опасные профессии: шахтёры, угольщики, металлурги, производители цемента, работники ткацких фабрик, зернотоков, элеваторов и др. Хронический пылевой бронхит был диагностирован среди шахтёров, машиностроителей, рабочих зернового производства: мукомолов, зернодробильщиков, работников элеваторов, каменотёсов, золотоискателей, работающих в горнодобывающей и горнорудной промышленности.

Бронхитогенными факторами являются различные виды минеральной и органической пыли, с образованием которой связаны многие производственные процессы в различных отраслях промышленности и сельском хозяйстве. Например, в горнорудной, угледобывающей промышленности, электросварочных работах, в производстве строительных материалов, в обработке сельскохозяйственных продуктов, на металлургических, металлообрабатывающих, машиностроительных, текстильных предприятиях.

Воздействие промышленной пыли, обладающей в большей степени бронхитогенным, а не кониозогенным действием, может усугубляться другими неблагоприятными производственными факторами: микроклиматом, тяжёлым физическим трудом; неблагоприятными факторами внешней среды (гелеометеофакторы), а также возрастом, курением, которое потенцирует действие промышленных аэрозолей, инфекциями, заболеваниями верхних дыхательных путей, генетической предрасположенностью, в том числе дефицитом α 1-антитрипсина, низким социально-экономическим статусом.

Классификация профессионального бронхита

1. По этиологии в зависимости от состава и характера действующего промышленного аэрозоля:

- профессиональный пылевой бронхит от воздействия условно инертной пыли, не обладающей токсическим и раздражающим действием;

- профессиональный токсико-пылевой бронхит от воздействия пыли, токсических, раздражающих и аллергизирующих веществ.

2. По патоморфологическим и эндоскопическим признакам:

- катаральный;
- катарально-атрофический;
- катарально-склерозирующий.

3. По клинико-функциональным данным:

- необструктивный бронхит;
- обструктивный бронхит;
- астматический бронхит;
- эмфизематозный бронхит с трахеобронхиальной дискинезией.

В развитии собственно хронического пылевого бронхита (диффузное поражение бронхиального дерева) можно выделить последовательные фазы. В начальной фазе (её можно назвать фазой агрессии) воздействие пыли вызывает ответную реакцию со стороны слизистой оболочки трахеобронхиального дерева: увеличивается секреция слизи покровным эпителием и слизистыми железами бронхов с изменением её реологических свойств (повышение вязкости). Если действие повреждающего агента было кратковременным, то вызванная гиперсекреция обратима.

В случае продолжительного воздействия пыли нарушения структуры и функции клеток слизистой оболочки трахеобронхиального дерева приобретают необратимый характер, и физиологические способы выведения образовавшихся масс бронхиального секрета становятся недостаточными. Гиперсекреция и изменение реологических свойств слизи могут усугубляться раздражающим действием пыли на парасимпатическую систему бронхиального дерева. В начальной фазе хронического пылевого бронхита обнаруживается нарушение мукоцилиарного аппарата, ведущее к изменению нормального функционирования эскалаторного механизма дренажной функции бронхов. Этот период клинически определяется как эндобронхит от раздражения, или пылевой катар бронхов.

Следующим этапом развития хронического пылевого бронхита является фаза развёрнутого воспаления. Как правило, она обусловлена присоединением инфекции, характеризует экссудацией и инфильтрацией. Сквозь порозную систему капиллярного русла выходят вода, соли, фибриноген, иммунные белки. Они проникают в межклеточное пространство и вызывают инфильтрацию и отёк.

Завершающей фазой хронического пылевого бронхита является фаза восстановления. Для неё характерно формирование различной степени выраженности склероза с облитерацией мелких бронхов.

Таким образом, эволюция хронического бронхита может быть представлена сменой гипертрофических изменений бронхов атрофическими с последовательным развитием катарального интрамурального

деформирующего бронхита. Распространение воспалительных изменений на дистальные отделы бронхиального дерева сопровождается нарушением выработки поверхностно-активного вещества – сурфактанта, что ведёт к развитию бронхоспазма, способствующего возникновению тяжёлого осложнения – обструктивной эмфиземы лёгких.

При сочетании бронхита и эмфиземы лёгких наблюдается ещё один механизм обструкции – спадение мелких бронхов на выходе вследствие утраты лёгкими эластических свойств, клапанный механизм бронхиальной обструкции. Степень обструкции в большей мере определяется преимущественной локализацией поражения; в основном она обусловлена поражением бронхов среднего и мелкого калибра.

Обструктивные нарушения вентиляции возникают сравнительно рано; с их появлением бронхит становится болезнью в функциональном смысле, по определению Б.Вотчала. Дыхательная недостаточность и хроническое лёгочное сердце – конечные стадии хронического бронхита.

Хронический пылевой бронхит – одна из форм первично-хронического бронхита. Это определяет некоторые клинические особенности заболевания: медленное постепенное начало, характеризующееся непостоянным, периодически усиливающимся кашлем, как правило, сухим, иногда со скудной мокротой, при отсутствии повышения температуры тела и существенного изменения общего состояния. Особенностью пылевого бронхита является и то, что клиническая картина заболевания во многом определяется характером пыли.

Так, некоторые виды производственной (растительная, минеральная) пыли, оказывая аллергизирующее действие, способствуют раннему нарушению бронхиальной проходимости. Воспалительный процесс способствует развитию и прогрессированию обструкции, эмфиземы лёгких, дыхательной недостаточности, хронического лёгочного сердца. В период обострения отмечаются характерные изменения лабораторных показателей (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, умеренное повышение СОЭ).

Инфекция и нарушение бронхиальной проходимости способствуют также перифокальным вспышкам пневмоний, склонных к затяжному течению с исходом в карнификацию, пневмофиброз, бронхоэктазы.

Лечение. Необходимо прекратить контакт с пылью и исключить воздействие других этиологических факторов, прежде всего курения. Лекарственная терапия должна быть направлена на восстановление бронхиальной проходимости: снятие спазма гладкой мускулатуры, отёка слизистой оболочки, гиперпродукции вязкого секрета.

Лекарственные препараты в зависимости от механизма бронхорасширяющего действия делятся на следующие группы: симпатомиметические средства, стимулирующие адренергические рецепторы (прямого действия – адреналин, изадрин, орципреналина сульфат – относятся к стимуляторам α - и β -адренергических рецепторов; сальбутамол, фенотерол – селективные стимуляторы (β_2 -адренергических рецепторов – лишены побочных эффектов симпатомиметиков; непрямого действия – эфедрин); производные пурина, или ксантины, – эуфиллин, теофиллин; холинолитики – ипратропия бромид, тиопропия бромид.

С целью изменения реологических свойств бронхиального секрета и лучшего отделения мокроты назначают препараты, оказывающие отхаркивающее и муколитическое действие; наиболее эффективными являются производные цистеина (ацетилцистеин, или мукозольвин) и алкалоиды вазицина (бромгексин). В случаях присоединения инфекции необходимо назначение антибактериальных препаратов, при этом наиболее действенны тетрациклин, полусинтетические пенициллины, сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (сульфален, бактрим, или бисептол, и др.).

Важное значение при наличии признаков лёгочной недостаточности имеет дозированная оксигенотерапия. При хроническом лёгочном сердце показано применение сердечных гликозидов, мочегонных (антагонистов альдостерона – верошпирона, салуретиков – гипотиазида, фуросемида, триампура и т.д.). Важное значение в комплексной терапии хронического пылевого бронхита имеют физиотерапевтические

процедуры, занятия дыхательной гимнастикой.

Экспертиза трудоспособности. Важный и достаточно сложный этап диагностики хронического пылевого бронхита – установление этиологической роли производственного фактора в развитии заболевания. Ведущим критерием, позволяющим решить вопрос о профессиональной принадлежности бронхита, является тщательное сопоставление клинических данных, истории болезни с профессиональным маршрутом. Вопрос о дальнейшей трудоспособности больных хроническим пылевым бронхитом следует решать с учётом особенностей течения заболевания, степени его тяжести, возраста, стажа, трудовой установки, квалификации больного, а также конкретных условий его труда.

При наличии хронического пылевого бронхита I стадии, когда клинические проявления болезни выражены слабо и отсутствуют нарушения функциональной способности лёгких, рабочий может быть оставлен на прежней работе при условии тщательного динамического наблюдения и профилактического лечения. Переход болезни в следующую стадию или наличие даже незначительных признаков лёгочной недостаточности являются основанием для перевода рабочего на работу вне контакта с пылью, неблагоприятными метеорологическими факторами и без физического напряжения. Больным с умеренно выраженным бронхитом рекомендуют рациональное трудоустройство или переквалификацию, что имеет особое значение для лиц молодого возраста.

Биссиноз

Биссиноз – это профессиональное заболевание, возникающее при длительном вдыхании волокнистой растительной пыли, клинически характеризующееся своеобразным быстро проходящим бронхоспастическим синдромом. Заболевание впервые описано В. Гринбоу (1861). Под термином биссиноз (byssos – лён) длительное время понимался пневмокониоз от воздействия органической пыли хлопка, льна и пеньки. В настоящее время доказано, что биссиноз не является в чистом виде пневмокониозом.

Первые признаки биссиноза обычно появляются через 10-15 и более лет после начала работы в условиях воздействия пыли растительного происхождения. Распространённость биссиноза среди рабочих льно-, хлопкоперерабатывающих производств, ткацких фабрик составляет от 2 до 35-40%. Наиболее «биссиногенными» считаются низкие сорта хлопка, загрязнённые обрывками и обломками стебля цветника, коробочек, которые в большей степени загрязнены бактериями и грибами. В хлопковом и льняном производстве биссиноз чаще развивается у работников, занятых на первичной обработке волокон (рыхление, трёлка, чесание на кордовых машинах, обдувка, чистка машин).

В зависимости от выраженности дыхательных расстройств различают 3 стадии биссиноза:

- в I стадии респираторные жалобы и симптомы возникают в 1-й день рабочей недели;
- во II стадии они сохраняются и в остальные дни недели, но не наблюдаются в выходные и свободные от работы дни;
- в III стадии заболевание представляет собой хронический обструктивный бронхит, который развивается вследствие действия той же пыли и наслаивается на биссиноз.

Кроме того, возможна острая форма биссиноза, так называемая «фабричная лихорадка», возникающая через несколько часов после кратковременного массивного воздействия пыли хлопка и льна и протекающая с повышением температуры тела, ознобом, головной болью, сухим, резким кашлем, насморком, чиханьем, слезотечением и резью в глазах.

Биссиноз на ранних стадиях не сопровождается какими-либо рентгенологическими изменениями, при прогрессирующем течении возможны умеренное усиление лёгочного рисунка и появление эмфизематозных изменений.

Сергей БАБАНОВ,
заведующий кафедрой профессиональных
болезней и клинической фармакологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

Самарский государственный
медицинский университет.

(Окончание.
Начало на стр. 1.)

С приветственными словами поддержки и важности работы этой медицинской службы к участникам конференции обратились: заместитель министра здравоохранения Московской области Николай Ющук, ведущий референт Комитета по вопросам охраны здоровья, труда и социальной политики Московской областной думы Наталья Дудакова, председатель Московской областной организации Профсоюза работников здравоохранения РФ Анатолий Домников, председатель общества судебных медиков «Восточная Европа» Курт Трюбнер, заместитель руководителя Главного следственного управления Следственного комитета РФ по Московской области, полковник юстиции Александр Сарафанов, руководители и представители правоохранительных органов, органов управления здравоохранением.

Конференция была посвящена памяти профессора Виталия Крюкова, который ушёл из жизни в 2015 году. Его дочери Алла и Светлана также приняли участие в работе конференции.

Слово об учителе

С докладом к 85-летию со дня рождения Виталия Крюкова выступил один из его учеников, начальник Бюро судебно-медицинской экспертизы, заведующий кафедрой судебной медицины МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, профессор Владимир Клевно.

– Стараниями Виталия Николаевича сформировалась плеяда известных судебных медиков, – подчеркнул он. – Бывшие сотрудники, аспиранты и ординаторы его кафедры работают в различных вузах нашей страны. В основном это выпускники Алтайского государственного медицинского института, где Виталий Николаевич долгое время был ректором и возглавлял кафедру судебной медицины. Десятки аспирантов и ординаторов, под его руководством выполнили и защитили вначале кандидатские, а затем докторские диссертации. Среди учеников Крюкова насчитывается 22 доктора и более 50 кандидатов медицинских наук. Многие из его учеников сами являются профессорами и доцентами, заведуют кафедрами и курсами судебной медицины, возглавляют государственные судебно-медицинские экспертные учреждения.

Первым из учеников Виталия Крюкова, возглавившим кафедру судебной медицины, был профессор В.Семенович, уехавший работать в Казань. И этот список учеников видного учёного расширялся год от года. Выпускник кафедры, кандидат медицинских наук В.Мазур возглавил мурманское, а затем калининградское бюро СМЭ, Ю.Гусев – мурманское, кандидат медицинских наук П.Горобец – иркутское, Ю.Лопатин – владимирское, И.Маслаков – сочинское бюро. Алтайское бюро всегда возглавляли выпускники кафедры.

По воспоминаниям профессора Владимира Клевно, Крюков был уникальным человеком, требовательным к себе и ко всем остальным. При этом Виталий Николаевич оставлял каждому право на обретение собственного опыта. Не поучая и не стесняя чрезмерной опекой, он по-настоящему помогал своим ученикам взрослеть.

С благодарностью они вспоминают, что в Алтайском государственном медицинском институте ему удалось создать уникальную атмосферу профессиональной сплочённости. Студенты, чувствуя живое участие ректора в решении всех своих проблем, охотно шли на диалог с ним и легко генерировали свежие идеи. И самое ценное, что молодёжь получала взамен этой открытости – безграничное доверие Виталия Николаевича Крюкова.

Благодаря его дальновидности и способности чувствовать тех, кто с ним рядом, сегодня мы можем говорить о серьёзном наследии, которое продолжает умножаться – уже через учеников Виталия Ни-

колаевича, – подчеркнул Владимир Клевно. – Их много, и сегодня они составляют цвет отечественной судебно-медицинской науки и практики.

Нынешняя международная научно-практическая конференция, которая была посвящена этому крупному учёному и замечательному человеку, не просто дань его памяти, – это возможность ещё раз убедиться в существовании поразительной «гравитационной связанности» его учеников, которых он сплотил во имя развития науки, новых открытий и укрепления

врачей. Более того, прилагаемые усилия цеховых руководителей по устранению дефицита кадров в отрасли зачастую нивелируются позицией администрации муниципальных образований – они не желают обеспечивать жильём молодых специалистов и вновь поступающих на работу из других регионов России.

Несмотря на это, в 2015 г. экспертами Бюро СМЭ проведено более 45 тыс. экспертиз и экспертных исследований тел умерших, что на 3,3% больше, чем в 2014 г. Следует отметить, что по их количеству

А что касается этилового спирта, то в 2015 г. снизилось их количество, но возросло число отравлений органическими растворителями и техническими жидкостями.

Третье место в структуре насильственной смерти занимает смерть от механической асфиксии – 16,2% от общего количества насильственной смерти (в 2014 г. – 16,1%).

В прошлом году в 425 случаях смерть наступила от воздействия крайних температур (4,2% от общего количества насильственной смерти), столько же зарегистрировано и в 2014 г. От электротравмы

Среди задач бюро на 2016 г. Владимир Клевно выделил развитие материально-технической базы: продолжится проектирование и строительство судебно-медицинских отделений в городских округах Домодедово, Пушкино и Орехово-Зуево за счёт средств частных инвесторов и строительство административно-лабораторного корпуса с областным моргом в Химках и Сергиевом Посаде за счёт бюджетных средств. Кроме того, будет проводиться текущий ремонт подразделений, переоснащение их новой аппаратурой.

В центре внимания

Судебная медицина: наследие приумножается



Владимир Клевно вручает почётную грамоту заведующей отделом бюро Татьяне Томилиной

школы высококлассных судебно-медицинских экспертов.

Экспертиза в цифрах

В другом докладе профессор Владимир Клевно привёл итоговые показатели работы Бюро судебно-медицинской экспертизы за прошлый год. Он поделился с коллегами информацией по всему перечню судебно-медицинских экспертиз, проведённых для органов дознания, предварительного следствия и судов, расположенных на территории Московской области – одного из крупнейших по численности населения (7,2 млн человек) субъектов РФ.

Итак, основные цифры. По состоянию на 1 января 2016 г. в Бюро судебно-медицинской экспертизы функционировало 95 структурных подразделений, которые расположены на территории наиболее крупных муниципальных образований Московской области.

Все штатные должности заняты физическими лицами, в том числе и в порядке совместительства. Но укомплектованность кадрами этой важной службы всё же остаётся низкой. Дефицит их сопряжён с особенностями судебно-медицинской экспертизы, в том числе и со вредными условиями труда, высоким риском заражения туберкулёзом, ВИЧ и пр. Эту известную специфику дополнительно усугубляет слабая материально-техническая база и отсутствие должной социальной поддержки профильных

Бюро СМЭ является первыми в России.

Эксперты Московской области обращают внимание на устойчивость тенденции к снижению доли насильственной смерти. По их мнению, это обусловлено усилением контроля за выдачей медицинских свидетельств о смерти со стороны прокуратуры и следственных органов. В частности, в ряде муниципальных образований области решением прокурора все умершие вне стационара направляются на судебно-медицинское исследование.

Наибольшее количество экспертиз было проведено в случаях механической травмы – почти 4500 (в 2014 г. – 4951). Второе место в структуре насильственной смерти занимают отравления. От общего количества экспертиз и исследований в 2015 г. они составили 34,5% (в 2014 г. – 36%).

Между тем, в прошлом году произошло резкое на 27% снижение отравлений наркотическими веществами и незначительное снижение отравлений этиловым спиртом. Хотя в 2012 г. ситуация складывалась прямо противоположная. Количество отравлений наркотиками тогда превысило показатель отравлений этиловым спиртом впервые за весь период статистических наблюдений и продолжала расти, стабилизировавшись только в 2014 г. Сегодня основную долю таких отравлений по-прежнему занимают «тяжёлые» вещества группы опия – героин и морфин.

погибли более 70 человек (0,7%, в 2014 г. – 0,6%). На долю прочих видов насильственной смерти пришлось 0,3%.

При проведении экспертиз насильственной смерти этиловый спирт был обнаружен почти в 50% случаев.

По проведённым экспертизам трупов, эксперты дали более 8 тыс. письменных консультаций работникам правоохранительных органов. За прошлый год в Бюро СМЭ было произведено более 20 660 экспертиз и освидетельствований потерпевших, обвиняемых и других лиц, что по сравнению с 2014 г. почти на 630 меньше.

Отчёты Бюро СМЭ – зеркало проблем здравоохранения

Но работа бюро важна и для практического здравоохранения. Анализируя основные целевые показатели снижения смертности, перечисленные в Указе Президента РФ № 598 от 07.05.2012 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», эксперты Бюро СМЭ установили: число смертей от болезней системы кровообращения в прошлом году составило 23 285, из них жителей Московской области – 18 571 (79,8%); показатель смертности от новообразований в 2015 г. достиг 57,5 случая на 100 тыс. населения (всего – 4929); от туберкулёза – 2,1 случая на 100 тыс. населения (200); смертность в результате дорожно-транспортных происшествий – 11,6 случая на 100 тыс. населения (1475).

При производстве судебно-медицинских экспертиз и экспертных исследований трупов в случаях ненасильственной смерти алкоголь обнаружен в 9,5% случаев (в 2014 г. – 11,5%).

По материалам областного Бюро СМЭ для Министерства здравоохранения области ежегодно составляют развёрнутый отчёт, где представляют результаты мониторинга дефектов оказания медицинской помощи.

Кроме того, эксперты продолжают вести большую работу по сопоставлению клинического и судебно-медицинского диагнозов. Статистические данные в них сравниваются с данными предшествующих периодов. Это позволяет наблюдать динамику анализируемых показателей, тенденции и тренды в разрезе заболеваний и причин смерти, дефектов оказания медицинской помощи по профилю клинических специальностей. А главное – помогают в принятии обоснованных управленческих решений. Однако, анализируя ситуацию, приходится признать, что положительная динамика пока незначительная: если в прошлом году расхождение составляло 25%, то в 2014 – 25,4.

Опыт иностранных коллег

Интересный доклад о применении различных методов лучевой диагностики в практике смертной экспертизы сделал на конференции доктор медицины, врач – специалист Института судебной медицины клиники Шарите (Берлин) Ларс Остерхельвег. Он рассказал коллегам о том, почему постмортальная радиология активно развивается в Германии. Демонстрационные слайды Ларса Остерхельвега вызвали огромный интерес коллег. Но некоторые моменты эксперты поставили под сомнение, особенно в части целесообразности применения КТ и МРТ в тех случаях, когда результаты могут оказаться малоинформативными. Эта профессиональная дискуссия внесла свежую ноту в работу конференции и послужила поводом для продолжения диалога в дальнейшем. В свою очередь на кафедре судебной медицины и медицинского правоведения Буковинского государственного медицинского университета (Украина) накоплен серьёзный опыт проведения лазерно-поляризационных методов исследований в судебной медицине. С этими наработками коллег ознакомил заведующий кафедрой и начальник Областного бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения Черновицкой областной государственной администрации Виктор Бачинский, который является учеником профессора В.Крюкова. Он высказал слова искренней благодарности коллегам, которые решили посвятить конференцию его памяти.

И последнее – новые формы непрерывного медицинского образования стали обязательными для крупных конференций. Напомним, что ежегодно врач любой специальности должен набирать не менее 50 зачётных единиц, чтобы за 5 лет «накопилось» не менее 250 образовательных кредитов. Это является необходимым условием для прохождения процедуры аккредитации, которая в эти дни стартует в нашей стране. Состоявшаяся международная научно-практическая конференция по актуальным вопросам судебной медицины была аккредитована Координационным советом по медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России и позволила каждому её участнику получить не только сертификат о прохождении усовершенствования, но и определённое, в зависимости от специальности, количество зачётных единиц.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».

Москва.

Читая роман Ф.Достоевского «Игрок», понимаешь, что психология игрока не подвластна столетиям, будь то рулетка или компьютер. Но если главный герой романа был уверен, что «...можно обладать сильным характером, доказать это своею жизнью и тем не менее не иметь сил побороть в себе страсть к игре на рулетке», то современные доктора так не считают. Хотя, что и говорить, во всём мире очень мало истинных специалистов именно в этой области.

В нашей стране никто лучше не знает, что такое компьютерная игровая зависимость, чем руководитель отдела реабилитации Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Министерства здравоохранения РФ доктор медицинских наук Тарас ДУДКО. С ним беседовала доктор медицинских наук корреспондент «МГ» Наиля САФИНА.

– Тарас Николаевич, готовясь к встрече с вами, я новыми глазами перечитала роман Достоевского «Игрок». И теперь неудержимо хочется цитировать любимого мной Фёдора Михайловича: «Что я теперь? Zero. Чем могу быть завтра? Я завтра могу из мёртвых воскреснуть и вновь начать жить! Человека могу обрести в себе, пока ещё он не пропал!» А можно ли определить, сколько человек на сегодняшний день уже пропало от компьютерной игровой зависимости?

– По официальным данным в нашей стране игровой зависимости подвержены около 20 млн человек. Но, конечно, надо понимать, что подверженность влиянию – это ещё не болезненная зависимость. Существует естественный интерес к игре особенно среди детей и подростков, или предстания зависимости – увлечённость с вредными последствиями: личными, семейными, социальными. По данным нашего учреждения не меньше 300 тыс. человек уже страдают игровой зависимостью, или лудоманией. Её симптомы напоминают наркоманию, а социальные последствия для всего общества могут быть сокрушительно губительными, тем более, что лудомания лечится труднее, чем алкоголизм и наркомания вместе взятые. На сегодняшний день компьютерная игровая зависимость является социально значимым заболеванием и относится к одной из острых медицинских, социально-экономических проблем и главных дестабилизирующих факторов в современном мире. Более того, она входит в ранг социальных эпидемий. А если брать во внимание вообще интернетзависимых, то сегодня на планете их насчитывается до 10% пользователей. В последующие 6 лет эта цифра возрастёт почти в 3 раза. Может быть, вас это шокирует, но многие проводят в сети более 18 часов в день. 15% людей на планете имеют диагноз «информационный вампиризм», 60% европейцев приравнивают виртуальных друзей к реальным, а 40% американцев почти не выходят из дома – всё необходимое они заказывают через интернет, имеют виртуальные кошельки. Мало того, 3% европейцев пред-

Наши интервью

Болезнь под названием «игра»

Где грань между естественным интересом к этому развлечению и неудержимой страстью с вредными последствиями?



почитает виртуальные браки, в США каждая 2-я замужняя женщина – «компьютерная вдова». Этот социальный феномен характерен и для России. В течение последних 2-3 лет происходит стремительный рост числа лиц, я бы сказал, даже не увлечённых, а больных сетями и интернетом.

– Опять же возвращаясь к Достоевскому – разве не работает известная фраза из «Игрока»: «Стоит только хоть раз выдержать характер, и я в один час могу всю судьбу изменить!»?

– Когда у человека израсходован весь физический и психический потенциал на игру, то он уже не в состоянии самостоятельно изменить судьбу, тем более в лучшую сторону. Зато судьба как бы сама начинает толкать человека

то ни было цели, кроме выигрыша, – вы даже отказались от воспоминаний своих?»

– Механизм формирования компьютерной игровой зависимости основан на частично неосознаваемых стремлениях и потребностях, в основе которых лежит необходимость человека в уходе от повседневных хлопот и проблем, а не от социума, как иногда может казаться. Люди, играя длительное время, как правило, теряют чувство меры. Игра превращается в средство компенсации жизненных проблем и получения некоего удовлетворения, что приводит к задержке развития личности, самосознания, самооценки, а также высших сфер структуры личности. Но даже несмотря на всё это, надо признаться, в первую очередь, самому себе, что ты зависишь от азартных игр. И это будет первым

шагом на пути к выздоровлению. В России, например, есть группы самопомощи «Анонимные игроки». В основу программы их работы положены принципы всё той же самой 12-шаговой программы сообщества, каковыми являются известные всем «Анонимные алкоголики».

– Но мы-то знаем, Тарас Николаевич, что утраченные души вы возвращаете через театральные постановки, которые сами и режиссируете в своей творческой мастерской

«в Сербского». Ваших коллег это увлечение не удивляет, потому что вы ещё и племянник великого украинского и советского писателя и кинорежиссёра Александра Петровича Довженко...

– Да, это так. Моя мама – сестра Александра Петровича. Он невероятно большое внимание уделял таким эстетическим категориям, как «красивое», «прекрасное», «возвышенное». Именно эти понятия включают здравый смысл, способность оценить и, при необходимости, защититься от пагубных воздействий социума или отдельных деструктивных людей. Психотерапия использует для работы с пациентами эту постоянную связь личности с перечисленными эстетическими категориями.

– Вы имеете в виду психотерапию театром?

– Более правильным будет назвать – метод терапии творческим самовыражением. Он разработан профессором Марком Евгеньевичем Бурно. Наш директор профессор Зураб Ильич Кекелидзе высоко оценивает применение этого метода, или, как вы его называли, «психотерапия театром», с целью изменения мировоззрения и стереотипов поведения зависимых пациентов. Но если раньше это были большей частью наркологические больные, то сейчас, повторюсь, всё больше приходится сталкиваться с компьютерной зависимостью и компьютерной игровой зависимостью, при которых этот метод очень эффективен.

– Тогда все – в театр?

– И это будет правильно!

Москва.

«Круглый стол»

Мир для инвалидов становится доступнее

Отношение к инвалидам в Прииртышье за последние 2 года заметно улучшилось, в том числе и со стороны медиков. Так считают 38% участников анкетирования, которое проводили социологи Центра гуманитарных, социально-экономических и политических исследований-2.

Этот вопрос оказался на повестке дня «круглого стола», организованного Омским региональным отделением Фонда социального страхования. В обсуждении проблем обеспечения инвалидов медицинскими услугами техническими средствами реабилитации и протезно-ортопедическими изделиями приняли участие представители региональной Общественной палаты, обществ инвалидов, уполномоченного Омской области по правам человека и ребёнка, а также поставщики средств реабилитации, с которыми в этом году отделением фонда заключены государственные контракты.

Во время встречи поставщики, что называется, показали товар лицом – продемонстрировали собравшимся образцы, закупаемых для инвалидов изделий, рассказали о порядке их доставки до каждого получателя, об организации мастер-классов для инвалидов по использованию новых технических средств реабилитации, сроках и процессе изготовления протезно-ортопедических изделий.

Как было заявлено на встрече, с начала нынешнего года Омским отделением Фонда социального страхования заключено 65 государственных контрактов на обеспечение инвалидов изделиями реабилитации (всего более 100 наименований) на общую сумму 147,1 млн руб. Закуплены кресла-коляски для детей с заболеваниями ДЦП, абсорбирующие изделия и многое другое.

И всё же по окончании встречи общественники решили оставить этот вопрос у себя на контроле. К примеру, Общественная палата Омской области открыла горячую линию для населения по вопросам медико-социальной экспертизы и обеспечения реабилитационными средствами. Потому что люди с ограниченными возможностями здоровья, а их на территории Омского Прииртышья свыше 150 тыс. человек, в том числе более 7 тыс. детей-инвалидов до 18 лет, должны не только знать, но и ежедневно ощущать на собственном житейском опыте, что окружающий мир на самом деле становится для них доступнее и комфортнее.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр «МГ».

Омск.

В клиниках и лабораториях

Новый метод раннего выявления рака молочной железы – по анализу крови – может вскоре появиться на вооружении онкологов. Учёные из Института химической биологии и фундаментальной медицины Сибирского отделения Российской академии наук близки к тому, чтобы найти в составе экзосом, циркулирующих в крови, маркёры РМЖ.

Как пояснили в лаборатории молекулярной медицины ИХБФМ СО РАН, интерес к экзосомам не случаен: относительно недавно стало известно, что эти микроскопические внутриклеточные органеллы, которые выделяются клетками тканей и органов в межклеточное пространство, участвуют в процессах канцерогенеза у онкобольных. Они имеют отношение к росту опухолей и её метастазированию,

Идут по следу раковой клетки

Шанс выявить у женщины новообразование на ранней стадии значительно возрастает

а также стимулируют угнетение иммунитета и устойчивость к лекарственным средствам. Задача, которую поставили сибирские биологи – найти индикаторы, которые свидетельствуют, что данные экзосомы выделены именно опухолевыми клетками. Как только такой характерный признак будет определён, можно будет использовать его в роли биомаркёра онкологического заболевания. Для этого достаточно будет выполнить анализ крови.

На первом этапе сотрудники лаборатории разработали оригинальный способ выделения «чистых» экзосом из крови. Это очень важно, говорят учёные СО РАН, ведь в крови человека содержится много различных биополимеров и частиц неэкзосомальной природы. Вторым этапом обосновали, что диагностическим потенциалом обладают не только экзосомы, которые циркулируют в плазме, но также те, которые связаны с поверхностью эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов. Таким образом, возможности для лабораторного поиска признаков онкозаболевания расширяются. И, наконец, сейчас

новосибирские исследователи вплотную подошли к тому, чтобы идентифицировать собственно маркёры, отличающие экзосомы раковых клеток.

– В настоящее время мы набираем статистику по найденной нами удачной панели опухолевых микроРНК, которая позволяет с чувствительностью 71% и специфичностью 89% распознавать рак молочной железы на I стадии. Это довольно серьёзная победа, наши результаты выше мировых аналогов, – говорит сотрудница лаборатории молекулярной медицины ИХБФМ СО РАН

кандидат биологических наук Светлана Тамкович.

Авторы исследования подчёркивают: в отличие от маммографического обследования, которое по причине лучевой нагрузки рекомендуется проводить с определённой кратностью и не чаще, исследование крови не имеет таких ограничений. А значит, шанс выявить у женщины новообразование на ранней стадии значительно возрастёт.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

В Москве прошёл I съезд Национальной фармацевтической палаты. Его участники обсудили наиболее значимые вопросы фармацевтической отрасли. Одним из центральных на мероприятии стало выступление Елены Максимкиной, директора Департамента лекарственного обеспечения и регулирования обращения медицинских изделий Минздрава России, которая рассказала о последних инициативах в области государственного регулирования лекарственных средств.

«Правила поведения» в рознице

По экспертным оценкам российский фармацевтический рынок входит в десятку ведущих мировых рынков: в 2015 г. его объём превысил 1 трлн руб. На сегодняшний день в государственный реестр лекарственных средств РФ включено более 70 тыс. торговых наименований.

В феврале 2013 г. приказом Минздрава России была утверждена Стратегия лекарственного обеспечения населения Российской Федерации до 2025 г. Основная цель документа – повышение экономической и физической доступности качественных, эффективных и безопасных лекарственных препаратов. По словам Е.Максимкиной, в России отмечается один из самых высоких показателей физической доступности ЛП.

– В различных нормативно-правовых актах мы наделили медицинские организации и ФАПы правом оказания фармацевтической помощи. Прежде всего, это касается отпуска обезболивающих лекарственных препаратов, а также совершенствования лекарственной помощи в труднодоступных населённых пунктах, – отметила глава департамента.

В настоящее время в России зарегистрировано более 55 тыс. аптекных организаций, но в основном они сконцентрированы в крупных городах и населённых пунктах. Растёт и доля крупнейших аптекных сетей, только за прошлый год она увеличилась с 19 до 24%. По итогам проверок, проведенных ФАС России, высокий уровень концентрации аптечного рынка был выявлен в 83% муниципальных образований. Аптечные сети диктуют свои «правила поведения» в рознице, в том числе и в ценовом сегменте. И эта сфера деятельности, как полагают в Минздраве, требует более пристального внимания антимонопольного ведомства.

– Нередко доступность отдельных лекарственных препаратов, в том числе и ценовая, связана с барьерами входа в конкретные

аптечные сети, – констатировала Е.Максимкина.

С недавнего времени все лекарственные назначения должны осуществляться по международным непатентованным наименованиям. Но когда пациент приходит с рецептом в аптеку, именно фармацевт рекомендует ему тот или иной препарат, в рамках озаглавленного МНН, и не всегда самый дешёвый.

В частности, федеральным законом № 429 была конкретизирована и гармонизирована с международными нормами серия надлежащих практик ГхР – признанной во всём мире системы обеспечения качества ЛС. В настоящее время, в том числе в рамках формирования единого рынка лекарств ЕАЭС, Евразийской экономической комиссией разрабатываются стан-

дарными лекарственными препаратами на рынок приходят воспроизведённые лекарства и биоаналоги, – отметила Е.Максимкина.

Тем не менее, именно вопрос взаимозаменяемости стал одним из препятствий на пути формирования единого рынка лекарств ЕАЭС. По мнению российской стороны, эта норма должна быть тем правовым статусом, который позволяет выпи-

вать лекарственный препарат по МНН. У оппонентов имеются свои аргументы, консенсуса по вопросу включения процедуры определения взаимозаменяемости в Правила регистрации и экспертизы ЛС стран Евразийского экономического со-

юза пока не достигнуто. Говоря о Перечне ЖНВЛП, Е.Максимкина отметила, что впервые он стал единым, все остальные перечни (минимальный ассортимент лекарственных препаратов, ОНЛС и «Семь нозологий») являются его производными. В 2016 г. перечень расширен до 646 наименований ЛП, из них 81,5% производятся на территории России. В его основе абсолютно инновационная интегральная оценка препаратов, включающая данные клинических исследований, клинико-экономической экспертизы и сведений о локализации производства.

В настоящее время завершается обсуждение предложений по внесению изменений в Постановление правительства РФ № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

– Мы готовы принять все предложения, направленные на совершенствование подходов к формированию перечня, – подчеркнула глава департамента.

Больше препаратов

Анализируя российский рынок лекарственных средств, Е.Максимкина сообщила, что возглавляемый ею департамент в настоящее время администрирует более 93 млрд руб. на лекарствен-

ное обеспечение населения в амбулаторных условиях, из них почти 40 млрд приходится на программу «Семь нозологий».

В настоящее время продолжает-

ся модернизация системы лекар-

ственного обеспечения, направ-

ленная на внедрение рациональных

моделей ценообразования, в том

числе на основе референтных

цен на лекарства. Как сообще-

ние, обеспечение населения в ам-

булаторных условиях, из них почти

40 млрд приходится на программу

«Семь нозологий».

В настоящее время продолжает-

ся модернизация системы лекар-

ственного обеспечения, направ-

ленная на внедрение рациональных

моделей ценообразования, в том

числе на основе референтных

цен на лекарства. Как сообще-

Итоги и прогнозы

Стратегия на завтра

Необходимо сделать лекарства доступными для всех



В стандарте надлежащей аптечной практики (проект этого документа разрабатывается, в том числе и при участии Национальной фармацевтической палаты), появится важная новелла – фармацевта обяжут предлагать посетителю лекарственный препарат, начиная с минимальной стоимости, по всей «линейке» аналогов.

Стандарты для отрасли

Первый этап реализации стратегии направлен на совершенствование нормативных правовых актов в сфере лекарственного обеспечения. В период 2013-2015 гг. было принято 5 федеральных законов. Это и поправки в 61-ФЗ, а также законы, направленные на увеличение доступности наркотических анальгетиков, борьбу с фальсифицированными и контрафактными ЛС, совершенствование регулирования цен на медикаменты и медицинские изделия.

дарты надлежащих практик по всем ключевым параметрам жизненного цикла лекарственного средства, от фармацевтической разработки до конечного потребителя.

Кроме того, в законе содержатся нормы, направленные на совершенствование контрольно-разрешительной системы. В частности, в практику внедрён выборочный контроль ЛС. В области фармаконадзора введены новые стандарты по надзору за надлежащим обращением ЛС на рынке.

Также в этот закон была погружена норма, связанная с установлением взаимозаменяемости лекарственных препаратов. Этот вопрос является одним из ключевых в регуляторной практике всех мировых рынков.

– Сегодня все системы здравоохранения борются за то, чтобы лекарственные препараты были экономически доступны для пациентов. И это общемировой тренд, когда вслед за инновационными

Дословно

Одной из основных тем 8-го Всероссийского съезда работников фармацевтической и медицинской промышленности, состоявшегося недавно в Москве, стал анализ правоприменительной практики Федерального закона № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» и имеющихся нарушений со стороны региональных властей – госзаказчиков.

Именно этот фактор сдерживает более высокие темпы роста продукции при наличии в стране соответствующего потенциала и ресурсов. Мощности отечественного производства используются далеко не полностью, – отразил общую ситуацию Юрий Калинин, президент Союза ассоциаций и предприятий фармацевтической и медицинской промышленности.

Сдерживающим фактором, по его словам, здесь по-прежнему является не всегда оправданная ориентация лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения на продукцию

По принципу одного лота

Фармпроизводители просят поддержки и контроля за процедурами госторгов

импортного производства. Многие виды продукции при наличии конкурентоспособных отечественных аналогов закупаются у зарубежных компаний, несмотря на то, что впоследствии из-за отсутствия расходных материалов не используются.

При этом при государственных закупках заказчики нередко необоснованно отказывают отечественным производителям в участии в торгах, включают в состав одного лота продукцию различных видов, излишне конкретизируют лоты, технические задания и условия исполнения контракта прописываются под конкретного поставщика. Показательным примером, отметил Ю.Калинин, может служить электронный аукцион на право заключить контракт на поставку цифрового маммографа для нужд Воронежского областного клинического диспансера.

Аргументируя важность решения проблемы, Юрий Калинин отметил, что в 2015 г. государственные закупки лекарств и медицинских изделий превысили 600 млрд руб. Если удастся избежать нарушений требований Федерального закона о контрактной системе, а также постановлений Правительства Российской Федерации (так называемого «Третий лишний») № 102 от 05.02.2015 и № 1289 от 30.11.2015, то экономия при госзакупках может достигать десятков миллиардов рублей, которых так не хватает сегодня. Например, для обеспечения ВИЧ-инфицированных антиретровирусными препаратами.

Юрий Калинин предложил провести соответствующую конференцию с участием представителей региональных госзаказчиков, федеральных министерств и ведомств, активистов ОНФ. «Если мы решим

данную проблему, то за год мы сможем увеличить мощности и по лекарствам, и по медизделиям на 25%», – отметил он.

Поддерживая инициативу производителей и комментируя проблему обеспечения конкуренции при проведении торгов, начальник Управления социальной сферы ФАС России Тимофей Нижегородцев отметил, что для осуществления контроля надзорные органы должны иметь некий «эталон» – типового контракт, который и должен содержать правильно написанное техническое задание. Такие документы находятся в стадии разработки в Минздраве, рассказал эксперт.

Большое внимание на съезде было уделено также вопросам анализа потребностей здравоохранения в фарммедпродукции с целью планирования производителями своей деятельности и возможной под-

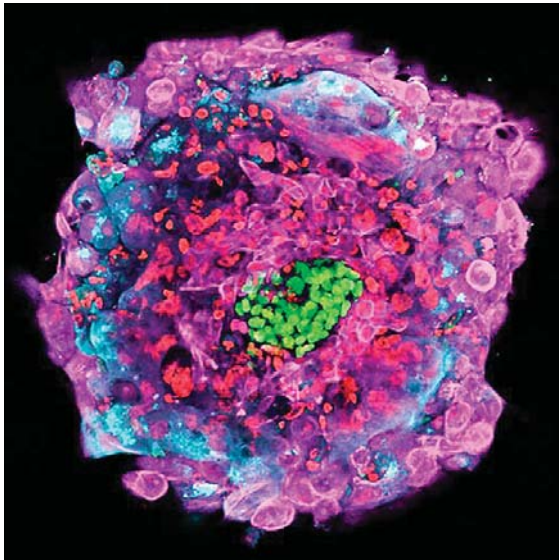
держки со стороны государства по продвижению новой инновационной продукции.

Заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы РФ Сергей Дорофеев выразил уверенность в необходимости создания отдельной площадки, где будут собраны новые, уже зарегистрированные изделия и препараты. Также он предложил совместно проработать механизм, в том числе законодательный, по их продвижению. «Складывается ситуация, что мы имеем прорывные, не имеющие аналогов препараты либо медицинские изделия, а вывести их на рынок силами самого предприятия проблематично из-за нехватки у производителя ресурсов», – отметил депутат.

Подготовила
Анна КРАСОВКИНА.

Открытия, находки

Клеточное расширение



Экспансия эмбриональных клеток с различной судьбой-fate, показанной разными цветами (12-й день развития человеческого зародыша)

В клетках, обитавших ещё в водной стихии, обособилось ядро, ставшее надёжным хранилищем генома, который подвергся экспансии (геном кишечной палочки, не имеющей ядра, почти в 1000 раз меньше такового у человека и мыши). Резкое воз-растание геномной базы дало необычайную вариабельность, сделавшую невозможной пере-садку органов и тканей даже от братьев и сестёр, не говоря уже о «вертикали» поколений, то есть от родителей детям.

Отторжение трансплантата вы-зывается атакой Т-лимфоцитов, наведённых на клеточные ми-шени специфическими антите-лами, белками, синтезируемы-ми В-лимфоцитами. «Обучение» иммунных клеток происходит в селезёнке и лимфоузлах-бубонах, распухающих при инфекции (от-сюда название бубонной чумы) и метастазировании рака. Интересно, что экспансию В-лимфоцитов под-стёгивают Т-хелперы, являющиеся основной мишенью ВИЧ, благодаря чему вирус уходит из-под иммун-ного надзора (NI). Кстати вирусный геном очень изменчив – вари-абелен, – что также помогает его экспансии в организме, с которой удаётся справиться только с помо-щью блокаторов вирусных энзимов. Благодаря современному анализу отдельных клеток, то есть методам с клеточным разрешением, учё-ные Гарварда и Калифорнийского университета в Санта-Барбаре смогли выявить механизм и функ-циональной экспансии. Известно, что суточным циклом управляют 20 тыс. нервных клеток, активность которых пробуждает нас ото сна или буквально валит с ног, если мы не выспались. Обратный пример – это «отрицательная» экспансия клеток кожи (меланоцитов), синтезиру-ющих тёмный пигмент меланин. Частичная экспансия этих клеток

происходит только под воздействи-ем ультрафиолета, но она быстро сходит на нет осенью и уж тем более зимой. Сотрудники Универ-ситета им. Эразма Роттердамского и их британские коллеги обследо-вали 2693 голландца с их белой кожей и голубыми глазами (у двух третей – 67,6% – жителей страны), выявив у каждого из добровольцев более 8 млн вариантов, захватыва-ющих лишь одну «букву» ген-кода. Важнейшими оказались варианты гена MCR, кодирующего белковый рецептор меланокортина, то есть многофункционального белка, кото-рый по своей структуре и функции

сходен с... родоп-сином (последний улавливает свет в сетчатке глаза). Сотрудники Кембриджа впер-вые сумели про-следить развитие человеческого зародыша вне организма ма-тери. Экспансия его клеток уже к 12-му дню позво-ляет перейти от шарообразного бластоцеля, в по-лости которого имеется масса стволовых клеток, к двуслойному диску. Его специ-ализирующиеся клетки, начавшие своё развитие по пути дифферен-цировки разных

клеточных типов, светятся разны-ми цветами, что позволяет про-следить их судьбу по ходу осу-ществления геномных программ. В Британии, как и в других странах, запрещено проведение экспери-ментов с человеческими зароды-шами, развитие которых больше 14 дней. Так что до клонирования человека ещё очень далеко. Но есть масса проблем, свя-занных с бесплодием и само-произвольным «сбросом» плода на ранних сроках беременности, исследование которых до самого последнего времени было невоз-можно. В Кембридже показали, что и вне организма будущей

матери эмбрион реорганизуется, то есть в лабораторных условиях воспроизвели клеточное расши-рение, осуществляемое только после имплантации бластоцеля в слизистую матки. Учёные смогли проследить включение геномных программ развития эмбриональных стволовых клеток, способствующих переходу к следующей стадии развития двуслойного зародыша (гастрюляции, характеризующейся втягиванием бластоцеля, с обра-зованием внутренней «желудочной» полости; от лат. gaster – желудок, сравни: гастрит, гастритом). Всё это со временем поможет глубже понимать механизмы клеточной дифференцировки и развития за-болеваний, а также успешнее раз-вивать клеточные терапии. Наши предки выходили из Аф-рики мелкими группами, что не-избежно вело к близкородствен-ным бракам и связанными с ними болезнями у потомков. С целью углубить понимание природы па-тологических процессов журнал Nature решил оценить геномную экспансию демографических волн человека (предки европейцев 50 тыс. лет назад начали колонизацию Европы, пребывавшую в единолич-ном владении неандертальцев). В отличие от предшественников, читавших небольшую ДНК мито-хондрий (вырабатывающих кле-точную энергию), в Кембридже британском и американском, а также в университетах Лунда и Лейпцига прочитали 51 ядерный геном древних предков современ-ных людей (среди авторов также А.Деревянко, Н.Дроздов, В.Мои-сеев, В.Славинский и А.Цыбанков). Анализ показал, что «отцами-ос-нователями» населения Европы ста-ла ограниченная группа пришельцев (single founder population), одним из членов которой возможно был тог-дашний житель северо-западной Европы. Его или их потомки 19 тыс. лет назад жили в юго-западной Ев-ропе, а после отступления ледников генетический компонент Ближнего Востока, откуда пришла последняя волна, широко разошлась по всей Европе и успешно перенесшая катаклизмы Ледникового периода. Со временем доля неандертальской ДНК уменьшилась с 3-6 до всего лишь 2%, и, по мнению авторов, она оказалась «токсичной» для предков современных людей. Учёные обращают внимание на то, что новые пришельцы сначала «сместили» с европейской сцены неандертальцев, вторая же волна вытеснила и представителей при-митивной Ориньякской культуры па-леолита (Aurignac), впервые откры-той в верховьях Гаронны. Последние 7 тыс. лет истории человечества, учитывая гигантскую экспансию ев-ропейцев, характеризуются сменой множества археологических культур под влиянием мощной экспансии с Востока. Заселение Европы запечатле-лось в геномах людей, отразивших многочисленные эпизоды замеще-ния популяций и иммиграционной экспансии в связи с мощными климатическими потрясениями. Для успешного лечения людей не-обходимо понимать как геномные программы, включавшиеся в ходе развития плода, закрываются после его рождения, в результате чего за дальнейшее развитие человека отвечают программы пубертата и взрослого организма с естествен-ным их свёртыванием к концу жизни.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Cell Biology.

Исследования

Употребление дешёвого красного мяса, обработанного и на-пичканного разными пищевыми добавками, напрямую влияет на продолжительность жизни, выяснили учёные из шотландского Глазго. Шотландские социологи давно заметили, что в Глазго со-стоятельные горожане живут, в среднем, до 80 лет, в то время как продолжительность жизни бедных не превышает и 54.

«Это не личный выбор, ведь бедным выбирать не приходится, – говорит профессор Пол Шилз из Университета Глазго, – однако последствия нездоровой диеты неизбежны и очень серьёзные».

Вегетарианцем быть лучше

Ранее конкретные причины этого феномена не были известны. Одна-ко недавнее исследование учёных из Института исследований рака при Университете Глазго приот-крыло завесу тайны. Выяснилось, что главная причина заключается в том, что малоимущие не могут по-зволить себе покупать качествен-ную еду. Дешёвое обработанное мясо особо вредит их здоровью. Как показало исследование, многочисленные пищевые добавки,

используемые производителями дешёвых мясных продуктов, зна-чительно облегчают усваиваемость фосфатов (вместо 60 усваиваются все 100%), делая этот продукт ещё более губительным для здоровья. Вред фосфатов обусловлен тем, что они разрушают теломеры – концевые участки хромосом, обе-спечивающие организму защиту от сердечно-сосудистых заболе-ваний, развития рака и болезни Альцгеймера.

По мнению учёных, снизить разру-шительное воздействие дешёвого обработанного мяса на организм можно, включив в рацион до-статочное количество фруктов и овощей. Людям следует всерьёз задуматься над своей привычкой, включать мясо в каждый приём пищи, считает профессор Шилз.

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Independent.

Перспективы

Дети Узбекистана без помощи не останутся

Правительство Республики Узбекистан утвердило технико-экономический расчёт стро-ительства детской многопро-фильной больницы четвёртого уровня на 280 коек в Ташкенте. В ней планируется проводить до 1,5 тыс. операций в год, стоимость проекта оценивается в 130,5 млн долл.

Большую часть финансирования – 102,8 млн долл. – предоставит южнокорейский Фонд экономиче-ского развития и сотрудничества

(EDCF), вклад узбекской стороны составит 27,7 млн. Изначально проект должны были запустить в прошлом году и закон-чить к 2017 г. Тогда сообщалось, что проект предусматривает стро-ительство и оснащение больницы высокотехнологичным лечеб-но-диагностическим оборудованием, обучение специалистов в ведущих клиниках Южной Кореи, а также создание условий для оздоров-ления детей с использованием высокотехнологичных методов диагностики и лечения, соответ-

ствующим мировым стандартам. Примечательно, что в позапро-шлом году президент Узбекистана Ислам Каримов утвердил государ-ственную программу «Год здоро-вого ребёнка», на реализацию которой республика выделила 2,3 млрд долл., а на улучшение си-стемы здравоохранения в стране было направлено более 1,8 млрд (около 4,3 трлн узбекских сумов).

Борис БЕРКУТ.

По информации
sputniknews-uz.com

А как у них?

Мигрантам в Британии не позавидуешь

В Великобритании будут введены новые правила пользования услугами Национальной системы здравоохранения (NHS) для ми-грантов. Теперь обращение к британским врачам, в том числе и в экстренных случаях, станет платным для всех выходцев из стран, не входящих в Европейский союз (ЕС). Согласно официальной ин-формации, такие идеи содержатся в речи Её Величества королевы Елизаветы II, с которой она планирует выступить на открытии новой сессии парламента Великобритании.

О том, что британские власти ввели обязательный медицинский сбор для иностранцев, въезжаю-щих в страну по долгосрочным ви-зам, стало известно ещё в минув-шем году. Такая мера была принята для того, чтобы снизить нагрузку на бюджет страны и положить конец «медицинскому туризму», который обходился стране в 500 млн фунтов стерлингов ежегодно. Однако, как позже заявили в правительстве, нагрузка на бюджет NHS так и не ослабла.

«Мигрантов заставят платить больше за лечение через систе-му здравоохранения, и о новой мере по борьбе с «медицинским туризмом» может быть объявлено в речи королевы. Согласно ново-введениям, иностранцы будут обя-заны платить за диагностические обследования, рецепты на лекар-ства, вызов скорой помощи, по-мощь стоматолога, обследование у окулиста и посещение отделений скорой помощи в больницах», – сообщается в различных источ-никах.

Как уточняется, перед рассмо-трением закона в парламенте будут проведены общественные слушания, а также консультации с экспертами по вопросу оптими-зации финансирования NHS.

«Меры, разработанные мини-стром здравоохранения Джереми Хантом, коснутся и тех иностран-цев, кто обращается к врачам об-

щей практики», – подчёркивается в британских СМИ.

Примечательно, что ещё в про-шлом году правительство Брита-нии разрешило медучреждениям взимать плату с «медицинских туристов» в размере 25% от сто-имости каждой оказанной услуги. Для иностранцев, которые не яв-ляются гражданами ЕС и въехали в страну по краткосрочным визам, предусмотрена плата в размере 150% от стоимости каждой услуги.

Для всех, кто въезжает в Объ-единённое королевство по долго-срочным, в том числе рабочим, визам, предусмотрен медицин-ский сбор в размере 200 фунтов стерлингов в год. За первые 6 месяцев с момента его введения правительству удалось собрать 100 млн. По подсчётам британского правительства, общие потери от лечения иностранцев в учрежде-ниях NHS составили 2 млрд фунтов стерлингов.

О том, что министр здравоох-ранения Великобритании Дже-реми Хант предложил ввести в стране платную транспортировку и лечение в отделениях скорой и неотложной помощи для граждан государств, не входящих в Ев-ропейскую экономическую зону (ЕЭЗ), сообщалось ещё в ноябре прошлого года.

Яков ЯНОВСКИЙ.

По информации The Times.

Как сказать пациенту, что паралич, слепота или приступы судорог, от которых он страдает, вызваны психологическими причинами? Невролог Сюзанн О'Салливан говорит о том, как наши мысли и чувства воздействуют на наш организм непредсказуемым и порой пугающим образом.

После окончания Медицинского университета в Дублине Сюзанна О'Салливан работала в Лондонской клинике, где познакомилась с пациенткой по имени Ивонн, страдающей от загадочной болезни, с которой доктору ещё не приходилось сталкиваться. Девушка работала в супермаркете и занималась укладкой товара в холодильники. Однажды коллега Ивонн нечаянно брызнула жидкостью для мытья стёкол ей в глаза.

Ивонн попыталась промыть глаза, ушла с работы и легла спать пораньше, надеясь, что на следующий день всё пройдет. Но проснувшись утром, она обнаружила, что её зрение только ухудшилось. Всё вокруг было как в тумане, и она едва могла увидеть время на часах. Через сутки она уже не могла отличить день от ночи.

После полугода обследований врачи пришли к выводу о том, что глаза Ивонн абсолютно здоровы. Её перевели в неврологическое отделение, где и работала О'Салливан. Во время обследования Ивонн переводила взгляд со своего мужа на врачей и обратно. Когда доктор поднёс офтальмоскоп к её глазам, она моргнула.

«Всё в голове»

У врачей не осталось сомнений, что глаза реагировали на окружающую обстановку. Но Ивонн настаивала на том, что её окружает полная темнота. Коллеги доктора О'Салливан предположили, что она симулирует болезнь, – возможно, чтобы получить денежную компенсацию в судебном порядке. «За такую актёрскую игру «Оскар» ей не дадут», – сказал один из них, выходя из палаты.

Однако у О'Салливан оставались сомнения. «Я симпатизировала Ивонн, и мне было жаль её. Я не верила в то, что она ослепла», – пишет она в своей книге, за которую получила премию Wellcome Book Prize (вручается за лучшие произведения, посвящённые медицине).

Теперь О'Салливан понимает, в чём было дело. За годы работы в Королевской лондонской больнице она стала экспертом в области психосоматических заболеваний. Она лечила пациентов с параличом нижней части тела и

Ситуация

Дважды несчастные

Реальные страдания от воображаемых болезней

с сильнейшими спазмами рук, из-за которых человек не мог пошевелить пальцами. Одна пациентка не могла опорожнить мочевого пузыря без специального катетера.

При обследовании врачи не находили физиологических причин этих заболеваний. Это и дало основание предположить, что проблема заключается не в теле, а в подсознании.

Таким образом, Ивонн не знала о том, что с её зрением всё в порядке. Каким-то загадочным образом её бессознательное отвергло эту информацию прежде, чем она успевала получить её.

Доктор О'Салливан сталкивалась с такими пациентами, как Ивонн, с самого начала своей карьеры. Впрочем, по-настоящему она заинтересовалась ими после того, как начала специализироваться на эпилепсии. К ней часто обращались пациенты, страдающие от тяжёлых приступов. Во время приступа они падали на пол, их тело сводили страшные судороги, и они ничего не могли с этим поделать.

Но при неврологическом обследовании, в их мозгу не обнаруживали никаких нарушений, характерных для больных эпилепсией. Эти приступы имели психогенный характер.

– Стало понятно, что об этих довольно распространённых проблемах никто не говорит. О них не пишут в медицинских журналах, их не обсуждают на медицинских конференциях, – говорит Сюзанна. – Эту тему незаслуженно обходят стороной.

Подобное пренебрежение ведёт к стигматизации людей, страдающих психосоматическими заболеваниями, и в результате многие пациенты, узнав свой диагноз, чувствуют себя оскорблёнными.

– Они сразу начинают говорить: «неужели вы думаете, что я это делаю нарочно» или «вам кажется, что это всё выдумки, или что я могла бы прекратить это, если бы захотела», – продолжает О'Салливан.

Если вам трудно поверить в реальность этих симптомов, подумайте о том, как ваш организм реагирует на эмоции.

Больные и симулянты

Доктор О'Салливан подчёркивает, что каждый из нас хотя бы раз испытал психосоматические явления на себе. Например, мы плачем, смеёмся или дрожим от гнева; горюем так сильно, что не можем подняться с постели; чувствуем тошноту, узнав об отравлении друга.

Известно, что до 30% людей, посещающих семейного врача или терапевта (и 50% женщин, посещающих гинеколога), жалуются на симптомы, которые невозможно объяснить физиологическими причинами.

Это означает, что они могут иметь психосоматическую природу. Разница заключается в том, что у большинства из нас эти чувства проходят, и мы возвращаемся к нормальной жизни, но у пациентов доктора О'Салливан они носят гипертрофированный и хронический характер.

Такое расстройство может длиться месяцы, годы и даже целую жизнь. Сюзанна подчёркивает, что слепота, апатия, судороги и паралич, имеющие психологическое происхождение, не приносят меньше страданий. Эти пациенты действительно больны – даже больше, чем многие пациенты с физическими заболеваниями.

В качестве примера рассмотрим случай юриста из Лондона по имени Камилла, которой первоначально поставили диагноз «эпилепсия», однако позже О'Салливан удалось доказать, что болезнь носит психогенный характер.

Камилла поделилась с ней тем, как унизительны для неё эти приступы, как люди, пытаясь помочь, садятся ей на руки или на ноги, чтобы зафиксировать их, и засовывают пальцы ей в рот, чтобы не дать задохнуться. Однажды в момент приступа над ней склонился мужчина и спросил, всё ли у неё в порядке. А затем просто украл её телефон.

«Но знаете, что происходит чаще всего? Люди снимают меня на видео и уходят, громко смеясь», – рассказала она доктору О'Салливан.

Чем больше мы узнаём об этих пациентах, тем труднее поверить, что кто-нибудь стал бы нарочно подвергать себя подобному унижению.

Впрочем, О'Салливан встречались и симулянты. Пациентка по имени Джудит жаловалась на приступы судорог – побочный эффект химиотерапии, которую она прошла несколько лет назад, лечась от лейкемии. Чтобы проверить, так ли это, доктор О'Салливан поместила её в палату с камерой, которая зафиксировала бы приступ.

Он не заставил себя ждать: в 21:15 медсестра нашла Джудит лежащей на полу без сознания. Всё выглядело так, будто она очень неудачно упала и при падении повредила руку. Но на видео доктор увидела совсем другое, никакого приступа не было.

Джудит просто ударила рукой о стену 4 раза, потом аккуратно легла на пол, сбросив на пол тарелку, для привлечения внимания медсестры. А позже обнаружилось, что Джудит никогда не страдала и лейкемией.

Из-за пациентов с несуществующими болезнями такие люди, как Камилла или Ивонн, подвергаются осуждению. Тем не менее, доктор О'Салливан сочувствует и им.

Диагноз – не приговор

Какие же душевные муки заставляют вести себя подобным образом? Джудит не болела лейкемией, но, возможно, она видела страдания другого человека и так отреагировала на них?

– Симуляция заболеваний, или синдром Мюнхгаузена, – это одно из наиболее серьёзных известных мне расстройств, – говорит Сюзанна. – Власть мозга над телом легко недооценить.

В настоящее время крайне мало исследований на тему оптимальных методов лечения психосоматических заболеваний. Несмотря на это, доктор О'Салливан направляет своих пациентов к психиатрам или специалистам по когнитивно-поведенческой терапии, которые могут обнаружить причину расстройства, будь то травма или сильный стресс.

Иногда им удаётся добиться положительных результатов. Не во всех случаях заболевание можно связать с конкретным событием, например, Камилла сумела понять, что судороги могли возникнуть в качестве реакции на смерть её младшего сына. И это помогло ей поправиться.

Ивонн испытывала сильный стресс, пытаясь совместить работу с уходом за детьми, и постоянно подвергалась критике со стороны мужа-деспота. Как только она научилась справляться с этим, её зрение начало возвращаться.

Пациентам с параличом или мышечными спазмами может помочь физиотерапия. «Им нужно заново учиться ходить», – говорит доктор О'Салливан. Это очень тяжело, особенно в случае судорог, которые часто возвращаются. «Нам нужно постоянно поддерживать и подбадривать таких людей».

О'Салливан беспокоит количество неправильных диагнозов. Часто при их постановке игнорируется психологическая природа этих заболеваний, и выписывают пациентам лекарства или даже назначают операции, которые приносят им только вред. Как она говорит, это можно объяснить опасениями врачей. Им кажется, что упустить физическую причину заболевания намного хуже, чем психологическую. И в обоих случаях пациенту можно нанести непоправимый ущерб.

«Человеку говорят, что у него эпилепсия, пару лет он принимает вредные лекарства, но они не помогают». За это время болезнь становится неотъемлемой частью жизни пациента: о ней знают его друзья, родственники и работодатель, и принять новый диагноз становится намного сложнее.

«И вы, и ваш доктор уверены в этом диагнозе, и вам никак от него не деться», – говорит доктор О'Салливан. – Вас лечат от несуществующей болезни, и у вас нет возможности получить необходимую помощь. Вас не направляют на (нужную вам) когнитивно-поведенческую терапию, к физиотерапевту или психиатру».

Сюзанна считает необходимым рассказывать студентам-медикам о психосоматических заболеваниях на самых ранних этапах обучения.

– На мой взгляд, эту тему нужно включить в университетскую программу, – говорит она. – Скорее всего, мне встречались тысячи подобных пациентов, но мне никто не рассказал, как им можно помочь». А пока она надеется, что её книга хотя бы привлечёт внимание к этому вопросу. Она выяснила, что некоторые пациенты уже не так сильно переживают по поводу своего диагноза и не боятся осуждения.

«Я всей душой желаю, чтобы эта тема обсуждалась в широких кругах, и чтобы людям не приходилось испытывать чувство стыда».

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам BBC Future.

Перспективы

Группа учёных из Онкологического центра Фреда Хатчинсона (США) сообщила о результатах клинических испытаний, в ходе которых изучалась эффективность иммунотерапии при лечении пациентов с поздними стадиями лейкоза.

В борьбе с лейкозом

Авторы выделили Т-клетки пациентов и генетически модифицировали их, что привело к появлению на их поверхности рецептора CAR. Этот рецептор способен обнаруживать и распознавать опухолевые клетки, несущие на своей поверхности CD19. Именно этот маркер характерен для многих клеток лейкоэмических больных. Введение CAR-T-клеток в организм пациента вызывало уничтожение опухолевых клеток.

В исследовании приняли участие 29 человек, которым уже не помогали другие способы лечения. После того, как они прошли экспериментальный курс лечения, ремиссия наблюдалась

у 27 пациентов. В одном случае ремиссия наступила не сразу, а после второго курса. Кэмерон Терл (Cameron Turtle) отмечает, что полученные результаты выглядят обнадеживающе, так как им удалось достичь ремиссии у 93% больных.

Впрочем, авторы пока не знают, насколько долго будет сохраняться эффект и каковы длительные последствия такой терапии. Кроме того, у некоторых пациентов наблюдались довольно серьёзные побочные эффекты, связанные с иммунотерапией.

Ян РИЦКИЙ.

По информации sciencealert.com

Vivat!

В жёлтой жаркой Африке...

Представители больницы при Кенийском университете Ага, а также ряд других медицинских заведений страны, объявили о том, что готовы бесплатно предложить лечение для 400 жителей Уганды, нуждающихся в лучевой терапии.

Дело в том, что недавно в Уганде сломалась единственная в стране установка для проведения лучевой терапии, располагавшаяся в больнице Мулаго. Для того чтобы пройти курс облучения, они вынуждены отправляться в Кению, тратя на это существенные суммы. Новый прибор уже заказан и начнёт работать лишь через 1,5 года, сообщили в больнице.

Теперь же пациенты получают возможность не ждать столь длительный срок, а отправиться на лечение в Кению бесплатно – транспортные расходы, а также оплату питания и жилья, возьмёт на себя прави-



тельство Уганды. Пациент сможет поехать в Кению не один, а с сопровождающим лицом – родственником или другом.

Впрочем, лечение до сих пор остаётся недоступным для боль-

шинства больных – сейчас в радиотерапии нуждаются не 400, а несколько десятков тысяч человек.

Валентин СТАРОСТИН.

По сообщению ВВС.

За три недели до смерти ослепший, измученный нестерпимыми болями, он прекратил редактировать свой знаменитый роман «Мастер и Маргарита», который сюжетно был уже закончен, хотя внутренне оставался не вполне завершённым.

Предсказывая свой конец

В материалах, касающихся жизни Булгакова, имеется поражающий воображение факт. Здоровый и практически не болевший писатель предсказывает свой конец. Более того, он не только называет год, но и приводит обстоятельства смерти, до которой было ещё добрых полдюжины лет и которую тогда ничего не предвещало. «Имей в виду, — предупредил он свою новую избранницу, Елену Сергеевну, — я буду очень тяжело умирать, — дай мне клятву, что ты не отдашь меня в больницу, а я умру у тебя на руках». Эти слова настолько врезались в память будущей жены, что через 30 лет она без запинки привела их в одном из писем к живущему в Париже родному брату писателя, которому писала: «Я нечаянно улынулась — это был 32-й год, Мише было 40 лет с небольшим, он был здоров, совсем молодой...».

С такой же просьбой, а скорее мольбой тяжелобольного, не отправлять его в больницу, он уже обращался к своей первой жене, Татьяне Лаппа, в страшное для них обоих время наркотической зависимости писателя в 1915 г. Но тогда это была уже реальная ситуация, с которой, к счастью, с помощью жены удалось справиться, навсегда избавившись от своего, казалось бы, неизлечимого недуга. Сейчас же ничего не давало Булгакову повода для подобных предсказаний и требования клятв от своей новой жены. Быть может, это была всего-навсего мистификация или розыгрыш, столь частые в произведениях писателя и свойственные ему самому? Время от времени он напоминал жене об этом странном разговоре, но Елена Сергеевна по-прежнему не принимала это всерьёз, хотя на всякий случай регулярно заставляла его показываться врачам и производить анализы. Но признаков болезни раз за разом всё не было, а исследования не выявляли никаких отклонений.

Что же случилось?

Между тем «назначенный» срок приближался. И когда он наступил, Булгаков «стал говорить в лёгком шутовском тоне про «последний год, последнюю пьесу» и т.д. Но так как здоровье его было в прекрасном проверенном состоянии, то все эти слова никак не могли восприниматься серьёзно», — писала Елена Сергеевна парижскому брату писателя.

Что же случилось с Михаилом Булгаковым? Что за болезнь могла привести за 6 месяцев с момента появления первых симптомов к смерти практически здорового, творчески чрезвычайно активного человека, постоянно до этого проходившего медицинские обследования, не выявлявшие никакой патологии? Здесь непременно следует отметить, что результаты клинических и других методов исследования не выявляли признаков соматической патологии. Между тем, по воспоминаниям жены писателя, его современников и консультирующих врачей, у Булгакова длительное время наблюдались типичные призна-

ки невротического состояния с тревожно-фобическими расстройствами.

Так, в архиве М.Булгакова найден врачебный бланк с медицинским заключением: «22.05.1934. Сего числа мною установлено, что у М.Булгакова имеется резкое истощение нервной системы с явлениями психостений, вследствие чего ему предписаны покой, постельный режим и медикаментозное лечение. Тов.

Болезни великих

Смерть Мастера следовала за ним

15 мая исполнится 125 лет со дня рождения врача и писателя Михаила Булгакова



Булгаков сможет приступить к работе через 4-5 дней. Алексей Люцианович Иверов. Врач Московского художественного театра».

О подобных невротических состояниях и попытках их лечения упоминает в дневниках и сама Е.Булгакова. Анализ течения болезни Булгакова свидетельствует о том, что заболевание писателя манифестировалось лишь в сентябре 1939 г., за 6 месяцев до его кончины. Именно с того времени вёл отсчёт своей болезни и сам Булгаков.

В сентябре 1939 г. после серьёзной для него стрессовой ситуации Булгаков решает уехать в отпуск в Ленинград. И в первый же день, прогуливаясь с женой по Невскому проспекту, писатель почувствовал вдруг, что не различает надписей на вывесках. Подобная ситуация однажды уже имела место в Москве. Встретившись с повторившимся эпизодом потери зрения, писатель возвращается в гостиницу Астория. Срочно начинаются поиски врача-окулиста, и 12 сентября Булгакова осматривает ленинградский профессор Н.И.Андогский: «Острота зрения: пр. глаз — 0,5; левый — 0,8. Явления пресбиопии. Явления воспаления зрительных нервов в обоих глазах с участием окружающей сетчатки: в левом — незначительно, в правом — более значительно. Сосуды значительно расширены и извиты».

«Ваше дело плохо», — заявляет профессор после осмотра больного, настойчиво рекомендуя немедленно возвращаться в Москву и сделать анализ мочи. Булгаков тут же вспомнил, а воз-

можно, помнил об этом всегда, что 33 года назад в начале сентября 1906 г. внезапно начал слепнуть его отец, а спустя полгода его не стало. Через месяц отцу должно было исполниться 48 лет. Это был как раз тот возраст, в котором сейчас находился сам писатель... Будучи врачом, Булгаков, конечно, понимал, что нарушение зрения — всего лишь симптом болезни, которая свела в могилу его отца, и которую он

получил, по-видимому, по наследству. Теперь то, что когда-то казалось отдалённым и не очень определённым будущим, стало реальным и жестоким настоящим. Неужто приближается тот роковой срок, определённый для себя самим писателем ещё задолго до появления первых признаков болезни?

Встревоженные неожиданно возникшей ситуацией Булгаковы возвращаются в Москву. Писатель сообщает в администрацию Большого театра, что из отпуска возвратился раньше — 15 сентября 1939 г.

Теперь мы знаем, что причиной до конца неиспользованного отпуска стала внезапно проявившаяся болезнь писателя. Поскольку основным симптомом заболевания было остро возникшее ухудшение зрения, по приезду в Москву проводятся частые офтальмологические обследования.

Даже не подозревал...

На глазном дне были выявлены изменения, характерные для тяжёлой артериальной гипертонии. Цифры АД Булгакова оказались довольно внушительными. Неужели такие показатели АД имели место длительное время у писателя, который об этом даже не подозревал? Так или иначе, клиническая ситуация дала основание врачам заподозрить, а скорее всего с высокой вероятностью диагностировать, заболевание почек. В связи с этим начинаются регулярные исследования мочи и крови писателя.

Выявленные изменения в анализах мочи довольно умеренные. Обращают на себя внимание низкий удельный вес и наличие гиалиновых и единичных зернистых цилиндров в препарате. В то же время в моче имеется незначительное количество белка, лейкоцитов в отсутствие эритроцитов. Кристаллы мочевой кислоты в большом количестве, по-видимому, были эпизодической лабораторной находкой, поскольку впрямь не обнаруживались. В анализе мочи по Зимницкому обращала внимание изостенурия.

При исследовании периферической крови изменений выявлено не было. Примечательно, что уровень гемоглобина оказался в пределах нормы, что не полностью соответствует концепции

наличия у писателя хронической почечной недостаточности (ХПН) на момент исследования.

Полученные результаты подтверждали наличие у пациента ХПН, хотя оставалась не совсем ясной её причина.

После осмотра Булгакова фатальность заболевания писателя была очевидной. Ему предложили госпитализацию в Кремлёвскую больницу, но Михаил Афанасьевич категорически

отказался, напомнив жене о данном ею слове не оставлять его и быть с ним вместе до конца.

С этого времени напряжение в квартире дома в Нащокинском переулке нарастало. Состояние Булгакова неуклонно ухудшалось. По имеющейся подборке рецептов можно предполагать о наличии ведущих клинических симптомов и их динамике. По-прежнему в связи с головными болями продолжали выписываться анальгетические препараты — чаще всего в виде сочетания пирамидона, фенацетина, кофеина, иногда вместе с луминалом. Инъекции сернокислой магнезии, пиявки и кровопускания были основным средством лечения артериальной гипертонии.

Союз писателей СССР принимал по мере возможностей участие в судьбе коллеги. Ему оказывалась материальная помощь в размере 5 тыс. руб. В ноябре 1939 г. на заседании Союза писателей СССР был рассмотрен вопрос о направлении Булгакова с женой в правительственный санаторий «Барвиха».

«Милосердная» акция

Вызывает некоторое удивление сам факт направления больного с тяжёлой, практически терминальной почечной недостаточностью на санаторное лечение. Не исключено, что это была всего лишь «милосердная» акция со стороны властных структур, озвученная СП СССР по отношению к больному писателю как бы в знак лояльности и заботы о нём. Ведь для пациента с ХПН санаторий — это не самое подходящее место пребывания для лечения. В декабре 1939 г., за 3 месяца до смерти, Булгаков не относился к категории «санаторных больных». Именно поэтому по его просьбе, поддержанной Союзом писателей, с ним в санаторий направлялась его жена.

Основным методом лечения Булгакова там были тщательно разработанные диетические мероприятия.

К сожалению, возлагавшиеся надежды (если таковые вообще возлагались) на «санаторную услугу» писателю Булгакову не оправдались. Возвратившись из санатория в угнетённом состоянии, не ощутив практически никакого улучшения и осознав своё трагическое положение,

Булгаков пишет в декабре 1939 г. своему давнему другу-медику А.Гдешинскому в Киев: «...ну вот я и вернулся из санатория. Что же со мною?.. Если откровенно и по секрету тебе сказать, сосёт меня мысль, что вернулся я умирать. Это меня не устраивает по одной причине: мучительно, канительно и пошло. <...> Могу лишь добавить одно: к концу жизни пришлось пережить ещё одно разочарование — во врачах-терапевтах. Не назову их убийцами, это было бы слишком жестоко, но гастролёрами, халтурщиками и бездарностями охотно назову. <...> Пройдёт время, и над нашими терапевтами будут смеяться, как над молюровскими врачами».

Состояние больного продолжало ухудшаться, что проявилось непрекращающимися головными болями (наиболее вероятно, вследствие тяжёлой гипертонии), признаками нарастающей азотемической интоксикации. Тяжёлое состояние заставило жену не только постоянно обращаться к лечащему врачу, но и консультироваться с другими авторитетными клиницистами. При этом, как часто случается, мнения консультантов не всегда были едиными, что невольно ставило в тупик и нерешительность не только самого пациента, но и его близких.

О последних днях умирающего писателя так вспоминал друг Булгакова, режиссёр С.А.Ермолинский: «Это были дни молчаливого нравственного страдания. Слова медленно умирали в нём... Обычные дозы снотворного перестали действовать.

Весь организм его был отравлен... ..он ослеп. Когда я наклонялся к нему, он ошупывал моё лицо руками и узнавал меня. Лену (Елену Сергеевну) он узнавал по шагам, едва только она появлялась в комнате. Булгаков лежал на постели голый, в одной набеденной повязке (даже простыни причиняли ему боль), и вдруг спросил меня: «Похож я на Христа?..» Тело его было сухо. Он очень похудел...»

Свои дневники, ведшиеся на протяжении 7 лет, Е.С.Булгакова закончила с последним вздохом Михаила Афанасьевича: «10.03.1940. 16 часов. Миша умер».

Итак, «консилиум» по поводу характера почечного заболевания Михаила Булгакова завершён. Даже если принять официальную, озвученную в свидетельстве о смерти причину смерти (нефросклероз, уремия), нельзя полностью исключить роль анальгетиков в усугублении и прогрессировании почечной недостаточности. Ведь в середине прошлого столетия таких методов, как компьютерная томография и морфологическое исследование почечных биоптатов, ставших практически рутинными в современной нефрологии не существовало. На сегодняшний день причина ХПН у М.Булгакова остаётся до конца не расшифрованной и составляет одну из его тайн, хранящихся вместе с прахом писателя под могильным камнем на Новодевичьем кладбище. Под этим камнем, к тому же овеянным мистической аурой и взятый якобы с могилы Н.В.Гоголя, лежит ещё и другая тайна Мастера. Это тайна его редкостного, мало с чем сравнимого таланта, заволаживающего каждого читателя. И разгадать эту тайну будет гораздо сложнее, если вообще окажется возможным.

Кирилл ОРЛОВ,
внешт. корр. «МГ».

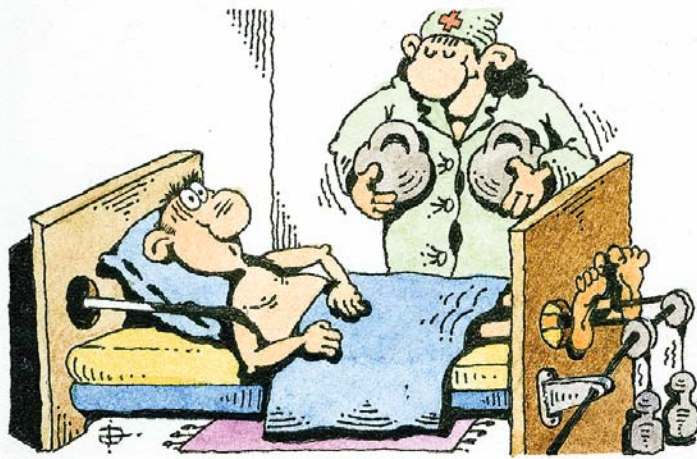
А ещё был случай

На врача надейся...

Так случилось много лет назад, что мне командору экспедиции Географического общества СССР на один из малообитаемых островов Курильской гряды Онекотан, пришлось прыгать в бушующем море с танкера, на палубу маленького спасательного буксира.

Нас было 15 членов экспедиции – 10 мужчин и 5 женщин. Все – специалисты разных профессий: геологи, биологи, охотоведы, гидролог, радист, моряк, докер, журналисты. Мы решили исследовать этот остров, о котором мало что было известно науке. Поднимались к кратерам вулканов Крепицына и Немо, пробирались по «бомбовым пляжам», которые названы так, потому что берег усеян камнями, обточенными морем, как шары или овалы, изучали флору и фауну острова и полезные ископаемые в выбросах «огненных гор». И у нас кончились съестные припасы, маломощную рацию никто не слышал.

И вдруг, о, чудо! Отозвался радист китобойца «Ретивый», который охотился на морских исполинов где-то у Алеутских островов. Капитан сообщил, что может через неделю снять нас с острова, но он не пассажирское судно и передаст нас лишь на другое судно, которое идёт во Владивосток. И вот охота завершена. Идём на сдачу добычи на остров Симушир. Там и будет нас бункеровать танкер, который, отдав горючее, вернётся во Владивосток. Как ни упрашивали мы капитана танкера, он отказывался брать 15 пассажиров на своё судно. Пришлось прибегнуть к старому знакомству, ночью разбудить и объяснить ситуацию начальнику Дальневосточного пароходства Валентину Бянкину. Он распорядился взять нас на борт танкера.



...И вот идём мы Охотским морем и размышляем. Денег у нас на билеты на самолёт нет, съестного – тоже. Все оборвались так, что стыдно показаться в приличном городе. А не лучше ли, если нас в проливе Лаперуза, когда мы там будем проходить, «перехватит» какое-нибудь сахалинское судно и высадит в Корсакове? Посылаю телеграмму другу своему – заместителю начальника Сахалинрыбпрома и получаю ответ, что нас встретит спасательный буксир, который вышел уже из Корсакова.

Но надо же такому случиться! В море разыгрался шторм. Когда буксир попробовал приблизиться к огромному танкеру, его стало бросать волнами на борту этого гигантского судна. Стало быть о швартовке и думать нечего. Как тут быть? Решили, что буксир будет проходить параллельным курсом с танкером так близко, чтобы мы смогли перепрыгнуть на его палубу. Но волны то поднимут буксир, то опустят его в бездну морскую. И всё же я решил показать пример. Прыгнул! И неудачно. Буксир так низко

опустился, что долго падал и упал на катер, сплющив себе диск между третьим и четвёртым позвонками.

Как потом медики на Сахалине, в Сочи, Ялте, Хосте, в других здравницах не пытались меня вылечить подводным вытяжением, ничего у них не получалось. Но однажды я был в Одессе. Начальник Черноморского пароходства мой друг Анатолий Голдобенко поселил меня в свой межевой дом отдыха и посоветовал: подлечись в нашей здравнице Водздрова. Она там рядышком. Главврач, к которому я обратился, покачал головой: нет у нас возможности вам помочь. Только что врач, который делает такие манипуляции, отправился в отпуск. «А медсестра его осталась?» – с надеждой спросил я. «Медсестра осталась». Вот и разрешите нам с ней провести курс лечения. Я знаю, что надо делать.

И мы стали заниматься вытяжением, но не по той традиционной методе, которую использовали во всех лечебницах и санаториях, а по придуманной мной. Везде действовали по традиционной схеме: худой ли

ты или здоровяк под центнер, а то и больше, к ногам подвязывают всё равно не больше 5 кг. А этого мало для человека такого телосложения. И меня Бог не обидел. Вешу под 90 кг. Начали с 5 кг, а потом каждый день понемногу добавляли и так дошли до 25 кг. И диск выпрямился, встал на своё штатное место и никогда больше я не маялся позвоночником.

...Второй эпизод из другой «епархии». Моя сестра с двумя своими детьми жила на Сахалине. Сынишка – Артём заболел туберкулёзом. Лечили его на острове, как могли, а потом дали путёвку в специализированный санаторий под Новороссийском. Отдала его мать врачам, но сама решила дня три пожить в гостинице. Подождать, как пойдёт лечение. Но уже на другой день её вызвал главврач и сказал: «Если вы хотите, чтобы ваш сын выздоровел, увозите его отсюда! Понимаете, у нас на каждого врача приходится 40 пациентов. Когда ему каждым заниматься?!»

Позвонила дочь нам: мама, папа, возьмёте ли вы Артёма к себе? Ну как отказаться от родного внука?! Взяли и стали лечить по своей системе. В полшестого утра я брал Артёма с собой на пробежку по городу, затем заставлял его поработать на тренажёрах и затем следовали сауна и прохладный бассейн. На обратном пути я раздевал его до пояса (а дело было зимой) и растирал тело снегом. Приходили домой, душ и завтрак. Жена изготвила особое снадобье, чисто народное: алоэ, выдержанное 18 дней в холодильнике, какао, нутренной животный жир, кагор и мёд. Всё это по столовой ложке перед каждой едой.

И на наших глазах Артём стал поправляться. Врачи, которым мы показали его через пару месяцев, усомнились, был ли у него туберкулёз.

Так что я на «своей шкуре» подтвердил старую как мир истину: на врача надейся, но сам не плошай.

Карл РЕНДЕЛЬ,
журналист.

Сосновый Бор,
Ленинградской области.

Медицизмы

Евгений ТАРАСОВ

Вокруг здоровья и болезней

- У оптимистов даже зрение движется от минуса к плюсу.
- Соль жизни не только в суставах.
- Конечно, смех – лекарство, но не при фарингите и ларингите.
- У невезучего даже зубы, положенные на полку, поражает кариес.
- Как всё-таки рассеянный склероз отличается от рассеянности!
- Ничто так не выкуривает из человека здоровье, как сигареты.
- Склероз – это когда думаешь, что пока ещё думаешь.
- Какие постные лица у диетчиков!
- Полноте чувств порой мешает только полнота.
- Наш прострел везде поспел!
- С возрастом приходит всё, особенно старость.
- Мы больше страдаем не от болезней, а от неумения предупредить их.
- У каждого больного своё понятие о здоровье.
- Чтобы иметь вес в обществе, не обязательно страдать ожирением.
- Соль жизни в том, что она откладывается в суставах и позвоночнике.
- Маразм – это когда и в мыслях его нет.
- При отсутствии аппетита и вода – обжорство.
- Свой дерматит ближе к телу.
- Атеросклеротические бляшки – это трудовые мозоли кровеносных сосудов.
- У каждой ахиллесовой пяты своя шпора.
- Лучше журавль в небе, чем кость в нёбе!
- Диабет – это горькое воспоминание о сладкой жизни.
- Хирург отличается от патологоанатома тем, что боится задеть за живое.
- Давайте хотя бы 1 апреля обманывать свои болезни!

Москва.

Певца Оливiero					Голл. живо- писец	Польск. пасту- шеская труба	СКАНВОРД										Город, Москов. обл.		Водяной каштан					
	Свидан- ие	"Снеж. коро- лева", перс.		Нала- женный ход			Япон. компо- зитор	Коле- кальци- ферол									Джобс		Якутия	7 суток		Гемци- табин		
					Венг. карто- граф			Аму- дарья в древ- ности	"Жесто- кие ...", Арбузов		Рус. муж. имя		Индий- ский шалаш	Прис- тань (стар.)							Ануй			
	Изотре- тиноин	Франц. гемато- лог		Только ... простыл			Нимфа- охот- ница (лат.)				Укр. певца								Андже- евский					
				"Конт- рабас", компо- зитор	Рас- скажи ... всем			Дочь Кроноса	Коман- да выст- релить				"Кружи- лиха", автор	Воин Сару- мана		Одежда врача								
	"Больш- шая ...", Влади- мов		Гордец				Писа- тель ... Ауб	Лабора- тор. сосуд	Словац. поэт		Фоско- ло	Ронжа							Поплав- ская					
				Древний город, Фини- кия				... Крезу не то- варищ	Хейер- дал			Возьми!	Л А Х Т И С						Г У Б А Н		Ж			
	Грамм. кате- гория		Опять			Казах. верблюд							П И Д И К Л А К					Б Е К А Р		Л Р А Е				
Автор Валерий Шаршуков													Р В А Ч Е Л О Р					С Б О Й		Г У Д А Л				
													О К О Н Р А Д П Х У М Т О Р Е М А О Л Е					Т И Н		Л А Б А З				
													К К У Р Д Б И Н Т Л А					Я С Л И		А С О				
													А Ч Е М Н Е О Н У Д О Д Г											
													Р Д Ж О Л И Р А Й Т П А Р А											
													А Л К Р А М А Н Е М И Я											

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 32 от 11.05.2016.

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

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – 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, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-04-00281 Тираж 28 977 экз. Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

Газета зарегистрирована Министерством Российской Федерации по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Свидетельство о регистрации: ПИ № 77-7581 от 19 марта 2001 г. Учредитель: ЗАО «Медицинская газета».

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