

Медицинская

14 октября 2015 г.
среда
№ 77 (7599)

Газета®

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

Перемены

Планшеты для медиков «скорой»

Омичи первыми в России связали компьютеры с медицинскими картами пациентов



Все бригады скорой медицинской помощи, обслуживающие население более чем миллионного Омска по срочным вызовам, оснащены планшетными компьютерами, что сокращает время передачи вызова непосредственно медикам, находящимся на дежурстве.

Прежде вызовы от внезапно заболевших или травмированных, скажем, в ДТП омичей поступали сначала в центральную диспетчерскую службу скорой помощи города, потом передавались на одну из 9 городских подстанций, и лишь затем «медикам на колёсах» сообщалось, по какому адресу и к кому им надо спешить. Причём информация о том, что именно случилось с людьми, была крайне скудна: высокая температура, пло-

Новый помощник «скорой» – мобильный компьютер

хо с сердцем, кажется, отравление... Теперь же медики «скорой» могут узнать об адресате гораздо больше, потому что через планшет у них есть возможность ознакомиться с его электронной медицинской картой. А значит, и подготовиться к встрече с пациентом в случае, к примеру, если он страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом, другими хроническими недугами, не говоря уже о группе крови.

Планшеты, отмечают специалисты, сокращают время обслуживания вызова каждой бригадой на 8 минут. И с учётом того, что таких бригад 97, можно утверждать, что их число пополнилось минимум ещё на 5. «Все медики выездных бригад нашей службы прошли необходимое обучение работе на таких компьютерах,

а всего их приобретено 105 на случай замены вдруг вышедших из строя», – сообщил главный врач Станции скорой медицинской помощи Максим Стуканов.

Омская станция скорой медицинской помощи стала первой в России, где медики выездных бригад используют планшеты с доступом к электронной медицинской карте пациента. На приобретение этой мобильной компьютерной техники и её программное обеспечение из средств регионального фонда обязательного медицинского страхования было выделено 3,9 млн руб.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Сергей ЦЫБ,
заместитель министра
промышленности и торговли РФ:

Фармкомпании смогут рассчитывать на господдержку в рамках постановления правительства.

Стр. 4



Аркадий ВЁРТКИН,
заведующий кафедрой терапии,
клинической фармакологии
и скорой медицинской помощи
МГМСУ, профессор:

В основе эффективной научной и образовательной деятельности кафедры лежит лечебная работа.

Стр. 5



Александр САЖИН,
заведующий кафедрой общей
хирургии и лучевой диагностики
РНИМУ им. Н.И.Пирогова,
профессор:

У нас в стране процент выполнения экстренных абдоминальных операций пока заметно выше, чем плановых вмешательств.

Стр. 6



Ориентиры

Столичные 200 миллиардов

Планируемый бюджет столичного фонда обязательного медицинского страхования в 2016 г. составит около 193 млрд руб. Соответствующий проект закона размещён на сайте Мосгордумы.

Эта сумма будет складываться, в том числе, за счёт средств субвенций из бюджета Федерального фонда ОМС в размере 160 млрд 117 млн 858,2 тыс. руб. и межбюджетных трансферов из бюджета Москвы в сумме 22 млрд 487 млн 33 тыс. руб. Из них более 17 млрд руб. направляется в бюджет фонда на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС Москвы в пределах базовой программы и более 5 млрд руб. – на оплату меди-

цинской помощи гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по обязательному медицинскому страхованию.

В проекте закона уточняется, что объём расходов фонда ОМС будет равен объёму его доходов. В частности, на реализацию территориальной программы ОМС Москвы в пределах базовой программы планируется потратить 177 млрд 693 млн 759,9 тыс. руб., на оплату медицинской помощи, оказанной гражданам, не идентифицированным и не застрахованным по ОМС, при заболеваниях и состояниях, включённых в базовую программу ОМС, – 5 млрд 44 млн 286 тыс. руб.

Алина КРАУЗЕ,
МИА Сити!

Москва.

Инициатива

Книги — в больницы

Министерство здравоохранения Свердловской области выступило с предложением реализовать необычный для медицинского сообщества проект – «Дни чтения в больницах».

– На первом этапе, который называется «Купи новую книгу и подари ребёнку», Минздрав призвал

всех неравнодушных свердловчан вспомнить, какие книги были им особенно дороги в детстве, какие стали друзьями и советчиками и какие бы хотелось подарить тем, кто особенно в них нуждается, – комментирует начальник пресс-службы Минздрава Свердловской области Константин Шестаков. – Эти подарки предназначены для воспитанников

специализированного дома ребёнка, в филиалах которого проживает около 400 детей от младенчества до 4 лет, а также для пациентов детской клинической больницы восстановительного лечения «Бонум» и областной детской клинической больницы № 1, которые находятся на лечении от 3 дней до полугода.

Книги передадут им врачи и медсёстры – участники проекта «Дни чтения в больницах».

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Екатеринбург.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

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

Новости

Сверхдальний
телемедицинский сеанс

В ходе телемедицинского сеанса между Военно-медицинской академией им. С.М.Кирова (Санкт-Петербург) и окружным госпиталем Восточного военного округа (Хабаровск) впервые в военно-медицинской практике был проведён консилиум на сверхдальнее расстояние свыше 6 тыс. км.

Необходимость телемедицинского сеанса была обусловлена неотложной консультацией по поводу военнослужащего с острым заболеванием почек, доставленного авиатранспортом в окружной госпиталь с острова Кунашир.

В ходе телемедицинского консилиума ведущие специалисты ВМА им. С.М.Кирова А.Щёголев, М.Захаров и Ю.Халимов под руководством заместителя начальника вуза по клинической работе полковника медицинской службы Н.Рыжмана проконсультировали своих хабаровских коллег относительно тактики ведения и лечения пациента, а также подтвердили правильность выбранного курса терапии.

Трансляция осуществлялась по каналам связи Национального центра управления обороной РФ.

В настоящее время состояние больного стабильное и не вызывает опасений, он получает необходимое лечение.

Николай РУДКОВСКИЙ.

Хабаровск.

Разделили потоки

В Кызыле начал принимать пациентов Центр психического здоровья для детей и подростков. Это первое педиатрическое специализированное медицинское учреждение данного профиля в Республике Тыва. До сих пор и консультативный приём, и стационарное лечение детей и подростков проводились на базе Республиканской психиатрической больницы.

Во вновь открывшемся центре можно получить консультации логопеда-дефектолога, психолога, психотерапевта, детского и подросткового психиатра. Здесь работают кабинеты психологической разгрузки для ребят, которые пережили психотравму, страдают из-за жестокого обращения или насилия в семье, имеют суицидальные наклонности (в 2014 г. в республике произошло 11 случаев суицида детей и подростков).

Для стационарного лечения в центре предусмотрены 15 койкомест и даже классная комната, где ребята смогут делать уроки, чтобы во время лечения не отстать от школьной программы.

Елена СИБИРЦЕВА.

Кызыл.

Двойной диплом для аспиранта

Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф.Войно-Ясенецкого и Университет Ниигаты договорились о том, что сибирские аспиранты по окончании учёбы и защиты диссертации в Японии получат два диплома (российский и японский). Очевидно, что с таким дипломом российский учёный имеет значительно больше шансов устроиться на работу за рубежом.

По словам проректора КрасГМУ, доктора медицинских наук, профессора Аллы Салминой, сейчас обучение в целевой аспирантуре в Стране восходящего солнца проходят 6 молодых учёных вуза: 3 – в Университете Ниигаты по направлению «микробиология, инфектология», ещё 3 – в Университете Канадзавы по направлению «нейробиология, нейробиология, протеомика». Все они за время студенчества показали себя как талантливые исследователи, и учёба в стране, которая является одним из мировых научных лидеров, станет для них путёвкой в большую науку.

На днях стало известно, что ещё 2 выпускника КрасГМУ успешно прошли вступительные испытания и с 1 октября зачислены в аспирантуру японских университетов. Они проводят научные исследования в области хирургии и биохимии.

Елена ЮРИНА.

Красноярск.

Прилетит вдруг волшебник...

В 9 больницах Подмосковья в 2016 г. появятся вертолётные площадки для перевозки больных.

«В рамках государственных программ планируется в 2016 г. построить 9 вертолётных площадок при государственных учреждениях здравоохранения Московской области. Это Пушкинская районная больница им. В.Н.Розанова, Коломенская центральная районная больница, Подольская городская клиническая больница, Подольская городская больница № 2 (ожоговый центр), Видновская районная больница, Наро-Фоминская районная больница № 1, Ступинская центральная районная клиническая больница, Истринская районная больница, Электростальская городская больница», – пояснили в Министерстве транспорта Московской области.

При этом вопросы организации вертолётных перевозок больных, оплаты перевозок и выбора компании-оператора для санитарной авиации пока только прорабатываются в правительстве Московской области.

Здесь также отметили, что вертолётные площадки будут строиться в рамках государственной программы Московской области «Развитие и функционирование дорожно-транспортного комплекса», утверждённой постановлением правительства Московской области.

По информации областного Минтранса, на территории области находится 55 действующих вертолётных площадок, из них 3 объекта вблизи МКАД имеют статус вертолётных центров.

Ян РИЦКИЙ.

Московская область.

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

Сотрудничество

В дар соседям

Россия передала в дар Министерству здравоохранения Республики Беларусь две мобильные лаборатории экспресс-диагностики, спроектированные на базе автошасси «Газель» повышенной проходимости. Это будет содействовать эффективному укреплению потенциала Белоруссии в части реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера.

Соглашение о сотрудничестве в области осуществления Международных медико-санитарных правил (ММСП) подписано Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей (Роспотребнадзор) и Министерством здравоохранения Республики Беларусь в текущем году. Переданные в дар мобильные лаборатории экспресс-диагностики оснащены автономными системами жизнеобеспечения, имеют высокий уровень биологической безопасности и предназначены для индикации возбудителей инфекционных болезней как в биологическом материале, так и в объектах окружающей среды с использованием методов ускоренной и экспресс-диагностики. Мощность – до 500 исследований в сутки. Мобильные лаборатории могут применяться при чрезвычайных ситуациях, обусловленных как вспышками инфекционных болезней, так и актами биотерроризма. Российская Федерация активно наращивает усилия по укреплению международного сотрудни-



Мобильные лаборатории экспресс-диагностики

чества в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия со странами СНГ. В том числе Роспотребнадзором в соответствии с распоряжением Правительства РФ реализуется двухлетняя программа содействия странам Содружества во внедрении и реализации ММСП. В рамках программы на средства, выделенные Правительством России, оказывается материально-техническая и методическая помощь в укреплении возможностей служб здравоохранения стран СНГ по реализации требований этих правил, направленных на своевременное выявление и предотвра-

щение распространения вспышек опасных инфекционных болезней. В 2015-2016 гг. мобильные лаборатории также будут поставлены в республике Казахстан, Таджикистан, Армению, Киргизскую Республику.

Запущенный механизм безвозмездной помощи призвал содействовать эффективному укреплению потенциала этих стран в части реагирования на чрезвычайные ситуации санитарно-эпидемиологического характера.

Иван МАЛОВ.

МИА Cito!

Москва.

Акции

Подмосковье за здоровое сердце

В городе Химки Московской области масштабно отметили Всемирный день сердца, который в этом году прошёл под девизом «Здоровый выбор для здорового сердца всегда и везде».

В крупных торговых центрах, в помещении многофункционального центра предоставления государственных и муниципальных услуг, на других площадках города каждый желающий смог бесплатно пройти скрининговое обследование с определением уровня глюкозы и холестерина крови, измерением артериального давления, проконсультироваться у врачей по вопросам коррекции факторов риска.

В молодёжном центре прошла школа здорового сердца, которую открыл руководитель администрации Химок Владимир Слепцов, отметивший важность сохранения здоровья сердца, приоритетность

профилактики заболеваний и ведения здорового образа жизни. В школе приняли участие специалисты в области медицинской профилактики, кардиологии, психологии и диетологии области, представители федеральных учреждений здравоохранения, ответив на все интересующие вопросы и рассказав об основах профилактики болезней системы кровообращения.

В школах и колледжах города прошла «Зарядка с чемпионом». Уроки физкультуры провели победители и призёры Олимпийских игр, чемпионы мира, Европы и других соревнований. Выдающаяся российская биатлонистка и лыжница, двукратная олимпийская чемпионка по биатлону и лыжным гонкам, трёхкратная чемпионка мира по лыжным гонкам Анфиса Резцова показала школьникам упражнения утренней разминки, дающие заряд бодрости и прекрасного настроения.

В Химкинской центральной клинической больнице состоялась научно-практическая конференция для медицинских работников 9-го медицинского округа на тему «Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний – приоритетная задача 2015 г.», на которой с докладами выступили главный специалист по медицинской профилактике Центрального федерального округа и Минздрава Московской области, главный врач Московского областного центра медицинской профилактики, кандидат медицинских наук Екатерина Иванова, главный кардиолог Минздрава Московской области, доктор медицинских наук, профессор Мария Глезер и другие.

Всего в акции приняли участие более 1,5 тыс. жителей Химок.

Юрий ШАЛЯГИН,

заведующий отделом

Московского областного центра
медицинской профилактики.

Московская область.

Профилактика

Обязательно прививайте детей!

На Кубани продолжается подчищающая вакцинация детей против полиомиелита, в ходе которой уже привито 40% детей, ранее не получивших вакцину из-за отказа родителей либо по медицинским показаниям.

Врачи проводят беседы, объясняют мамам и папам, каковы могут быть последствия для не привитого ребёнка.

Именно благодаря массовой вакцинации в Краснодарском

крае уже 20 лет не зафиксировано вспышек полиомиелита.

Но опасный вирус может носить в себе кто-либо из туристов, и тогда не привитый ребёнок может заразиться. Важно понимать, что до тех пор, пока в мире не останется ни одного инфицированного ребёнка, риску заражения полиомиелитом будут подвергаться дети во всех странах. А значит, единственная защита пока – вакцинация.

– Обязательно прививайте детей! В рамках Национального

календаря профилактических прививок вашего ребёнка в поликлинике бесплатно защитят от 12 серьёзных болезней, таких как грипп, пневмококковая инфекция, полиомиелит, и многих других. Не игнорируйте рекомендации медиков, ведь мы искренне желаем здоровья вам и вашим детям, – отметил министр здравоохранения Краснодарского края Евгений Филиппов.

Аревик ТАМРАЗЯН,

сотрудник Минздрава
Краснодарского края.

Перспективы

Наркоманов будут лечить по-старому?

Заседание Государственного антинаркотического комитета (ГАК) на тему «О ходе реализации перечня поручений Президента РФ по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации от 17 июня 2015 г.» состоялось в Москве.

Как отметил в своём выступлении директор ФСНХ России, председатель ГАК Виктор Иванов, в нашей стране до 1995 г. существовала целая отрасль по реабилитации наркопотребителей, а государство вело целевую деятельность по освобождению людей от пагубной зависимости. С одной стороны, это были сети наркологических диспансеров, а с другой – реабилитационная система в виде лечебно-трудовых профилакториев. Прекращение деятельности этих учреждений стало катализатором роста наркомании в стране.

Государственная функция по освобождению от зависимости в то время реализовывалась через систему МВД, в которой действовало 244 лечебно-трудовых профилактория. Эта отрасль обеспечивала реабилитацию до 100 тыс. больных ежегодно. А из бюджета страны каждый год выделялось 30-40 млрд руб. С упразднением ЛТП ключевая функция освобождения от наркозависимости через реабилитацию перестала осуществляться, а государственная политика была переключена на массовое этапирование наркопотребителей в тюрьмы.

Это привело к 20-кратному росту количества уголовных дел по наркотикам, переполнению пенитенциарной системы наркопотребителями, что синхронно вызвало рост бюджетных затрат. Здесь спикер обратил внимание на тот факт, что ежегодно к уголовной ответственности привлекается около 100 тыс. наркопотребителей за хранение наркотиков без цели сбыта. При этом суммарные затраты пенитенциарной системы, а также правоохранительных и судебных органов на привлечение к уголовной ответственности наркоманов составляют 96 млрд руб. ежегодно.

Поэтому представляется целесообразным воссоздать государ-

ственную отрасль освобождения от наркозависимости и снова начать работу с этим контингентом не через пенитенциарную систему, а через специализированные программы реабилитации. Это на порядок дешевле и в несколько раз эффективнее. На международном уровне целесообразность замены наказания наркопотребителям, совершившим нетяжкие преступления, на реабилитационные процедуры, уже давно очевидна и закреплена в базовых конвенциях Организации Объединённых Наций и регулярно подтверждается в резолюциях Генеральной Ассамблеи ООН.

Запуск программ реабилитации позволит высвободить ресурс правоохранительных органов и сконцентрировать его на ликвидации организованной преступности и каналов контрабандных поставок наркотиков на территорию России. Именно поэтому ключевым вопросом, обсуждавшимся на заседании президиума Государственного совета РФ 17 июня 2015 г., было восстановление и воссоздание системы реабилитации наркопотребителей. Тогда Президент РФ сказал: «Необходимо решать проблему избавления людей от наркотической зависимости, но исключительно медицинскими мерами, конечно, здесь не справиться. Нужна последующая социальная реабилитация и возвращение к нормальной полноценной жизни».

Принятые по итогам заседания поручения Президента представляют собой реальный план действий органов власти и гражданского сектора по реализации активной наступательной политики государства, имеющей своей целью кардинальное снижение наркомании в стране. Но импульс, приданный проблеме Президентом, не был реализован. В частности, в соответствии с пунктом 1ж перечня поручений по итогам заседания президиума Госсовета Правительству РФ предписывается «обеспечить выделение необходимых ресурсов на поддержку социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность по комплексной реабилитации и ресоциализации наркопотребителей». Формально поручение выполнено – из бюджета на решение

этой задачи выделено 10,2 млн руб. При этом решениями судов на реабилитацию направлено не менее 100 тыс. человек. С учётом того, что она в среднем продолжается от полугода до года, получается в среднем... 10 руб. на человека в месяц.

Решения Президента РФ направлены на воссоздание этой государственной отрасли с опорой на структуры гражданского общества. Это потребует 1,5 млрд руб. в год, что в 20 раз меньше, чем затраты действующей ранее системы ЛТП. При этом решения судов, направляющих наркопотребителей на реабилитацию, будут обеспечены силами неправительственных организаций за счёт взятых на себя обязательств. Выделяя скромные, по меркам России, бюджетные средства, можно создать управленческую модель, систему взаимных прав и обязанностей негосударственных организаций и власти всех уровней. Ресурсное обеспечение через грантовую поддержку является юридическим механизмом, который обяжет неправительственные структуры работать по государственным стандартам во взаимодействии с органами здравоохранения и социальной защиты.

По результатам заседания ГАК было принято протокольное решение, направленное на максимальное выполнение поручений Президента РФ от 17 июня 2015 г. Виктор Иванов отметил, что никаких новых реабилитационных центров создавать не намечается – будут задействованы уже существующие, которых в стране насчитывается более 500. Комплексная реабилитация должна стать побудительным фактором для наркозависимого пройти курс отказа от наркотиков при поддержке родственников. Не стоит и задача увеличения количества врачей-наркологов – необходима работа наркологов и психиатрии в центрах, которые строятся на неправительственной основе при их грантовой поддержке.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.
МИА Сити!

Москва.

Кагры

Надежда на «целевиков»

Около 25% выпускников медицинских вузов после учёбы не работают по специальности. Об этом рассказала в ходе «круглого стола», посвящённого целевой подготовке специалистов сферы здравоохранения, член Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Салия Мурзабаева.

Наиболее эффективным решением кадровой проблемы, по мнению властей, является целевая подготовка врачей. Так, в Москве, Санкт-Петербурге, Челябинске, Оренбурге уже работает программа, по которой в медицинских вузах выделяются дополнительные «целевые» бюджетные места.

Как известно, целевая подготовка гарантирует, что выпускник медвуза отработает как минимум 5 лет в определённом медучреждении. Соответствующее соглашение абитуриент заключает с региональным Минздравом и вузом, куда поступает. Данный документ предусматривает, что студент после завершения обучения отправляется работать по направлению.

Примечательно, что, несмотря на отток выпускников из профессии, медицинские специальности считаются одними из самых востребованных на рынке труда.

Марк ВИНТЕР.
МИА Сити!

Москва.

Осторожно!

За понюшку табака...



Каждый пятый кашляющий россиянин старше 40 лет болен хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ). Такие данные привёл заведующий кафедрой пульмонологии Российской медицинской академии последипломного образования Александр Синопальников.

– Согласно международным исследованиям, ХОБЛ на сегодняшний день является одной из ведущих патологий среди лиц старше 40 лет, имеющих какие-либо респираторные жалобы, в

том числе кашель как наиболее распространённую из жалоб, с которыми пациенты часто обращаются к врачу, – отметил А.Синопальников. – В популяции более 20%, то есть каждый пятый наш соотечественник старше 40 лет, имеющий какие-то признаки лёгочного нездоровья, может быть записан в разряд больных, страдающих ХОБЛ.

– В корне большинства бронхо-лёгочных патологий лежит курение, – ещё раз напомнил врач.

Ян РИЦКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Подписка-2016

Продолжается
подписная кампания

Уважаемые читатели!

В отделениях почтовой связи России продолжается подписка на периодические издания на первое полугодие 2016 г.

Условия оформления подписки на «Медицинскую газету» вы найдёте в Объединённом каталоге «Пресса России – 2016».

Для быстрого оформления достаточно знать номер подписного индекса «МГ» в зависимости от желаемого периода:

50075 – на месяц;
32289 – на полугодие;
42797 – на год.

Физические лица также могут подписаться на «МГ» через редакцию по льготным ценам, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru. или по почте: **пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.**

Справки по телефонам: **8-495-608-7439, 681-3596, 8-916-271-0813.**
О подписке на электронную версию «Медицинской газеты» читайте на сайте www.mgz.ru

Министерство связи											
АБОНЕМЕНТ НА ГАЗЕТУ											
Медицинская газета										(индекс издания)	
										Количество комплектов	
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											
ДОСТАВОЧНАЯ КАРТОЧКА											
на газету											
										(индекс издания)	
Медицинская газета											
Стоимость	подписки		_____ руб. _____ коп.		количество комплектов						
	переадресовки		_____ руб. _____ коп.								
на 2016 год по месяцам											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Куда											
(почтовый индекс)				(адрес)							
Кому											

Думайте сами,
решайте сами...

Всего предполагается 4 вида субсидий, они будут предоставляться в заявительном порядке. «Те компании, которые считают целесообразным расширить свою производственную деятельность, в том числе за счёт выпуска фармсубстанций, смогут рассчитывать на господдержку в данном сегменте в рамках постановления правительства. Нужно просто внимательно посмотреть, какие виды расходов предполагается компенсировать», – пояснил С.Цыб.

Отдельная субсидия будет касаться клинических исследований. В первую очередь государство поддержит те проекты по разработке лекарственных средств, которые находятся уже на стадии клинических исследований, то есть фактически близки к выходу на рынок.

Ещё 2 субсидии запланированы для медицинских изделий. Постановлением № 1048 определены порядок и условия предоставления субсидий на организацию производства медизделий по нескольким направлениям. Прежде всего, тех, которые входят в перечень имплантируемых медицинских изделий, утверждённых распоряжением правительства в конце декабря 2014 г. (всего около 200 наименований). Кроме того, это одноразовые медизделия, расходные материалы к ним, технические средства реабилитации инвалидов и людей с ограниченными возможностями и ряд других, так называемых медизделий массового спроса. «Для нас это тоже «мишень», с точки зрения инструментария, который помог бы, с одной стороны, локализовать данный вид продукции на территории России, а с другой – стимулировать собственные разработки отечественных компаний в рамках их корпоративных стратегий», – отметил С.Цыб.

Документами предусмотрено субсидирование фактически понесённых не ранее 1 января 2015 г. и документально подтверждённых затрат российских организаций, связанных с реализацией проекта. При этом возмещаться будет не более 50% от общего объёма затрат организации и не более 200 млн руб. (5 млн – при клинических испытаниях имплантируемых медизделий). Средства на реализацию постановлений предусмотрены в федеральном бюджете.

На особых условиях

Ещё несколько дополнительных финансовых инструментов появилось после принятия закона о промышленной политике. «Те условия и преференции, которые сформированы в рамках заключения специальных инвестиционных

Перспективы

Стимулы для фармы

В России созданы все необходимые инструменты господдержки для импортозамещения в этой сфере

1 октября 2015 г. Правительство РФ приняло ряд постановлений (№ 1045, 1046, 1047, 1048), которыми утверждаются правила предоставления субсидий из федерального бюджета российским организациям на компенсацию части затрат, понесённых при реализации проектов по организации производства и клинических испытаний лекарственных средств и фармацевтических субстанций, а также по организации производства медицинских изделий и клинических испытаний имплантируемых медицинских изделий.

Данные документы были разработаны в рамках реализации антикризисных мер по импортозамещению в фармацевтике и в соответствии с госпрограммой «Развитие фармацевтической и



контрактов, могут явиться стимулом, как для российских, так и зарубежных инвесторов, по формированию своих инвестиционных вкладов в производственную сферу», – считает заместитель министра.

Наряду со специнвестконтрактами промышленные предприятия, реализующие проекты импортозамещения и локализации производства в стране, могут рассчитывать на весь комплекс применяемых мер господдержки: субсидирование процентных ставок по кредитам на реализацию комплексных инвестиционных проектов и пополнение оборотных средств, поддержку Фонда развития промышленности, инвестиционные субсидии и др.

Кроме того, одним из эффективных инструментов, которые могут достаточно активно стимулировать, в том числе локализацию производства, являются долгосрочные контракты в рамках госзакупок. Сейчас Минпромторг совместно с Минэкономразвития готовит такие изменения в

Федеральный закон № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». В частности, предполагается, что держатель специнвестконтракта получит право стать единственным поставщиком той или иной продукции, которую он в рамках инвестконтракта производит.

С.Цыб также напомнил, что сторонами специнвестконтракта могут быть как представители органов исполнительной власти в лице Минпромторга, так и региональные администрации в лице администрации конкретного субъекта РФ.

– Мы готовы рассматривать предложения, как от российских, так и от зарубежных инвесторов. Могу сказать, что такие предложения у нас уже есть, они активно рассматриваются в рамках не только фармацевтической и медицинской промышленности России, но и других отраслей промышленности. При внимательном изучении данного документа по-

тенциальные инвесторы найдут очень много интересного для себя с точки зрения условий, которые сейчас формируются в России, – подчеркнул С.Цыб.

Глубины локализации

1 октября 2015 г. также вступило в силу постановление Правительства РФ № 719 «О критериях отнесения промышленной продукции к промышленной продукции, не имеющей аналогов, произведённых в РФ». Минпромторгом разрабатываются подобные критерии для фармацевтической отрасли, сообщил С.Цыб: «Сейчас мы активно обсуждаем эту тему с фармсообществом, с тем, чтобы сложить критерии отнесения такой продукции на территории России. И после утверждения данного предложения можно будет подумать о том, каким образом

«привязать» его к госзакупкам в РФ, с учётом степени глубины локализации предприятия».

Как известно, с 1 января 2016 г. наименее затратная для компании стадия производства – упаковка готового продукта – уже не будет считаться достаточным уровнем локализации производства. «Мы ожидаем, что для тех компаний, которые будут заниматься синтезом субстанций и производить готовые лекарственные формы по аналогичной продукции, могут быть введены в последующем также дополнительные преференции», – отметил замминистра. Предполагается, что к концу года такой документ будет разработан и утверждён.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Кстати

Больше отечественного

Росстат опубликовал доклад «Информация о социально-экономическом положении России» за первое полугодие 2015 г., где представлены динамика по основным социально-экономическим показателям и данные о выпуске важнейших видов продукции, в том числе по позиции «Производство фармацевтической продукции».

Согласно официальным данным, в первом полугодии этого года производство фармацевтической продукции в России выросло в целом на 10,7% по сравнению с первым полугодием прошлого года. Также зафиксирован прирост производства продукции по ряду фармакотерапевтических групп, в том числе для лечения социально значимых заболеваний.

Производство препаратов для лечения онкологических заболеваний выросло на 10,3% по сравнению с первым полугодием прошлого года. Всего в июне было выпущено 1,1 млн упаковок.

Производство препаратов для лечения сахарного диабета увеличилось на 6,4% (в упаковках) и на 1,5% (во флаконах) по сравнению с первым полугодием прошлого года. За июнь их было выпущено 1,5 млн упаковок и 823 тыс. флаконов.

Исследования

Специалистами Петрозаводского государственного университета проведено исследование, направленное на выявление причин нерационального использования обезболивающих лекарственных препаратов. В опросе приняли участие 435 посетителей аптек Петрозаводска в возрасте от 26 до 47 лет.

Как показало исследование, среди указанных респондентами торговых наименований обезболивающих лекарственных препаратов 51,9% относятся к монокомпонентным нестероидным противовоспалительным средствам (НПВС), 25,9% – к комбинированным препаратам, содержащим НПВС, 9,3% – препараты парацетамола и 13% – препараты других фармацевтических групп. В общем количестве названных средств подавляющую часть (89,3%) занимает группа НПВС.

Наиболее часто покупаемыми

Курс на экономию

обезболивающими являются метамизол натрия (40%), немисулид (37,7%), ибупрофен (26,4%), кеторолак (17,2%), диклофенак (6,4%) и ацетилсалициловая кислота (5,1%). При этом каждый пятый из участников опроса отметил, что осведомлён о неблагоприятных реакциях при приёме обезболивающих препаратов.

В основном посетители аптек указывали следующие побочные эффекты средств для снятия боли: со стороны желудочно-кишечного тракта (22,8%), аллергические реакции (7,8%) и головная боль (4,6%). В ходе анкетирования было установлено, что информированность о побочных эффектах обезболивающих лекарственных препаратов возрастает с увеличением частоты обращений к врачу, а также при наличии какого-либо

диагноза для приёма данной группы препаратов.

Опрос относительно правильного режима приёма лекарств для снятия боли показал, что в основном респонденты информированы о правилах приёма ЛП данной группы (77%), однако соблюдает их только треть потребителей (33%).

Информацию о рациональном применении обезболивающих – основных побочных эффектах, возможных лекарственных взаимодействиях, правильном режиме приёма – пациент должен в первую очередь получать от врача при назначении, а также от провизора или фармацевта при отпуске лекарства, подчёркивают исследователи.

Как указали участники опроса, эту информацию они чаще

получают от врача, нежели от сотрудников аптек. В основном медицинские работники предупреждают пациента о режиме приёма (врач – 82%, сотрудник аптеки – 66%), реже – о побочных эффектах (врач – 35%, сотрудник аптеки – 28%) и возможных лекарственных взаимодействиях (34,5 и 22% соответственно).

Большую часть розничного рынка НПВС Петрозаводска занимают препараты среднего ценового сегмента и более дорогие (от 200 до 500 руб. за упаковку – в ценах 2014 г.). На долю дешёвых (до 50 руб. за упаковку) приходится менее четверти рынка. Как отмечают исследователи, одной из основных причин для отказа в приобретении назначенного врачом препарата является его высокая стоимость.

О том, что врачи и провизоры в

своей профессиональной деятельности всё чаще сталкиваются с запросами пациентов и покупателей о замене назначаемых и рекомендуемых ЛП на более дешёвые, свидетельствуют и результаты недавнего исследования компании Synovate Comcon. Эту тенденцию подтвердили 77% опрошенных врачей, по сравнению с аналогичными измерениями во время кризиса 2008 г. (на 11% больше).

При этом в большей степени с увеличением таких запросов пациентов столкнулись кардиологи (77,5%), дерматологи (77,6%) и неврологи (80,3%). Наибольший рост числа запросов о замене ЛП на более дешёвый отмечен у урологов (+14%), наименьший – у кардиологов (+7%).

Со своей стороны такую же динамику отмечают и провизоры. Почти 88% участников опроса отметили, что число обращений покупателей с просьбой о замене лекарств на более дешёвые ана-логи выросло.

Анна КРАСАВКИНА.

– **Аркадий Львович, в своих выступлениях вы регулярно употребляете словосочетание «новая поликлиника». Что, собственно говоря, имеется в виду?**

– Дело в том, что сегодняшняя поликлиника совсем другая, нежели была вчера. Очереди пациентов, необорудованные помещения, ненужные подразделения, отсутствие алгоритмов ведения пациентов и пр. постепенно уходит в небытие. Поликлиника сегодня – это как новое тысячелетие с изменившимися экономическими и социальными условиями. За всем этим стоит постоянно увеличивающийся объём услуг и медицинской помощи, совершенствование многоуровневой системы работы, развитие стационарозамещающих технологий, активная помощь на дому, создание сети специализированных кабинетов и др.

Кроме того, в отличие от стационара в поликлинике врачи находятся в автономном состоянии, ведь в больнице у пациента есть и лечащий врач, и заведующий отделением, и кафедральный сотрудник, курирующий его. Не говоря уже о дежурном докторе. В поликлинике врач один. Проконтролировать его деятельность на сегодняшний день не представляется возможным, а ведь именно на первичное звено возложена самая большая ответственность. Наряду с сокращением больниц этому способствуют и изменения в процессе скорпомощной госпитализации.

Таким образом, львиная доля лечебного процесса на современном этапе ложится на поликлинику. И главным критерием здесь является квалификация специалиста. К сожалению, сегодня профессиональная подготовка докторов в нашей стране слишком разнится. Как это улучшить? Проводить полноценное обучение, к которому мы привыкли, весьма проблематично вследствие большой загруженности поликлинических врачей. Понимаете, создать полноценные условия доктору из амбулаторной сети весьма сложно: нет журналов, недостаточно конгрессов, литературы, методических пособий для поликлинических и т.д. При этом современное последипломное медицинское образование, к сожалению, изменило подход к организации образовательного процесса в сторону тезисного изучения клинических рекомендаций и стандартов. Оно, как правило, проводится в виде освещения концептуальных подходов к лечению конкретной нозологической формы, в то время как клиническая база, так называемые осмотры и обсуждения больных, профессорские обходы, клинко-анатомические разборы и прочее не включаются в основную программу циклов.

Тогда возникает вопрос: как же можно научить амбулаторного врача? С моей точки зрения, создание на базе поликлиник университетских клиник позволит в значительной степени повысить лечебную работу докторов, развивать клиническое мышление. Создание подобной клиники позволит восполнить дефицит врачебных кадров, повысить доступность медпомощи. Иными словами университетская клиника в поликлинике является единственной моделью непрерывного профессионального роста врачей без отрыва от непосредственной работы.

– **Но ведь у нас есть подопытные университетских клиник в поликлиниках – я имею в виду кафедры поликлинической терапии, которые имеются практически во всех медвузах страны...**

– Этого совершенно недостаточно. Как правило, на базе поликлиники работает один кафедральный сотрудник, занимающийся со студентами и не

имеющий никакого отношения к образованию врачей. Мы же говорим о людях, главной обязанностью которых будет непрерывное образование врачей, уже работающих в той или иной поликлинике. Понимаете, организационные вопросы работы поликлиник в настоящее время предельно по-

ценный алгоритм наблюдения и ведения таких пациентов.

– **Чем конкретно должны заниматься кафедральные сотрудники на базе поликлиники?**

– Правильное распределение обязанностей профессорско-преподавательского состава кафедр в поликлинике послужит значи-

с администрацией больницы, а также с терапевтическими отделениями у нас нет. Более того, основная направленность работы нашей кафедры – лечебная. Если деятельность клинических кафедр медвузов нашей страны будет основываться на этом принципе, то никаких конфликтов между

отдельные группы людей с характерными заболеваниями, алгоритмами лечения которых должны владеть поликлинические доктора.

Если иметь представление обо всём перечисленном выше, то достаточно этих коротких минут, отведённых на амбулаторный приём больных. Этим мы как раз и занимаемся – постоянно проводим мероприятия, посвящённые наиболее важным аспектам наблюдения пациентов на поликлиническом этапе, разрабатываем алгоритмы амбулаторного ведения больных с учётом всех организационных особенностей в работе поликлинического сегмента отечественного здравоохранения, создаем библиотеку амбулаторного терапевта и т.д.

– **Способствуют ли реформы московского здравоохранения поддержанию и даже реанимации так называемого клинического духа в медучреждениях?**

– Уверю вас: абсолютно всё, что мы наблюдаем на протяжении последних нескольких лет в столичном сегменте отрасли, направлено на это. Единственный минус – амбулаторные врачи не были подготовлены к такому развитию событий в профессиональном плане. Где-то даже в возрастном. К сожалению, они не готовы полноценно осуществлять, претворять на практике замечательные идеи руководства столичного здравоохранения, на том качественном уровне, который требуется на современном этапе. Без новых людей, без молодёжи этого не осуществить. Всё улучшается: у поликлиник новые здания, новое оборудование... Нужно и врачей «поменять»: обучить их соответствующим образом для того, чтобы они были готовы к эффективной работе в таких великолепных условиях.

– **Как вы относитесь к упразднению обучения в интернатуре со следующего года, когда выпускники медвузов получат право самостоятельной работы на участке сразу после получения диплома?**

– Данное решение весьма неоднозначно. Я наблюдаю студентов практически ежедневно. Не могу сказать, что большинство из них прекрасно подготовлено, однако если создать на базе поликлиник университетские клиники, то выпускников, приходящих сразу по окончании вуза на участок, можно обучить полноценному клиническому подходу к практической работе. Кафедральные сотрудники смогут сделать из них компетентных специалистов. В этом я абсолютно уверен.

– **Ваш рецепт по «изготовлению» хорошего врача?**

– Наш кафедральный принцип преподавания: все амбулаторные врачи должны приходить в 7:30 утра в отделение реанимации на наши обходы: за 12-15 минут мы пытаемся им показать, как можно быстро и грамотно разобраться в больных в условиях дефицита времени. Мы учим их формулировать диагнозы, в том числе и на патологоанатомическое вскрытие. После этого они идут на утреннюю конференцию, затем участвуют в аутопсиях. Это – истинное образование. Без наличия кафедрального сотрудника на базе поликлиники такому не научиться.

Профессоров и, как следствие, мнений – огромное количество. Кому верить? По какому принципу выбирать себе «кумира»? 95% ответов на свои вопросы доктора получают при вскрытии тела умершего пациента. Именно результаты вскрытия показывают: а кто ты? На каком уровне профессионального развития находишься? Чему следует уделить наибольшее внимание в процессе самоподготовки? В нашей профессии мёртвые учат живых.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Авторитетное мнение

Новая поликлиника

В основе эффективно функционирующей отрасли лежит подготовка квалифицированных кадров



Если театр начинается с вешалки, то система здравоохранения – с первичного звена. Мировой опыт свидетельствует о том, что около 70% медицинской помощи оказывается именно на этом этапе. При этом к стационарному виду лечения прибегают лишь в тех случаях, когда это необходимо. Так, в рамках оптимизации столичного сектора здравоохранения, проводимой на протяжении последних нескольких лет, один из акцентов был сделан на сокращение больничной сети и в то же время расширение поликлинической. Однако, как показала и продолжает демонстрировать практика, этого оказалось мало: для эффективного функционирования амбулаторного сектора необходима соответствующая подготовка врачей. А вот кто должен и, главное, сможет их подготовить соответствующим образом – и является ключевым вопросом в сложившейся ситуации.

Об этом в интервью «МГ» рассказал один из ведущих клиницистов-интернистов нашей страны, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, профессор, заслуженный деятель науки РФ Аркадий ВЕРТКИН.

няты и прозрачны. Они решены до мельчайших деталей. Другое дело – клиническая подготовка и практическая работа врачей. Причин этому предостаточно: сокращения, преклонный, в профессиональном аспекте, возраст и, что самое главное, молодёжь практически не идёт работать в поликлинику.

– **И каким же образом привлечь молодых специалистов в амбулаторное звено?**

– Прежде всего, молодой человек должен понимать, что работа в поликлинике – это престижно. Это и творчество, и перспектива. Нужно уметь заинтересовать молодого специалиста, мотивировать его. А для этого профессор или доцент сам должен быть мотивирован: не формально относиться к своим обязанностям, а буквально гореть интересом к своей деятельности. Только так можно привлечь к своему делу молодёжь, тем самым обеспечивая преемственность в своей профессии. Если говорить о научной работе, то большего «клондайка», чем внутренняя медицина, на амбулаторном этапе не найти.

Приведу вам небольшой пример: одной своей аспирантке я поручил заниматься проблемой маломобильных пациентов (после перелома шейки бедра, перенёвших инсульт и т.д.). Как вы понимаете, условия их пребывания зачастую оставляют желать лучшего: уход не бог весть какой, социальные службы – то же самое и, что самое главное, низкая эффективность амбулаторной медицинской помощи: врачи не знают с какой стороны подойти к такому больному, как его лечить, как обеспечить профилактику осложнений и каких.

Мы подняли огромный пласт таких пациентов, обеспечили выплатами социальных льгот для этой категории граждан: если раньше они были обеспечены на 7%, то в настоящее время, после цикла наших работ, – на 75%. А врачи получили в руки полно-

тельному улучшению профилактической работы и регламентирует технологию ведения больных с неотложными состояниями. Это должно быть образцом преемственности в ведении больных на амбулаторном и стационарных этапах.

К примеру, доцент кафедры должен проводить консультации всех трудных амбулаторных пациентов в течение дня: и конфликтные ситуации, и сугубо клинические. В его компетенции лежит организация консилиумов, посещение наиболее сложных больных на дому, руководство процессом постановки диагноза, правил их формулировок, а также обеспечить больший процент аутопсий таких пациентов и присутствие на них лечащих врачей.

Пациентов, умерших на дому, очень редко вскрывают. Как следствие, в большинстве случаев, истинная причина смерти остаётся за кадром. Другой доцент занимается только неотложными состояниями, а третий – «активками» скорой медицинской помощи: наблюдение пациентов после вызовов скорой и не госпитализированных по тем или иным показаниям. Это очень важный момент в работе поликлиники. Четвёртый должен отвечать за проведение в поликлинике клинических и клинко-анатомических конференций и т.д. Вся клинко-анатомическая работа в амбулаторном звене должна быть сконцентрирована у кафедральных сотрудников.

– **Насколько всё это будет исполняться на деле, принимая во внимание нынешнее, мягко говоря, незавидное положение клинических кафедр без каких-либо официальных документов, регулирующих взаимоотношения кафедры и базы?**

– Многие зависят от компетенции заведующего кафедрой и его сотрудников. Мне сложно отвечать за других, однако о своей кафедре я могу с уверенностью сказать, что никаких проблем

профессорско-преподавательским составом и городскими врачами, а также администрацией медучреждения не будет. В этом я твёрдо убеждён.

В основе эффективной научной и образовательной деятельности кафедры лежит лечебная работа. Если у преподавателя-клинициста нет соответствующей клинической подготовки, то эффективность его педагогики будет крайне низкой. А здравомыслящий главный врач понимает, что без наличия эффективной кафедры диагностической и лечебной процессы в медучреждении не будут полноценными. Кафедра – это основное в клинической работе стационара или поликлиники.

– **В чём состоит основная проблема, с которой сталкиваются врачи первичного звена?**

– На сегодняшний день всё довольно просто: работа с бумагами постепенно уступает место электронным технологиям, однако многое опять-таки упирается в кадры, прежде всего в возраст врачей. Докторам старого поколения трудно перестроиться на современный лад в организации своей работы. Кроме того, количество больных увеличивается. Это отчасти обусловливается тем, что сокращаются стационары.

Наряду с этим в нашей стране есть наиболее социально значимые заболевания, приводящие к массовой инвалидизации и смертности населения: болезни сердца и сосудов, хроническая обструктивная болезнь лёгких, сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, а также болезни опорно-двигательного аппарата. Основной образовательный упор должен быть сделан именно на эти нозологии: чтобы их, а также ассоциированные с ними состояния знали наши врачи.

Также нельзя не отметить социально-детерминированных ролей наших больных: мигранты, малоподвижные люди, бомжи, наркоманы и алкоголики. Это

Много раз от абдоминальных хирургов, имеющих большой стаж работы, мне доводилось слышать, что лапароскопические технологии не должны применяться при оказании экстренной помощи. Когда врач не знает наверняка, что именно творится в животе у пациента, которого привезла «скорая», нужно широким доступом открыть брюшную полость, провести тщательную ревизию и после этого справляться с проблемой.

Заведующий кафедрой общей хирургии и лучевой диагностики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук, профессор Александр САЖИН, один из активных идеологов применения малоинвазивных технологий в неотложной хирургии, считает такой подход совершенно неправильным:

– Это мнение мы пытаемся изменить у наших коллег-хирургов уже два десятилетия. Эксплоративная лапаротомия действительно вплоть до 90-х годов очень широко применялась, чтобы исследовать брюшную полость. Но насколько эффективна такая диагностика? Возьмём, например, травму живота – открытые ножевые ранения. До 50% лапаротомий были напрасными: только для того, чтобы рассечь, увидеть, что ничего не повреждено, и зашить живот. При этом пациент 8-10 суток пролежит в стационаре. У него будут сильные боли, 2-3 дня он вынужден соблюдать постельный режим, после чего присоединяется госпитальная пневмония, потом появляется послеоперационная грыжа. Одним словом, целый комплекс проблем следует за такой хирургической тактикой.

– Но ведь это проблемы пациента, а не хирурга. Он-то себя подстраховал и уверен, что ничего не пропустил во время открытой ревизии.

– Современное эндовидео-хирургическое оборудование, которое даёт возможность получить 8-кратное увеличение изображения и отличную картинку, позволяет в экстренных ситуациях лапароскопически сделать такую же ревизию, как мы делаем при лапаротомии.

– Как, по-вашему, что движет врачами, которые отстаивают приоритет открытой экстренной абдоминальной хирургии?

– Думаю, они просто испытывают страх оттого, что не знают возможностей лапароскопических технологий и не обучены им. Как правило, это происходит, если администрация больницы далека от современной хирургии и пытается определять хирургическую тактику в клинике, руководствуясь устаревшими стереотипами. Когда появляется молодой врач, который съездил на конференцию и увидел, что можно что-то делать по-другому, ему пробить новую идею в своём отделении очень сложно.

В то же время хочу подчеркнуть, что среди руководителей научных институтов хирургического профиля немало апологетов малоинвазивной хирургии, более того, они сами владеют этими технологиями и активно оперируют.

– Ставится ли задача довести уровень применения малоинвазивных технологий в экстренной абдоминальной хирургии до 100%?

– 100% не бывает нигде и быть не может в принципе. Речь идёт не о тотальном применении, а о применении в максимально возможном проценте случаев и то лишь при тех заболеваниях, где вообще может использоваться лапароскопическая хирургия. Потому что, например, язвенное кровотечение – это состояние, где хирургия применяется всё меньше и меньше, причём там в принципе исключается применение лапароскопических технологий, а используется гибкая эндоскопия. Так же современная

– Почему где-то внедрение нового в практику хирургов идёт быстрее, а где-то медленнее?

– Потому же, почему и в других областях медицины. К примеру, при остром холецистите и остром аппендиците освоить лапароскопические операции проще, они не столь трудоёмкие. А при других «экстренных» патологиях – прободная

не ограничивается острым аппендицитом, острым холециститом, прободной язвой и спаечной тонкокишечной непроходимостью?

– Конечно нет, это только самые распространённые заболевания. Следующая патология – ущемлённая грыжа, но здесь прогресс тоже упирается в проблему оснащения больниц современными сетчатыми

В целом, наверное, вы правы: сейчас, в связи с непростой ситуацией в экономике России, не самый подходящий момент, чтобы чего-то требовать у государства. Но тот дефицит оснащения, о котором я говорю, фактически был запрограммирован задолго до кризиса и санкций. В большинстве случаев для выполнения лапароскопических операций пока используется дорогостоящее оборудование, инструментарий и расходные материалы, которые были закуплены за границей. Где-то мы можем уменьшать затраты при использовании расходников, проявлять свою изобретательность. Но электрохирургическое оборудование и сами лапароскопические инструменты – троакары, ножницы – это всё преимущественно иностранного производства.

– Программа импортозамещения здесь пока не работает?

– В России много фирм занимается производством хирургического оборудования. По внешнему виду и по своим характеристикам их инструменты очень приближаются к зарубежным аналогам, но они не столь долговечны и не всегда надёжны. Есть какие-то причины, которые обуславливают их быстрый выход из строя и мешают им стать по-настоящему конкурентоспособными. Естественно, перспектива, что аппарат выйдет из строя прямо во время операции, не может радовать хирурга.

Кроме того, в малоинвазивной хирургии очень важна визуализация: мы же смотрим не в рану, а на экран монитора, значит, должна быть качественная картинка, качественный HD-сигнал. Мы видим попытки отечественных производителей в этом направлении, однако пока их результаты не очень высоки.

Конечно, у наших производителей может быть контраргумент: почему во время программы модернизации здравоохранения приобреталось исключительно импортное оборудование, а не вкладывались инвестиции в отечественные производства, что могло бы способствовать их развитию? Но давайте будем откровенны: на самом деле российские предприятия медоборудования появились ещё в самом начале эры эндоскопической хирургии, в 90-е годы. За 20 лет мы так и не увидели существенного результата, конкурентоспособное оборудование так и не появилось.

– Александр Вячеславович, нет ли у вас опасения, что внедрение малоинвазивных технологий в практику ургентной хирургии не просто замедлится, а остановится?

– В ближайшие 2-3 года, думаю, такой опасности нет, потому что система будет работать по инерции, на старых запасах. А потом нам потребуется серьёзная финансовая поддержка в ремонте и приобретении нового оборудования взамен устаревшему. Уверен, что эта проблема уже обсуждается на самом высоком уровне, и решение будет найдено. Ведь мы приводим в защиту малоинвазивных подходов в экстренной хирургии очень веские аргументы: не только снижение показателей осложнений и летальности, но и оптимальные решения для экономики здравоохранения.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Наши интервью

Экстренная — не значит открытая

От чего зависит темп внедрения лапароскопических технологий в ургентной хирургии?



язва и острая спаечная тонкокишечная непроходимость – лапароскопические вмешательства значительно сложнее, они требуют более длительной кривой обучения. Именно потому есть некоторое торможение во внедрении, но оно характерно для всех клиник, которые внедряли данные технологии и в России, и в мире.

Другая причина торможения – отсутствие необходимого оснащения операционных. К сожалению, ещё приходится слышать от коллег, что в некоторых районах Московской области нет видеохирургических стоек для экстренной хирургии,

а имеющееся оборудование предназначено только для плановых операций. Безусловно, необходимо приветствовать выполнение плановых лапароскопических холецистэктомий при хроническом калькулёзном холецистите, но и экстренная хирургия не должна быть обделена. Тем более что, к сожалению, у нас в стране процент выполнения экстренных абдоминальных операций пока заметно выше, чем процент выполнения плановых вмешательств.

– Нет оборудования после того, как прошла модернизация?.. А существует ли утверждённый стандарт оснащения: сколько видеодоскопических стоек должна иметь хирургическая клиника, исходя из профиля, коечного фонда и т.д.?

– К сожалению, такого стандарта нет. Но он должен быть. В то же время для выполнения стандарта по оснащению должен быть стандарт по лечению, в котором прописано, какие технологии предпочтительно использовать для оказания помощи больному с данной хирургической патологией. Вы возразите, что такой стандарт создан – национальные клинические рекомендации. Но это же лишь рекомендации, они не имеют юридической силы и пока не позиционируются Минздравом России как обязательное руководство к действию для врачей.

– Список экстренной хирургической абдоминальной патологии, где требуется максимальное приложение малоинвазивных технологий,

тактика при панкреонекрозе предполагает крайне сдержанную тактику в отношении любых хирургических, в том числе и малоинвазивных вмешательств в пользу терапевтических.

Да, в некоторых специализированных стационарах, оказывающих неотложную хирургическую помощь, уже насколько это возможно заменили лапароскопией традиционный подход – широкую лапаротомию. Например, в московской ГКБ № 4, где школа малоинвазивной хирургии была в своё время заложена нынешним директором Департамента здравоохранения Москвы Алексеем Хрипуном. Там в 98% случаев применяются малоинвазивные хирургические технологии при лечении острого аппендицита и острого холецистита – лапароскопическая хирургия либо чрескожные чреспечёночные вмешательства под контролем УЗИ.

– Может ли такой же результат быть достигнут повсеместно, во всех «скоропомощных» больницах страны?

– Пока говорить о таких же успехах во всей России не приходится. Но положительная динамика очевидна: если 5 лет назад мы видели дефицит малоинвазивных технологий в экстренной абдоминальной хирургии как в Москве, так и в регионах, то сейчас большинство столичных стационаров успешно освоили лапароскопию. И в целом по стране много больниц скорой помощи за последние годы начали внедрять такой подход. Хотя этап тиражирования новых знаний на сегодняшний день ещё не закончен.

Мультидисциплинарный подход в решении проблемы «БОЛЬ В СПИНЕ»

(в свете приказа МЗ РФ № 1705н от 29.12.2012 «О порядке организации медицинской реабилитации»)

Здоровый позвоночник является основой благополучия организма человека. Почему же из надёжной опоры он вдруг превращается в источник мучений, а боль в спине становится чуть ли не нормой? В России около 90% населения в возрасте старше 30 лет имеют проблемы со спиной. Основная причина заключается в том, что человек за последние годы изменил свой образ жизни: физическая нагрузка уменьшилась во много раз, а нервно-



психическое перенапряжение достигло критического уровня. Всё это приводит к функциональным нарушениям, а затем и к патобиомеханическим изменениям в позвоночном столбе. Самые частые причины болей – вертеброгенные болевые синдромы – патогенетически связаны именно с патобиомеханическими изменениями, возникающими при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника.

Классификация болей в спине

Объект внимания алгологов – обширная категория патологических болей в спине. Из них первую группу составляют так называемые соматогенные боли, возникающие при любых заболеваниях внутренних органов, что обусловлено раздражением периферических рецепторов.

Вторая группа – боли в спине невропатического, или неврогенного, характера. Они появляются при повреждении нервной системы и часто оказываются непостоянной задачей для неврологов. Ведь если в случае соматогенной боли достаточно устранить причину её возникновения, то в невропатическом варианте неприятные ощущения часто не имеют конкретного источника, а болевые импульсы генерируются в периферических нервах или ЦНС спонтанно.

Наконец, последняя и, пожалуй, самая загадочная группа патологических болей – психогенные. Они появляются будто бы беспричинно, на пустом месте, когда не повреждены ни внутренние органы, ни нервная система. Чаще всего такие состояния возникают на фоне психических расстройств. Депрессия – одно из самых распространённых психических заболеваний – в большинстве случаев сопровождается именно такой спонтанной болью.

Существует и другая классификация, согласно которой боль может быть острой или хронической. Острые боли, как правило, имеют соматогенную природу. Они сохраняются определённое время, в зависимости от вида и продолжительности повреждения. Хроническую боль отличает длительность: она может беспокоить человека и по истечении формального срока, необходимого для восстановления ткани.

Проблема заключается в том, что её нужно лечить по другим правилам. Для эффективного лечения боли в спине нужен **биофизиопсихосоциальный** подход и **мультимодальное** лечение, включающее когнитивные, поведенческие подходы, социальную реабилитацию и применение специальных методов воздействия.

«ОРМЕД» – спазмам нет

Боль в спине часто бывает обусловлена повреждением (растяжением) околопозвоночных мышц при тяжёлой физической работе, а также рефлекторным мышечным спазмом при повреждении или заболевании позвоночника. При мышечном спазме происходит сокращение мышц, при этом она не может расслабиться. При повреждении многих позвоночных структур (дисков, связок, суставных капсул) происходит непроиз-

вольное сокращение околопозвоночных мышц, направленное на стабилизацию повреждённого участка. При **спазме мышц** в них накапливается молочная кислота, представляющая собой продукт окисления глюкозы в условиях недостатка кислорода. Высокая концентрация молочной кислоты в мышцах обуславливает возникновение болевых ощущений. Молочная кислота накапливается в мышцах из-за того, что **спазмированные мышечные волокна** сдавливают кровеносные сосуды. При расслаблении **спазмированных мышц** путём паравертебрального вибрационно-механического воздействия с помощью обкалывающих роликов-массажёров просвет сосудов восстанавливается, происходит вымывание кровью молочной кислоты из **спазмированных («забитых»)** мышц, и наступает эффективное безболезненное функционирование позвоночника.

«ОРМЕД» – лучшее лекарство от болей в спине

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении дорсопатий большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Один из методов механического воздействия на позвоночник и его костно-суставные элементы – аппаратно-вибротракционный метод механического воздействия с помощью декомпрессионных аппаратов механотерапии серии «ОРМЕД».

Производитель механотерапевтических автоматизированных комплексов серии «ОРМЕД» Научно-внедренческое предприятие «Орбита» работает на российском медицинском рынке уже более 15 лет. За это время в компании разработано, произведено и успешно эксплуатируется более 10 тыс. автоматизированных механотерапевтических комплексов для коррекции функционального состояния позвоночника. О многом говорят отзывы лечащих врачей государственных и частных клиник, представленные на сайте предприятия, и растущий год от года объём производства. В компании не только обеспечивают необходимой научно-технической методической литературой, учат работать с аппаратами, но и помогают в открытии быстроокупаемого кабинета для лечения, профилактики и реабилитации заболеваний позвоночника на коммерческой основе: **«ОРМЕД работает – вы зарабатываете».**

Метод сочетанный – эффект синергетический

Сегодня в профилактике и восстановительном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата позвоночника большое внимание уделяют средствам механического воздействия. Правильно

разработанные и научно обоснованные сочетания различных физических факторов механической природы представляют большую ценность для лечебной практики.

Снять напряжение со спазмированных мышц спины, поставить на место сдвинутые позвонки, восстановить утраченную гибкость позвоночника, следовательно, устранить сдавливание нервов возможно, если механически воздействовать на позвоночник, регулярно и своевременно производить виброрелаксационную коррекцию (репозицию) смещённых позвонков. Одно из направлений реабилитации – аппаратно-вибротракционный **метод механического воздействия** с помощью декомпрессионных аппаратов серии «ОРМЕД». Основными действующими факторами предложенных аппаратов являются дозированное осевое вытяжение и локально-вибрационное механическое **паравертебральное воздействие на околопозвоночные мышцы** с помощью обкалывающих роликов-массажёров, жёстко соединённых с вибратором.

При этом применяется **сочетанный метод** комплексного лечения, так как физические факторы – вытяжение (тракция), вибромассаж, обогрев, виброкоррекция позвонков – действуют одновременно и подаются на один и тот же участок тела – позвоночник – в виде одной процедуры. В этом случае происходит усиление взаимовлияния физических факторов на физиологической основе их совместного суммарного действия, что формирует новые лечебные эффекты, то есть достигается **синергетический эффект**. Эффективность применения предложенной методики не вызывает сомнения, так как многочисленными исследованиями установлено, что при дозированном вытяжении позвоночника происходит увеличение высоты межпозвоночного диска, снижение внутридискового давления, способствующее декомпрессии спинномозговых корешков и позволяющее проводить виброкоррекцию-репозицию позвонков. При этом виброкоррекция проводится паравертебрально с помощью роликов-массажёров, сообщая позвонкам поперечное силовое механическое воздействие и заставляя их «плавать» в мягких мышечных тканях, преодолевая межкостное сцепление. Методики медицинской реабилитации, основанные на механотерапии, являются патогенетически оправданными и эффективными для наибольшего числа пациентов с дистрофическими заболеваниями позвоночника.

Аппараты серии «ОРМЕД» позволяют за счёт многокомпонентного механического воздействия на паравертебраль-

ные продольные мышцы спины достичь релаксации за 3-10 минут. Весь сеанс тепловиброрелаксационно-роликового массажа с параллельным дозированным вытяжением занимает всего 10-15 минут, что, по данным исследований, является оптимальным для активизации лимфо- и кровообмена в позвоночных и околопозвоночных структурах. Аппарат может быть установлен в неврологических, физиотерапевтических, реабилитационных отделениях больниц, поликлиник, санаториев, центров.

Все параметры процедур на данных механотерапевтических комплексах серии «Ормед» дозируются и настраиваются электронно, аппараты многофункциональны и современны, на них достигаются высокие результаты лечения заболеваний позвоночника, таких как различные неврологические проявления остеохондроза, грыжи и протрузии межпозвоночных дисков и другие виды дорсопатий.

И если уж у относительно здоровых лиц имеется предрасположенность к появлению заболеваний позвоночника, то при уже сформировавшемся остеохондрозе регулярные аппаратные тренировки паравертебральных мышц позвоночника на таких многофункциональных механотерапевтических установках, как «ОРМЕД-тракцион», «ОРМЕД-профессионал», «ОРМЕД-профилактик», «ОРМЕД-релакс», «АКВАРЕЛАКС» (ванна бесконтактного гидромассажа позвоночника), «ОРМЕД-кинезо» (кинезотерапевтический тренажёр) и «АКВАТРАКЦИОН» (комплекс подводного вытяжения и гидромассажа позвоночника) крайне необходимы.

НВП «Орбита» – одно из немногих современных отечественных производителей декомпрессионных аппаратов, которые в комплексе позволяют лечить межпозвоночную грыжу **без хирургического вмешательства**. Обобщение опыта врачей в применении серии аппаратов механотерапии «ОРМЕД» в лечении и восстановлении функционального состояния позвоночника помогают компании «Орбита» успешно внедрять новые функции в существующие модели и вести новые научные разработки.

Система менеджмента качества предприятия сертифицирована по **Международным стандартам ISO 9001:2011**. Гарантия на оборудование **до 3 лет!**

НВП «Орбита» осуществляет полное сервисное обслуживание своей продукции, сообщает о новинках, и на сайте предприятия www.ormed.ru всегда можно найти актуальные отзывы работающих с аппаратами фирмы врачей, а также получить консультацию по их эксплуатации и методикам лечения.

Принципы лечебного действия аппаратов «ОРМЕД»

Механотерапевтические установки серии «Ормед» объединяют в себе новейшие медицинские технологии реабилитации и лечения заболеваний позвоночника и суставов, основанные на механическом дозированном вытяжении и роликовом паравертебральном вибромассаже позвоночника. Существуют следующие методы лечебного воздействия на аппаратах «ОРМЕД»: роликовый вибромассаж паравертебральных зон позвоночника; акупрессура биологически активных точек перемещающимися роликами-массажёрами по оси позвоночника; растяжение, сгибание, разгибание, коррекция, репозиция позвонков движущимися роликами-массажёрами; тепловое воздействие на околопозвоночные мышцы; дозированное вытяжение позвоночника.

Роликовый вибромассаж

Выполняется перемещающимися роликами-массажёрами под воздействием дозированной подъёмной силы $F_{\text{под}}$. Движущимися роликами выполняется основной приём классического массажа — глубокое, непрерывное, продольное паравертебральное разминание тканей позвоночника, при котором вместо рук массажиста используется вибро-механический метод воздействия.

Параметры и конструкции роликов-массажёров аппарата выбраны таким образом, чтобы при перемещении их вдоль оси позвоночника происходило последовательное поочерёдное разминание, сжатие-разжатие, сгибание-разгибание, раскатывание локальной **околопозвоночной мышечной ткани**. В результате такого функционального пере-

бания, сгибания, коррекции и репозиции позвонков. Эффект растяжения и коррекции позвоночных сегментов усиливается из-за **теплого воздействия** на длинные мышцы спины и их умеренной релаксации. Одновременно за счёт **глубокого разминания** стимулируются мышцы спины и увеличивается масса мышечных волокон, укрепляется «**мышечный корсет**» позвоночника.

Тракционная терапия

Тракция, по существу, один из видов механотерапии — это патогенетически обоснованный метод лечения неврологических проявлений деформирующих дорсопатий. Установлено, что большинство этих неврологических расстройств (рефлекторного или корешкового характера) напрямую связано с патобиомеханическими изменениями в межпозвонковом диске.

Дозированное (по силе и по времени натяжения и ослабления) вытяжение позвоночника — высокоэффективный метод лечения. Он не только быстро обезболивает, но и оказывает профилактическое действие на длительный срок. Его основной механизм действия заключается в декомпрессии анатомических структур позвоночного столба. Метод высокоэффективен, а тенденции развития медицинских технологий указывают на перспективность широкого внедрения в лечебную практику методов и режимов вытяжения позвоночника, проводимых на декомпрессионных механотерапевтических аппаратах серии «Ормед-профессионал», «ОРМЕД-тракцион», «ОРМЕД-профилактик», «Акватракцион» (см. рис. на стр. 3).

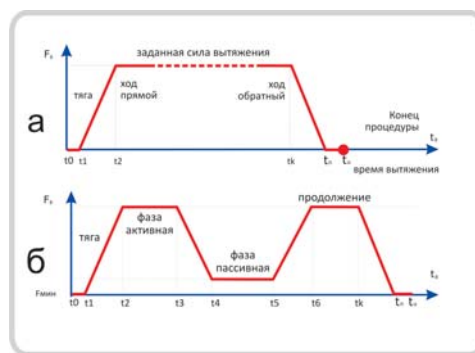


Рис. 2. Режимы вытяжения:

а) постоянное (непрерывное) вытяжение; б) переменное интермиттирующее вытяжение

ёй максимальный уровень удерживается в течение нескольких минут, после чего тяга постепенно уменьшается, вплоть до полного расслабления (см. рис. 2). Прерывистая тракция более эффективна, чем непрерывная, и воздействие на больного при этом менее резкое и интенсивное. Интермиттирующее вытяжение заключается в том, что выполняемая на протяжении различного периода времени быстрая тракция (сила которой также варьирует) сменяется быстрой релаксацией, то есть выполняется вытяжение в заданном ритме. Наряду с воздействием на костно-суставно-связочный аппарат интермиттирующая тракция избирательно воздействует на уровне мягких тканей (глубокие мышцы и т. д.) наподобие насоса, что способствует улучшению кровообращения — притоку и оттоку артериальной и венозной крови, лимфы. При этом продолжительность вытяжения нарастает в активной фазе (10–20–30 секунд) и снижается в пассивной фазе (15–10–5 секунд). В тракционных аппаратах серии «ОРМЕД» можно задать и другие режимы интермиттирующего вытяжения, программно или вручную.

Виды тракционной терапии

Сухое вытяжение

Ручное (проводится мануальным терапевтом и его ассистентами).

Гравитационное: осуществляется на наклонном щите или горизонтальных столах различной конструкции с использованием отягощений.

Автоматизированное: аппаратное вытяжение, проводимое на аппаратах серии «ОРМЕД», позволяющих легко менять положение больного, производить локальное вытяжение поражённого ПДС или одновременное вытяжение всех отделов позвоночника. Блок программного управления обеспечивает различные режимы тракции (постоянные, переменные, циклические).

Подводное вытяжение

Горизонтальное: проводится в специальных ваннах, в том числе с использованием углекисло-сероводородной воды, лекарственных веществ, настоев и отваров трав, методик физиотерапии и водолечения. Для вытяжения шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника используется специальная ванна — **автоматизированный комплекс «Акватракцион»** для подводного вытяжения и гидромассажа со встроенным подъёмником пациента.



Рис. 3. Схема вытяжения шейного отдела позвоночника

Вертикальное: происходит в бассейне с использованием природных лечебных факторов.

Рассмотрим виды и режимы вытяжения, методики и особенности проведения тракции на аппаратах «ОРМЕД».

Обычное недифференцированное вытяжение при диффузном поражении межпозвонкового диска шейного отдела позвоночника. При этом длина тяговых ремней 1 с той и другой стороны равны: $L_1 = L_2$, следовательно, силы вытяжения $P_1 = P_2$ (рис. 3).

Дифференцированное вытяжение во фронтальной плоскости. В данном случае силы вытяжения с правой и левой сторон не равны, что достигается за счёт разности длин тяговых ремней L_1 и L_2 . При этом на больной стороне длина L_2 больше, чем на здоровой стороне, что приводит к неравенству сил: $P_1 \neq P_2$ и появлению изгибающего момента силы, приложенного к шейному отделу позвоночника на уровне патологического участка межпозвонкового диска.

Векторное вытяжение в сагиттальной плоскости спереди и сзади. Здесь векторное вытяжение достигается путём изменения угла тракции $\beta_{\text{тр}}$ по отношению к горизонту, то есть к осевой линии позвоночного столба. Изменение угла тракции сводится к физическому изменению высоты H тягового рычага балки путём её подъёма или опускания. В данном случае угол $\beta_{\text{тр}}$ является **векторным углом вытяжения**, то есть вектор (направление) силы тяги $F = P_1 + P_2$, а вектор-направление под углом $\beta_{\text{тр}}$ является определяющим в достижении лечебного эффекта в процессе лечения больных с сосудисто-мозговой недостаточностью, обусловленной патологией шейного отдела позвоночника. Угол $\beta_{\text{тр}}$ (вектор тяги) может быть направлен как вперёд (вверх, до 25°), так и назад (вниз, до $5-10^\circ$) или может быть нулевым.

Дифференцированные и векторные методы вытяжения применяются тогда, когда клиническая картина больного представляет одностороннюю симптоматику (справа или слева, спереди или сзади).

Рассмотренные выше методы коррекции и восстановления функционального состояния позвоночника на аппаратах «ОРМЕД» позволяют проводить безоперационное лечение межпозвонковых грыж. Как это происходит? Как известно, грыжа образуется вследствие сближения смежных позвонков, то есть снижения высоты межпозвонкового диска, что, соответственно, приводит к выпячиванию межпозвонкового диска за пределы анатомической нормы. При дозированном раздвижении двух сопряжённых позвонков с помощью тракции образуется пространство, в которое поступает жидкость, питающая диск диффузно, и он восстанавливает объём. При вытяжении снижается внутридисковое давление, расширяются фораминальные отверстия, снижаются мышечные контрактуры, создаётся определённый вакуум-эффект, «всасывающий» («втягивающий» внутрь диска) грыжевое выпячивание (это подтверждается и многочисленными рентгенологическими исследованиями). Грыжи или значительно уменьшаются в размерах, или исчезают совсем. Количество сеансов подбирается лечащим врачом строго индивидуально, в зависимости от самочувствия больного, возраста и особенностей грыжевого выпячивания.

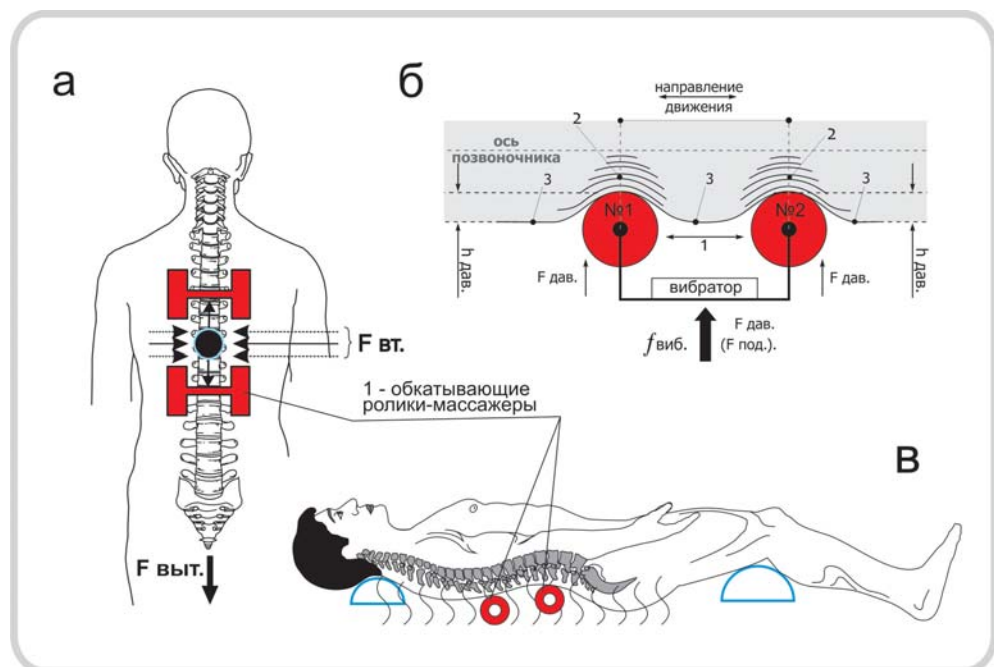


Рис. 1. Относительное паравертебральное расположение роликов-массажёров и схемы массажа мышечных тканей в области позвоночника

а) вид снизу (фронтальная плоскость); б) силовое воздействие роликов-массажёров на позвоночный столб; в) вид сбоку в сагиттальной плоскости: 1 — ролики-массажёры; 2 — позвонки; 3 — глубокие мышцы, окружающие позвоночник; 4 — мышечная поверхность спины; $F_{\text{дав}}$ — сила давления роликов на мышцы за счёт действия дозированной подъёмной силы $F_{\text{под}}$ на ролики-массажёры; $f_{\text{виб}}$ — частота механической вибрации роликов-массажёров; $F_{\text{выт}}$ — дозируемая сила вытяжения; $F_{\text{вт}}$ — вталкивающая сила, действующая на позвонки и грыжу, $h_{\text{дав}}$ — глубина массажа (давления)

мещения роликов-массажёров достигается коррекция биомеханического состояния позвоночника выполнением жизненного закона физиологии: **сокращения и расслабления глубоких мышц позвонков** (см. рис. 1).

Акупрессура

Представляет собой прессорефлексотерапию, в основе которой лежит раздражение механорецепторов путём надавливания (прессация) в зоне акупунктурных паравертебрально расположенных точек. При использовании роликового вибромассажа акупрессура является комплексом общего воздействия на акупунктурные точки вдоль позвоночника.

Микровытяжение (растяжение) сегментов позвоночника

Перемещающиеся по паравертебральным зонам ролики за счёт глубокого разминания мышц оказывают воздействие на сегменты позвоночника в виде растяжения, разги-

Методы тракционной терапии и способы их реализации на аппаратах серии «ОРМЕД»

Различают несколько методов вытяжения позвоночника:

а) в зависимости от среды, в которой осуществляется вытяжение, оно может быть «сухим» и подводным (в водной среде); б) в зависимости от положения тела больного и направления тяги — горизонтальное и вертикальное вытяжение, а также вытяжение на наклонной плоскости; в) в зависимости от отдела позвоночника, на который направлено тракционное усилие, — шейные, грудные и поясничные тракции; г) в зависимости от того, кто осуществляет тракцию, — аутоотракции и гетеротракции; д) в зависимости от ритма воздействия — непрерывные (постоянные) и прерывистые, интермиттирующие (циклические) тракции.

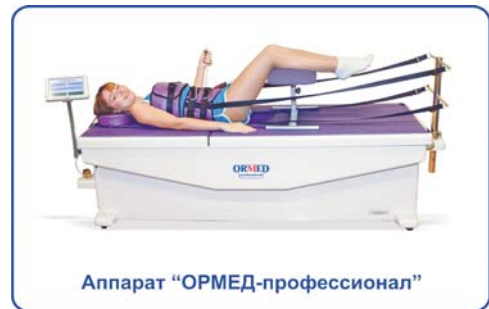
При этом непрерывные тракции (с постоянным тракционным усилием) оказывают в основном **декомпрессионное воздействие**. Прерывистые тракции характеризуются постепенно увеличивающейся тягой —

Импортзамещение. Оборудование «ОРМЕД» для реабилитации, профилактики и лечения позвоночника

Тракционное оборудование для сухого вытяжения

Успешно используется при безоперационном лечении межпозвоночных грыж, протрузий, остеохондрозов, искривлений позвоночника и других дорсопатий.

«ОРМЕД-профессионал» – универсальная, профессиональная установка для дозированного вытяжения позвоночника и суставов, паравертебрального вибрационного массажа мышечно-связочного аппарата по заданной программе и теплового воздействия; предназначена для специалистов с высокими требованиями к эксплуатируемой



Аппарат «ОРМЕД-профессионал»

технике. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами как по вертикали, так и по горизонтали. Возможно проведение паравертебрального вибромассажа с вытяжением поясничного или шейного отделов позвоночника и вытяжение суставов верхних и нижних конечностей. Пульт управления аппаратом имеет цветной сенсорный жидкокристаллический дисплей управления, позволяющий отображать проводимую процедуру на графике вытяжения в реальном времени.

Предусмотрено дифференцированное вытяжение позвоночника и проведение вытяжения в переменном режиме. В процессе лечения параметры можно менять и полностью контролировать на экране всю лечебную процедуру в динамике, так как работа аппарата запрограммирована и управляется микропроцессором. Рычаги вытяжения позволяют провести вытяжение под различными углами, как по вертикали, так и по горизонтали. В базовую комплектацию аппарата входят все необходимые приспособления (пояса и ремни) для вытяжения в большом и малом размерах.

«ОРМЕД-тракцион» — предназначен для дозированного вытяжения шейного (вертикального, горизонтального) и поясничного отделов позвоночника по заданной программе без роликового массажа. Комплектуется специальной кушеткой для вытяжения с подвижной секцией. Аппарат позволяет настроить такие индивидуальные параметры вытяжения, как нарастание/снижение нагрузки, время (остановки и ослабления) тракции, активной и пассивной фаз.



Аппарат «ОРМЕД-тракцион»

Встроенный процессор управляет режимом вытяжения по заданной программе с возможностью дозирования и регулирования параметров вытяжения в процессе проведения процедуры. Ход процедуры вытяжения контролируется на графике в режиме реального времени на сенсорном ЖК-мониторе. Дифференцированное вытяжение позвоночника и суставов возможно как вертикально, так и горизонтально – за счёт изменения длин тяговых ремней (при односторонней симптоматике). Предусмотрены различные режимы вытяжения.

«ОРМЕД-профилактик» – аппарат для дозированного аутогравитационного вытяжения на наклонной плоскости под действием веса тела пациента за счёт изменения угла наклона кушетки и паравертебрального вибрационно-механического массажа позвоночника. «ОРМЕД-профилактик» позволяет упростить процедуру вытяжения и добиться максимального эффекта лечения заболеваний позвоночника при минимальных затратах. Этот вид вытяжения более физиологичен и сводит возможности осложнения во время процедуры до минимума.

При механическом воздействии роликовых массажёров на позвоночник в процессе перемещения в зоне действия роликов-массажёров межпозвоночные связки поочерёдно



Аппарат «ОРМЕД-профилактик»

и многократно сгибаются и разгибаются на определённую величину или сжимаются и растягиваются. В результате снимается мышечный спазм и восстанавливается нормальная подвижность позвонков, укрепляется мышечный корсет позвоночника, устраняется защемление или сдавливание нервных окончаний.

Лечение на аппарате «ОРМЕД-профилактик» безопасно для пациентов и не требует специальной подготовки персонала, поэтому он может быть использован не только в неврологической службе медучреждений и на фельдшерских медпунктах предприятий, но и в оздоровительных центрах, фитнес-клубах, саунах и т.д., и даже в домашних условиях.

«ОРМЕД-релакс» – установка для дозированного паравертебрального вибрационного роликового массажа позвоночника. Регулировка всех параметров осуществляется с пульта управления. Кнопка «пауза» позволяет локализовать вибромассаж в проблемном отделе позвоночника. В результате проведения комплексной процедуры спина массируется сразу в двух плоскостях: продольной и поперечной, под влиянием чего позвоночник



Аппарат «ОРМЕД-релакс»

выпрямляется и растягивается, исчезают ущемления нервных окончаний, снимается мышечный спазм, восстанавливается нормальная подвижность позвонков. Уходит боль в спине. «ОРМЕД-релакс» рекомендован также для профилактики и восстановительного лечения детей с нарушением осанки и сколиозом 1-й и 2-й степени.

Тракционное оборудование для подводного вытяжения

В тёплой воде под действием небольшой нагрузки на позвоночник, происходит полное расслабление мышц и растягивание околопозвоночных эластичных тканей и связок. И как результат, устраняется сдавливание ущемлённого корешка спинномозгового нерва, ликвидируется смещение межпозвоночного диска и улучшается кровоснабжение, уменьшаются, а затем и совсем исчезают боли.

«АКВАТРАКЦИОН» – автоматизированный комплекс для подводного вытяжения и гидро-аэромассажа позвоночника со встроенным механизмом подъёма пациента.

Комплекс разработан с максимальным удобством для врача, безопасностью и комфортом для пациента. На сегодняшний день он не имеет аналогов по своим функциональным возможностям, так как ни одна ванна подводного вытяжения не включает в себя электронную тракцию шейного и поясничного отдела позвоночника, адаптированный встроенный подъёмник, ручной подводный душ-массаж, и паравертебральный гидро-аэромассаж. При этом процедура вытяжения отслеживается на графике в режиме реального времени.



«АКВАТРАКЦИОН»

«АКВАТРАКЦИОН» позволяет выбрать дозированное постоянное или переменное вытяжение, процедура вытяжения отображается на цветном сенсорном ЖК-мониторе пульта управления в реальном времени, заданные параметры можно менять даже во время проведения процедуры. Возможно проведение вытяжения пояснично-грудного или шейного отделов позвоночника в заданном режиме. В корпусе ванны на уровне паравертебральной зоны установлены гидро-аэромассажные форсунки для повышения лечебного эффекта расслабления околопозвоночных мышц и связок, что важно при подготовке пациента к тракции. Можно выбрать различные виды процедур: гидромассаж; аэромассаж подогретым воздухом («жемчужные ванны» – помимо массажного эффекта тонизирует ткани и кожу, активизирует кровообращение; гидро-аэромассаж благотворно влияет на нервную систему, успокаивает, расслабляет, улучшает самочувствие; дополнительная ионизация воздуха позволяет пациенту наслаждаться свежим воздухом во всё время лечебной процедуры.

Дополнительно ванна комплектуется ручным подводным душем-массажем для подготовки пациента к тракции. С помощью аварийной пневмокнопки пациент может остановить процедуру в любой момент.

Специальный встроенный подъёмник вмонтирован в ложе ванны. С помощью пульта управления возможно механизировать перемещение пациента из горизонтального (исходного) в наклонное (рабочее) положение и обратно.

Среди важных преимуществ ванны является её геометрическая конструкция. Наклонное дно позволяет экономить пространство и воду (до 30% от объёма). В отличие от ванн с горизонтальным дном пациент полностью погружён в воду, и его грудная клетка не остывает во время проведения процедуры. Комплексный подход к процедурам вытяжения предполагает покой пациента после процедуры – он в разы повышает лечебный эффект. В комплект поставки входит каталка, где пациент находится после сеанса. Даже в базовую комплектацию «АКВАТРАКЦИОНА» входят все необходимые принадлежности для проведения подводного вытяжения. Комплекс установлен в лечебно-профилактических учреждениях по всей России и заслужил немало положительных отзывов.

Кинезотерапия

«ОРМЕД-кинезо» – установка для дозированного динамического изменения углов между звеньями позвоночника при сгибании и разгибании его в положении лёжа в пассивном режиме работы мышц туловища. Позволяет проводить процедуры с возможностью изменения угла и скорости сгибания и разгибания. Аппарат идеально подходит для разработки позвонков грудного и пояснично-



Аппарат «ОРМЕД-кинезо»

го отделов позвоночника. Оказывает лечебное и тренировочное воздействие на связи позвонков и межпозвоночных дисков, способствует профилактике искривления, сутулости и сколиоза, развивает подвижность звеньев позвоночника, устраняет тугоподвижность.

Лечение основано на производимых с помощью аппарата «ОРМЕД-кинезо» воздействиях движением на позвоночник – они уменьшают напряжение мышц и снижают давление на межпозвоночные диски и осуществляют микровытяжение позвоночника в грудном и поясничном отделах в пассивном режиме. Дозированные амплитуды механических движений при тугоподвижности позвоночника усиливают питание межпозвоночных дисков: они увеличиваются в размере, отводят друг от друга позвонки, освобождая таким образом выходящие из спинного мозга нервные корешки. С помощью аппарата лечат поясничные дорсопатии, кардиологические и бронхо-лёгочные заболевания в комплексной терапии, устраняется сутулость, боль в спине и груди, восстанавливается ритм дыхания и уходит одышка.

«ОРМЕД-кинезо» может найти применение не только в медицинских учреждениях широкого профиля, но и в учебных и спортивных организациях, офисах, в косметологических кабинетах.

Мануальная терапия – залог здоровья

Многофункциональный стол «ОРМЕД-мануал» позволяет проводить специальные манипуляции, включая продольные, боковые и ротационные движения в тазовой области, вращательные движения в грудном отделе позвоночника. Конструкция столов обладает широкими функциональными



Аппарат «ОРМЕД-мануал»

возможностями, так как обеспечивает большое количество всевозможных позиций тела пациента при проведении массажа и мануальной терапии. Возможно как минимум 15 вариантов относительного углового расположения секций, что, с учётом положения пациента – лицом вверх (вниз), на левом (правом) боку – перекрывает практически все требуемые позы, необходимые для проведения массажных и мануальных процедур на любых участках его тела. При этом конструкция стола позволяет устанавливать практически любые наклоны секций в пределах диапазона их изменения.

Бесконтактная гидромассажная ванна «АКВАРЕЛАКС»



Аппарат «АКВАРЕЛАКС»

С помощью этой ванны проводится уникальный механо-гидромассаж без контакта с водой, то есть без погружения пациента в водную среду, в максимально комфортных условиях. При этом все ощущения аналогичны подводному струевому массажу, но, в отличие от него, резко снижается число противопоказаний к применению данного вида лечения и риск инфекционных заболеваний. Поддерживается постоянная температура воды, а запрограммированная работа форсунок позволяет с пульта управления устанавливать и изменять массажные программы при любом положении тела пациента (на спине, на боку, на животе), выбирая наиболее комфортный режим воздействия.

В чём основные преимущества «АКВАРЕЛАКС»? Это практическое отсутствие противопоказаний; отсутствие контакта с водой (не нужно раздеваться, мокнуть, потом сушиться) – тепло воды проникает в глубокие ткани мышечного каркаса пациента и стимулирует кровообращение, без лишней нагрузки на кровеносную систему, активизируя обмен веществ и расслабляя мышцы и связки.

Благодаря своему новому оригинальному дизайну «АКВАРЕЛАКС» станет украшением для любого помещения. Поверхность ванны условно разделяется на 6 рабочих зон, вода подаётся под давлением через 24 форсунки, которые расположены таким образом, чтобы максимально эффективно воздействовать на все необходимые области тела.

Применяется ванна в физиотерапевтических клиниках-курортах, оздоровительных учреждениях: SPA-центрах, фитнес-клубах, салонах красоты; а также в гостиницах, офисах и домашних условиях. Положительно влияя на вегетативную нервную систему, такой массаж благотворно воздействует на внутренние органы, уменьшает подкожные жировые отложения, устраняет целлюлит, лечит от бессонницы, депрессий и т.д. Успешно сочетается с различными видами обёртываний, значительно увеличивая эффективность этих процедур!

«ОРМЕД» работает — вы зарабатываете!

Как открыть клинику лечения позвоночника на коммерческой основе

Как открыть клинику
платных услуг?

Практика показывает, что врачи, специализирующиеся на лечении опорно-двигательной системы и работающие по найму в государственных или частных учреждениях, нарабатывая определённый опыт и поток пациентов, **смело открывают свой лечебный частный кабинет, центр, клинику**. Такие кабинеты на основе аппаратов «ОРМЕД» не требуют больших помещений и многочисленного персонала, при этом не снижается качество и эффективность лечения при стабильно высокой проходимости. С помощью аппаратов «ОРМЕД» лечат острые и хронические болевые синдромы; межпозвонковые грыжи и протрузии без операции; проявления остеохондроза; радикулиты, воспаление седалищного нерва; нарушения осанки, сколиозы и многие другие заболевания. Выпускаемое нами оборудование предназначено для выполнения различных процедур: от механического паравертебрального вибромассажа позвоночника до сложных тракций (лечение вытяжением).

ООО НВП «Орбита», система менеджмента и качества которого сертифицирована по Международным стандартам ISO9001:2011, **разработала программу помощи молодым специалистам для открытия клиники**, центра или кабинета лечения позвоночника на коммерческой основе. Мы предлагаем:

- обучение работе на оборудовании «ОРМЕД» на базе действующих центров;
- рекламу вашей открывшейся клиники на официальном сайте организации www.ormed.ru;
- при обращении пациентов, направляем их (рекомендуем обратиться) в вашу клинику по регионам;
- гарантийное (до 3 лет) и постгарантийное сервисное обслуживание;
- клинические рекомендации для врачей «Применение механотерапевтического комплекса серии «ОРМЕД» для реабилитации, профилактики и лечения заболеваний позвоночника, суставов и коррекции осанки», разработанные в 2013 г. совместно с Российским научным центром медицинской реабилитации и курортологии Минздрава России, НИИ курортологии и физиотерапии ФМБА России, утверждённые РАМН.

Полный перечень оборудования для платных услуг – на сайте WWW.ORMED.RU. На сегодняшний день открыты сотни частных клиник, кабинетов и медицинских центров лечения позвоночника на основе аппаратов «ОРМЕД» по России и странам СНГ. Но и этого недостаточно! Спрос на подобные услуги превышает предложение.



Загрузка 60% (первоначально – при открытии кабинета)

Услуги	Цена	%	Количество	Стоимость	Ставка врача	Оплата з/п, мес.
Первичный прием врача	500	9	24,3	12150	150	3645
Повторный прием врача	300	1	2,7	810	90	243
Сеанс тракционной терапии на «ОРМЕД-профессионал»	500	90	243	121500	150	36450
ИТОГО				134460		40338

Загрузка 100% (для «раскручивания» кабинета – через 6 месяцев после открытия)

Услуги	Цена	%	Количество	Стоимость	Ставка врача	Оплата з/п, мес.
Первичный прием врача	500	9	40,5	20250	150	6075
Повторный прием врача	300	1	4,5	1350	90	405
Сеанс тракционной терапии на «ОРМЕД-профессионал»	500	90	405	202500	150	60750
ИТОГО				224100		67230

Опыт же показывает, что оборудование «ОРМЕД», используемое в таких коммерческих кабинетах, окупает свою стоимость в среднем в течение 12 месяцев. К примеру, стоимость аппарата «ОРМЕД-профессионал», составляет 340 тыс. руб. Стоимость одной процедуры на аппарате в зависимости от региона колеблется от 300 до 1500 руб. В году 250 рабочих дней. На одном аппарате могут пройти лечение до 25 человек в день.

Расчёт окупаемости оборудования

Рассмотрим два варианта:

То есть при полной загрузке «чистый» доход составит 90 565,80 руб. в месяц, и это только для одного аппарата, без учёта сопутствующих услуг, которые вы можете оказывать на базе вашего кабинета или медицинского центра. Если же вы сами являетесь врачом и будете лично работать в кабинете, **ваш доход составит не менее 150 тыс. руб. в месяц**. При этом рассчитана усреднённая стоимость процедур, в крупных городах тарифы выше и могут достигать 2-3 тыс. рублей за 1 сеанс. В итоге даже при минимальной стоимости процедуры и загрузке аппарата 5-6 человек в день аппарат окупится в течение года и начнёт приносить доход. А в действующих центрах загрузка всегда гораздо больше. **«ОРМЕД» РАБОТАЕТ – ВЫ ЗАРАБАТЫВАЕТЕ!**

Как пройти обучение методике
лечения на аппаратах «ОРМЕД»?

Научно-внедренческое предприятие «Орбита» организует ежемесячное обучение персонала работе на оборудовании «ОРМЕД». Оно проводится на базе работающих **современных медицинских центров**, длительное время использующих наше оборудование и имеющих собственные наработки и эффективные программы лечения позвоночника. **В программе обучения:**

1. Теоретическая часть:
 - история метода, виды вытяжения;
 - механизм образования межпозвонковых грыж и других патологий;
 - физиологические механизмы тракцион-



ной терапии в практике лечения межпозвонковых грыж на аппаратах «ОРМЕД»;

- показания и противопоказания к проведению тракционной терапии;
- устройство аппаратов «ОРМЕД»;
- методики тракционной терапии при лечении различных заболеваний костно-мышечной системы;
- сочетание тракционной терапии с физиотерапевтическими, лекарственными методами, рефлексотерапией и другими.

2. Практические занятия. Различные варианты программ обучения рассмотрены в книге «Механотерапия: основы тракционной терапии», которая предлагается в процессе обучения.

Пройти обучение можно в следующих клиниках и центрах реабилитации и профилактики:

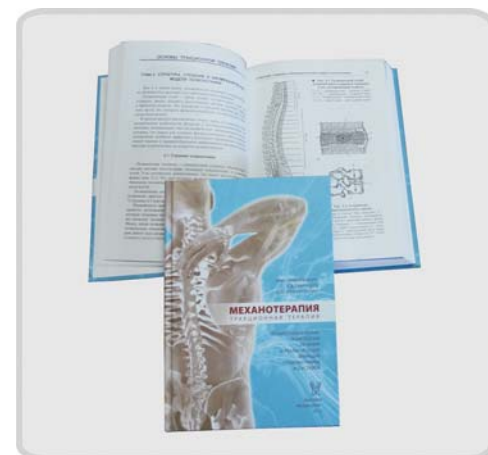
- г. Екатеринбург, ул. Первомайская, 77, городская водолечебница № 1 – учебно-методическая базовая клиника НВП Орбита. Обучение проводит главный врач Богданов Юрий Николаевич. Пройдя обучение на курсах, вы овладеете основами современных методик проведения тракционной терапии и механотерапии при заболеваниях позвоночника и суставов.

С учётом высокой распространенности заболеваний позвоночника среди населения

высокоэффективные технологии оздоровления сегодня актуальны как никогда.

Планируется организация обучения по мере набора на базе действующих центров и в других городах. Более подробную информацию можно получить по телефону предприятия, а также по тел. **8-800-700-86-96** (звонок по России бесплатный).

Внимание! Вышла в свет книга «Механотерапия: основы тракционной терапии» (Москва: «Издательство «Медицина», 2013,



432 с.). В настоящей книге рассмотрены аппаратные методы лечения вертеброгенных болевых синдромов на основе аппаратов «ОРМЕД». Она предназначена для неврологов, ортопедов-травматологов, реабилитологов, нейрохирургов, а также специалистов по мануальной терапии и лечебной физкультуре, применяющих данные методы лечения, связанные с патобиомеханическими изменениями костно-мышечной системы и другими неврологическими проявлениями остеохондроза позвоночника. Она может быть полезна студентам медицинских вузов соответствующих специальностей и слушателям системы последипломного образования.

Рецензентами книги являются: **Г.И. Шумахер** – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ, заведующий кафедрой нервных болезней Алтайского государственного медицинского университета; **А.С. Маликов** – доктор медицинских наук, доцент той же кафедры, главный врач Центра восстановительной медицины и реабилитации «ПИГМАЛИОН», Барнаул.

Г.И. Шумахер: «Книга нужная, актуальная. Она посвящена одному из важных разделов механотерапии, основам тракционной терапии, и в ней изложены практические патогенетические обоснования методики лечения и реабилитации больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Рекомендую!»

Подробную информацию обо всех аппаратах НВП «Орбита», методиках механотерапии и заключения специалистов, а также по вопросам приобретения книги (оптом и в розницу) вы можете получить на сайте WWW.ORMED.RU (рис. 12).

г. Уфа, ул. Центральная, 53/3.
Тел./факс: (347) 227-54-00, 281-45-13.
E-mail: ormed@ormed.ru

Авторы-составители:
Н.И. Гиниятуллин, М.Н. Гиниятуллин,
В.А. Сулейманова.



Приглашаем вас к стенду компании «Орбита» павильон «ФОРУМ»

С вышеперечисленными аппаратами вы сможете ознакомиться на выставке «Здоровый образ жизни», которая пройдёт с 7 по 11 декабря 2015 г. по адресу: г. Москва, Краснопресненская набережная, д.14, «Экспоцентр», павильон «Форум».

БОЛЬ В СПИНЕ – проблема решаема!

Вас интересуют современные технологии реабилитации и лечения заболеваний позвоночника?



ОРМЕД

СХЕМА ПАВИЛЬОНА

WWW.ORMED.RU

НВП «Орбита» («ОРМЕД»)

Вход в павильон

Северная сторона

Южный вход

Павильон «ФОРУМ»

Контактный тел.: 8(347) 227-54-00, 281-45-13, 8-800-700-86-96 (звонок по России бесплатный)
e-mail: ormed@ormed.ru

На недавно прошедшей в Москве конференции «РОСМЕДОБР-2015» речь шла об инновационных обучающих технологиях в медицине. Отечественные учёные-клиницисты, организаторы здравоохранения, а также эксперты в области медицинского образования рассказали о том, чего стоит ожидать от новой системы аккредитации медицинских работников.

– Если раньше условием подтверждения своей профессиональной квалификации было прохождение сертификационного цикла и оценка знаний, то теперь необходим отчёт по результатам конкретных видов работ при участии в программах непрерывного медицинского образования. В отличие от нынешней системы подтверждения профессионального развития с присвоением категории, подразумевающей отчёт по результатам своей деятельности с учётом стажа работы, с января следующего года предполагается тематическое обучение и стажировка. Если после получения квалификации ранее выполнялись те же самые обязанности, то теперь планируется допуск к дополнительному спектру работ с соответствующей оплатой, – заявила профессор кафедры клинической фармакологии и пропедевтики внутренних болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова Евгения Ших.

Как известно, с 1 января 2016 г. вступит в силу статья 323 Федерального закона о переходе на новую систему аккредитации специалистов. Главная особенность новой системы – унификация аккредитации на всей территории Российской Федерации. В частности, предполагается наличие единых заданий на всей территории Российской Федерации и единых дат проведения экзаменов по принципу ЕГЭ.

Е.Ших также рассказала об основных этапах введения системы. В следующем году вступит в силу аккредитация выпускников вузов по специальности «стоматология и фармакология», тестирование навыков первичной помощи и структурированный клинический экзамен по коммуникациям. Кроме того, начнётся апробация программ подготовки экспертов, проведение их самоподготовки

Деловые встречи

От формального к конкретному

Накануне приближающейся аккредитации медработников



Что нам готовит аккредитация?

и сертификация врачей-специалистов, у которых закончился сертификат, с подключением их в программы непрерывного медицинского образования.

Кроме того, с 2017 г. в систему будут вовлечены выпускники высшего и среднего профессионального образования, ординатуры, цикла профессиональной переподготовки и врачи, прошедшие подготовку по отдельной компетенции «новый навык в своей специальности». Переаккредитация действующих специалистов впервые будет проходить в 2021 г., и только 5 лет спустя все врачи российского здравоохранения будут включены в эту систему.

В мероприятии приняла участие и директор Департамента медицинского образования и кадровой политики Министерства здравоохранения РФ Татьяна Семёнова, подчеркнувшая, что инициатива по переходу в систему реаккредитации и сертификации была озвучена ещё в 2011 г. В течение же последующих 3 лет, добавила Т.Семёнова, шли достаточно широкие обсуждения о принципиальной необходимости внедрения этой системы в нашей стране.

Однако на этапе разработки критериев удалённого обучения, которое должно было стать одним из главных путей непрерывного образования, появились серьёз-

ные системные проблемы. Часть профессионального сообщества, огромный штат врачей и особенно среднего медицинского персонала, работающего в регионах, до сих пор не имеет доступа к сети Интернет. Анализ этой проблемы показал, что её решение лежит в комплексном подходе к развитию ИТ-сферы, которая стала отдельной статьёй общей модернизации здравоохранения. К сожалению, добавила Т.Семёнова, на сегодняшний день 100-процентной информатизации рабочих мест врачей даже в больших населённых пунктах нет, а положение с ИТ-обеспечением среднего медицинского персонала, особенно в

отдалённых регионах, остаётся неудовлетворительным.

В дальнейшем – в 2014 г. Национальная медицинская палата совместно с Ассоциацией по медицинскому качеству запустила пилотный проект, который был реализован с целью изучения возможностей непрерывного медицинского образования. «После перехода на систему непрерывного медицинского образования врач будет самостоятельно формировать свою образовательную траекторию, набирая независимые конференции профессиональных сообществ и образовательные тренинги, которые может давать любой провайдер, имеющий соответствующее право», – уверены в палате.

К дискутирующим подключился и президент Ассоциации общественных объединений «Стоматологическая ассоциация России» Владимир Садовский, указавший на то, что программы последипломного образования в разных медвузах утверждаются разными учёными советами и ректорами. «Это, в свою очередь, приводит к тому, что учебный материал разных обучающих учреждений примерно на 20% отличается друг от друга», – указал В.Садовский.

Примечательно, что при этом за основу берётся только программа Российской академии последипломного образования, которая не всегда соответствует современным требованиям к специальности. Эта проблема может быть решена только путём актуализации и гармонизации образовательных программ между собой.

Комментируя слова последнего оратора, проректор по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова член-корреспондент РАН Христо Тахиди сказал, что решение проблемы гармонизации учебного материала будет облегчено, если заказчиками для вузов начнут выступать профессиональные сообщества и ими же будет определяться уровень подготовки специалистов. «Вузовские программы в этом случае также будут заказываться профессиональным сообществом, и тогда обучающие программы разных вузов будут базироваться на одной общей обучающей платформе», – уверен Х.Тахиди.

Марк ВИНТЕР

На книжную полку

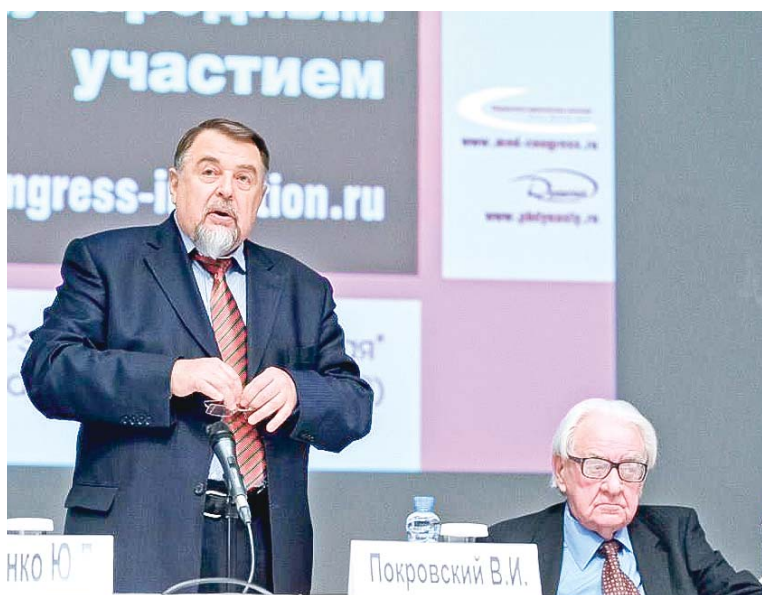
Презентация уникальной монографии

На VII Всероссийском конгрессе по инфекционным болезням состоялся симпозиум «Инфекционный эндокардит как междисциплинарная проблема хирургии и инфектологии» под председательством патриарха отечественной эпидемиологии академика Валентина Покровского. Кульминацией симпозиума стала презентация монографии академика Юрия Шевченко «Хирургическое лечение инфекционного эндокардита и основы гнойно-септической хирургии», вышедшая в издательстве «Династия». Со времени первого издания монографии Ю.Шевченко, посвящённой инфекционному эндокардиту, прошло 20 лет. Она была переведена на английский язык, получила международное признание и стала библиографической редкостью. За истёкшие годы в медицинской науке по внутрисердечной инфекции произошли большие изменения, требовавшие всестороннего анализа.

Вышедшая монография академика Ю.Шевченко является фундаментальным научным трудом. На основании огромной научной и практической работы, анализа собственного опыта и руководимого им коллектива более чем за 30 лет по хирургическому лечению свыше 3,5 тыс. больных инфекционным эндокардитом даётся развёрнутая характеристика современному состоянию проблемы внутрисердечной инфекции. Следует особо отметить приоритет автора по целому ряду позиций: это концепция «комплексной санации внутрисердечного очага инфекции», «санирующий эффект искусственного кровообращения», «щадящий оперативный доступ»

и неопровержимый вывод о необходимости лечения пациентов с внутрисердечной инфекцией в многопрофильном лечебном учреждении. Только совместная работа врачей различных специальностей является залогом благоприятного исхода заболевания.

В монографии обсуждаются вопросы этиологии и патогенеза, хирургическая классификация и методы хирургического лечения больных с внутрисердечной инфекцией различной локализации при первичных и вторичных формах эндокардита. Несомненный интерес вызывают редчайшие наблюдения успешного хирургического лечения инфекционного эндокардита после огнестрельных, ножевых ранений и ушибов



сердца, при беременности. Восхищение вызывает глава, посвящённая хирургическому лечению инфекционного эндокардита при опухолях сердца (миксоме и других первичных опухолях), являющихся казуистическими наблюдениями в медицине, а у автора их более 50. Одним из первых исследований в России

является глава, посвящённая диагностике и хирургическому лечению эхинококкоза сердца – это тоже внутрисердечная инфекция, лечение которой осуществляется по всем правилам гнойно-септической хирургии. Эти операции потребовали выработки новой оптимальной хирургической тактики, так как идеальная эхинококкэкто-

мия, предусматривающая полное удаление кисты с фиброзной капсулой, неприемлема в хирургии сердца вследствие невозможности замещения остаточного дефекта. И в этом случае автор применил свою оригинальную методику хирургического лечения.

Книга написана прекрасным литературным языком, что делает восприятие содержания этого научного фолианта не только лёгким, но и необыкновенно увлекательным. Она удачно иллюстрирована уникальными клиническими примерами, насыщена операционными фотографиями, авторскими рисунками, слайдами инструментальных методов исследования. Глубина поднимаемых проблем и всестороннее освещение вопросов диагностики и лечения инфекционного поражения сердца и оценка отдалённых результатов хирургического вмешательства делают её настольной энциклопедией для специалистов по гнойно-септической кардиохирургии и врачей смежных специальностей. Особый интерес монография представляет для студентов, изучающих медицину.

Сергей МАТВЕЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор,
лауреат Государственной
премии РФ.

Владимир ТЮРИН,
доктор медицинских наук,
профессор.

Акценты

Алкоголизм пожирает бюджет здравоохранения

Пристрастие россиян к алкоголю дорого обходится бюджету здравоохранения: на лечение последствий алкоголизма уходит 60% бюджета здравоохранения.

Об этом сообщил на 3-й ежегодной конференции, посвящённой проблемам алкогольной зависимости, президент Российского общества по изучению печени Владимир Ивашкин. А на лечение ряда заболеваний и психоневрологических расстройств, вызванных алкогольной зависимостью и тяжёлым пьянством, в здравоохранении тратится больше половины средств.

По словам В.Ивашкина, более 60% расходов на здравоохранение можно отнести на счёт тяжёлого пьянства и алкогольной зависимости. Существует чёткая корреляция между потреблением алкоголя и повышенным риском целого ряда заболеваний – гастроэнтерологических (цирроз, панкреатит), онкологических, сердечно-сосудистых, психоневрологических расстройств и многих других. «Смерть 30% мужчин и 15% женщин в России прямо или косвенно связана с употреблением алкоголя», – отметил он.

Однако, как сообщил главный психиатр-нарколог Минздрава России Евгений Брюн, за последний год число россиян, обратившихся за наркологической помощью в связи с злоупотреблением спиртным, сократилось на 25%. Такая статистика, по его мнению, связана с последствиями экономического кризиса –



Повышая аппетит, алкоголь накапливает калории

временем, когда население «собирается и берёт себя в руки».

Е.Брюн предложил включить в программу диспансеризации маркёры на злоупотребление алкоголем, сообщили «WM Новости». «Нужен закон прямого действия, который бы обязывал работодателей, профсоюзы и наркологическую службу заниматься профилактикой наркологических заболеваний в трудовых коллективах», – подчеркнул представитель Минздрава России.

Ранее Роспотребнадзор и Минздрав поддержали идею ограничения продажи алкоголя россиянам младше 21 года.

Между тем, учёные отмечают, что желание полакомиться нездоровой пищей часто появляется после потребления алкоголя. Говорят, что алкоголь повышает аппетит. Так называемый эффект аперитива может

объяснить желание к потреблению пищи после алкоголя.

Кроме того, сканирование мозга выявило интересную закономерность. Алкоголь не только повреждает головной мозг, но и делает его более восприимчивым к пищевым ароматизаторам. В частности продукты, имеющие выраженный аромат, стимулировали активность гипоталамуса, в числе прочего участвующего в обмене веществ и аппетите.

Алкоголь содержит большое количество калорий, но имеет низкую пищевую ценность. К примеру, в 200 мл вина содержится столько же калорий, сколько в 25 мг сливочного масла. Поэтому алкоголь является серьёзным препятствием на пути к стройной фигуре.

Валентин МАЛОВ.

Москва.

Ситуация

Сибирским учёным скучать некогда: они переживают непрерывный процесс преобразований в рамках продолжающейся реформы российской науки.

организации: НИИ физиологии и фундаментальной медицины, НИИ клинической и экспериментальной лимфологии и НИИ терапии и профилактической медицины.

«Тем самым этот проект ста-

О когнитивных функциях картофеля...

С интервалом в один (!) день – 22 и 23 сентября 2015 г. – по инициативе ФАНО России были подписаны протоколы о реорганизации научных институтов бывшего Сибирского отделения Российской академии медицинских наук в Томске и Новосибирске. Причем если 6 томских академических НИИ медицинского профиля объединены друг с другом в Томский национальный исследовательский медицинский центр, то в столице Сибири с институтами бывшей РАМН обошлись куда как интереснее: их поделили на две компании.

По информации ФАНО, в Новосибирске создаётся Федеральный исследовательский центр фундаментальной и трансляционной медицины путём присоединения к Научно-исследовательскому институту экспериментальной и клинической медицины ещё трёх институтов: НИИ молекулярной биологии и биофизики, НИИ молекулярной патологии и патоморфологии, НИИ биохимии. Здесь вопросов не возникает, всё логично и на злобу дня: фундаментальная наука остаётся незыблемой, но результаты её трудов должны как можно скорее находить отражение в успехах практического здравоохранения.

Второе же новоиспечённое объединение пока выглядит менее убедительным. К недавно созданному Новосибирскому федеральному исследовательскому центру цитологии и генетики (в него вошли бывший НИИ цитологии и генетики РАН и бывший НИИ растениеводства и селекции РАСХН) теперь присоединены ещё и три медицинских научных

новится первым в России, объединяющим структурные подразделения из всех трёх академий наук – РАН, РАМН, РАСХН. Сильная научная база в области цитологии и генетики подкрепляется исследовательской и клинической базой институтов, входящих в интеграционный проект. Суть проекта: объединение потенциала коллективов разных академий для исследований в области генетики и клеточной биологии, получение новых фундаментальных знаний и разработка на этой основе прорывных генетических технологий для агропромышленного комплекса, медицины и биотехнологии», – говорится в сообщении ФАНО.

Экономическая подоплёка данных преобразований очевидна, да и пояснение Федерального агентства научных организаций можно просто принять на веру. Но остаются несколько вопросов, не дающих покоя. Если данный научный симбиоз предполагает повышение эффективности работы научных институтов за счёт объединения их потенциалов, то какими, например, могут быть сквозные темы научных исследований у агрономов с нейробиологами или лимфологами? И какова судьба ещё одного института бывшего Сибирского отделения РАМН – НИИ клинической иммунологии, который не вошёл ни в один из названных интеграционных проектов? Ответы на эти вопросы мы постараемся в ближайшее время получить у руководителей ФАНО России.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Новосибирск.

Перемены

Скорректирована и дополнена территориальная Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Москве на 2015 г., а также на плановый период 2016 и 2017 гг. Данные коррективы отражены в постановлении № 599-ПП «О внесении изменений в постановление правительства Москвы № 811-ПП от 23.12.2014».

Врачей — меньше, эффективности — больше

Одно из важнейших новшеств постановления – понижение уровня обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом и уменьшение на 5,9 млрд руб. стоимости этой территориальной программы в нынешнем году. В предыдущем варианте программы были установлены следующие целевые значения:

- обеспеченность населения врачами, в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях (на 10 тыс. населения) – 38,7;
- обеспеченность населения средним медицинским персоналом, в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях (на 10 тыс. населения) – 79,2;
- средняя длительность лечения в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (день) – 11,7.

В новом варианте постановления № 811-ПП (в редакции от 16.09.2015) целевые значения этих критериев подверглись корректировке и соста-

вили соответственно 37,2; 65,5; 10,6.

Кроме того, в новой программе перечень видов, условий и форм оказания медицинской помощи в рамках территориальной программы дополнен медицинской реабилитацией.

Определено, что за счёт средств бюджета города осуществляется финансовое обеспечение, в том числе оказания медицинских услуг по зубопротезированию и слухопротезированию отдельным категориям граждан и оказания медицинской помощи в стационарных условиях беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним.

В новой редакции изложены нормативы финансовых затрат на единицу объёма медицинской помощи, подушевые нормативы финансирования, критерии доступности и качества медицинской помощи, а также ряд приложений к территориальной программе. Внесены и другие изменения и дополнения.

Яков ЯНОВСКИЙ.
МИА Сити!

Москва.

Сотрудничество

ВОЗ поможет России

Всемирная организация здравоохранения намерена оказать России содействие в возобновлении на уровне равноправного партнёрства активного сотрудничества со странами большой восьмёрки, ВОЗ и ООН в области медицины.

По мнению представителей этой авторитетной международной организации, успехи здравоохранения России показывают необходимость сотрудничества с ней мирового сообщества в этой области, несмотря на сложности в международной политической обстановке.

Такая позиция была высказана в ходе встречи на недавнем Евразийском женском форуме российской делегации с представителями ВОЗ в рамках переговоров со странами – участниками Таможенного союза ЕАЭС по вопросам здоровья человека. Заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, которая принимала в нём участие, полагает, что предложение о возобновлении партнёрского сотрудничества России со странами G8 сделано на фоне успехов нашей страны по снижению смертности и профилактике неинфекционных заболеваний. «Мы выполнили 4 из 5 Целей развития тысячелетия», – сказала Т.Яковлева. – В частности, снизили материнскую и младенческую



После введения новых критериев младенческая смертность в России понизилась в 2,5 раза

смертность. Кроме того, Россия имеет самые высокие показатели по снижению табакокурения и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Наши успехи в снижении смертности новорождённых вызывают удивление у мирового сообщества ещё и потому, что в отличие от Канады, США и европейских стран, которые имеют огромный опыт по выхаживанию детей весом до 500 г, мы только начали такую работу. И при этом смертность и инвалидность младенцев у нас не только не увеличилась, но снизились.

Этот феномен очень интересует представителей ВОЗ».

По словам Т.Яковлевой, ВОЗ прогнозировала статистическое увеличение младенческой смертности в 2,5 раза после изменения критериев живорождённости. Однако этот показатель в России, наоборот, снизился в 2,5 раза, достигнув за 7 месяцев 2015 г. цифры 6,6 на тысячу родившихся, что соответствует европейскому уровню.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Диагностика

Инфаркт
выдаёт тропонин

После анализа можно отправиться домой

Известно, что у большинства пациентов, заподозривших у себя инфаркт, диагноз не подтверждается. Британские учёные сообщили, что разработанный ими химический анализ крови пациентов, попавших в больницу с подозрением на инфаркт, может ускорить процесс постановки диагноза и, таким образом, уменьшить вдвое нагрузку на больницы.

Британский фонд борьбы с сердечными заболеваниями отмечает, что новый анализ ускоряет процесс определения болезни, при этом не вредит пациенту. Помимо этого, такой анализ поможет пациентам сэкономить деньги и, что очень важно в подобных ситуациях, уменьшит стресс от пребывания в больнице в ожидании результатов анализов. В эксперименте принимали участие более 6 тыс. человек, результат подтвердился в 99,6% случаев.

Отмечается, что из примерно миллиона человек, попавших в отделения скорой помощи Британии с болями в области грудной клетки, что можно расценивать как подозрение на сердечный приступ, большинство отправились домой после долгого и тревожного ожидания страшного диагноза, который в итоге не подтвердился. Но проведение анализа занимало не менее 12 часов.

Обычный анализ основан на измерении в крови пациента уровня тропонина — вещества, содержащегося исключительно в сердечной мышце и попадающего в кровь при разрушении клеток сердца. Повторный анализ делается через 12 часов, чтобы определить изменения уровня тропонина.

Новое исследование также базируется на определении уровня тропонина, но делается всего один раз и даёт результаты при более низких показателях этого вещества в крови. Таким образом, человек, попавший в больницу с подозрением на инфаркт, тут же после проведения анализа



может отправиться домой, если подозрения не подтвердились.

Исследования, проводившиеся учёными из Эдинбургского университета в различных больницах Шотландии и США, показали, что две трети паци-

ентов, которым провели такой анализ крови, смогли тут же покинуть больницу.

Доктор Атал Ананд пишет: «Новый анализ крови упрощает процедуру, экономит средства и избавляет пациентов от стресса», — пишет он в журнале.

Профессор Джереми Пирсон из Британского фонда борьбы с сердечными заболеваниями также утверждает, что этот метод помогает провести анализ крови быстрее, даёт более точные результаты и экономит средства. «В этом исследовании важно то, что оно помогает быстро и с высокой долей вероятности поставить диагноз», — отмечает учёный.

Кстати

Просто и дёшево

Врачи могут оценить риск инфаркта, инсульта или ранней смерти на основании простого анализа силы рукопожатия. К такому выводу пришла международная группа учёных.

Клинические наблюдения 140 тыс. пациентов в 14 странах свидетельствуют о том, что врачи могут получить в своё распоряжение простой и дешёвый метод оценки риска сердечно-сосудистых заболеваний, который может быть более надёжным, чем анализ артериального давления.

Однако эксперты указывают, что связь между силой рукопожатия и состоянием сердечно-сосудистой системы остаётся неясной и нуждается в дальнейшем изучении.

Известно, впрочем, что сила сжатия пальцев уменьшается с возрастом. «Мы ещё должны установить, могут ли упражнения по укреплению мышц снизить риск ранней смерти или сердечно-сосудистого заболевания», — говорит один из участников этого проекта, Даррил Леонг из канадского Университета Макгилла.

Результаты исследования показывают, что риск возникновения самых распространённых сердечно-сосудистых заболеваний возрастает с уменьшением силы рукопожатия. Женщины в возрасте около 25 лет имеют силу сжатия пальцев порядка 34 кг, а к возрасту в 70 лет она падает на 25%. У мужчин в том же возрасте эти цифры составляют 54 и 37 кг.

Исследования, проведённые международной группой врачей в 14 странах, свидетельствуют, что снижение силы рукопожатия на 5 кг приводит к увеличению риска ранней смерти на 16%. При этом риск летального исхода от инфаркта возрастает на 17%, а инсульта — на 9%.

Исследователи утверждают, что анализ силы сжатия пальцев руки даёт более надёжный и точный метод прогнозирования заболеваний сердечно-сосудистой системы, чем только анализ уровней артериального давления.

Адам БЕЛИАЛОВ.

По материалам журнала Lancet.

Технологии

Запомни навсегда

Американские исследователи разработали имплантат, который поможет людям с поражениями мозга. Этот имплантат, способствующий «кодированию» воспоминаний, даёт надежду тем, кто не может вспомнить недавнее прошлое (например, при болезни Альцгеймера или после ранений на войне).

В мозг вживляются электроды. «Ключевую роль играет компьютерный алгоритм, который, имитируя электрические сигналы мозга, превращает

краткосрочные воспоминания в перманентные. Исследователи надеются, что алгоритм обеспечит запоминание в обход повреждённого участка мозга. Алгоритм работает, хотя пока нет возможности «читать» воспоминания, то есть расшифровывать их содержание по электросигналам.

«Всё равно что способность переводить с испанского на французский, не понимая этих языков» — так описал этот парадокс руководитель исследования Тед Берджер из Университета Южной Каролины.

Алгоритм был разработан в ходе опытов на животных, а затем отточен при исследовании 9 больных эпилепсией. В гиппокамп этих людей вживлены электроды, чтобы избавить их от эпилептических припадков. Исследователи «читали» сигналы, возникающие в мозгу пациентов при выполнении несложных заданий. Теперь алгоритм с 90-процентной точностью прогнозирует то, как мозг закодирует сигналы. Следующий этап — научиться передавать сигнал, закодированный компьютером, обратно в мозг, заключает автор статьи.

Игорь НИВКИН.

По материалам
The Financial Times.

ООО «ФАРМ-ЭФФЕКТ»

Предлагает к поставке в медицинские учреждения расходные материалы для бальнеологии и физиотерапии: озокерит, парафин, бишофит, хвойный бальзам, тепловит, соль морская (в т.ч. фильтр-пакеты), скипидарные эмульсии (белая, желтый раствор), комплекты медицинские для проведения физиотерапевтических процедур, бальзам — SPA, (включая сероводородные ванны). Поставки от посылки до контейнера.

+7 (499) 270-42-72, +7 (968) 507-79-34

Сайт: www.farmeffekt.ru, www.farmeffekt.rue-mail: info@farmeffekt.ru

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница» приглашает для постоянного трудоустройства врачей следующих специальностей:

- ▶ ортодонт
- ▶ акушер-гинеколог (стационар)
- ▶ неонатолог
- ▶ врач ультразвуковой диагностики (наличие сертификата FMF)
- ▶ уролог
- ▶ кардиолог
- ▶ анестезиолог-реаниматолог
- ▶ врач скорой медицинской помощи
- ▶ врач по спортивной медицине
- ▶ терапевт участковый (предоставление единовременной выплаты на хозяйственное обустройство в размере 1 млн руб. (постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа — Югры № 267-п от 14.08.2015).

Местность приравнена к районам Крайнего Севера, предоставляется служебное жильё.

Контактный телефон для справок 8 (34675) 3-41-20.

Резюме с указанием контактных телефонов присылать по факсу 8 (34675) 3-15-73, e-mail: sovhospital@sovbolnica.pf или по адресу 628240, ХМАО — Югра, г. Советский, ул. Гагарина, 62 «а».

16-19 НОЯБРЯ 2015
ДЮССЕЛЬДОРФ ГЕРМАНИЯ

www.medica-tradefair.com

**WORLD FORUM
FOR MEDICINE**

BE PART OF IT!

000 «Мессе Дюссельдорф Москва»
119021 Россия, Москва, ул. Тимур Фрунзе, д. 3, стр. 1
Тел.: +7 495 955 91 99 (доб. 202 или 648)
PikulevaE@messe-duesseldorf.ru

www.messe-duesseldorf.ru

Basis for
Business

Messe
Düsseldorf

Демография

Всемирное постарение

В 2015 г., по данным Всемирной организации здравоохранения, количество пожилых людей составляет 900 млн человек.

Как сообщает ВОЗ, число жителей Земли в возрасте старше 60 лет к 2050 г. возрастёт более чем вдвое и составит не менее 2 млрд человек. В своём докладе ВОЗ резюмирует, что развитие медицины, позволяющее существенно повысить среднюю продолжительность жизни, приведёт к тому, что количество пожилых людей через 35 лет существенно вырастет.

— Сегодня впервые в истории большинство людей может рассчитывать на то, что проживёт

дольше 60 лет, — отмечается в сообщении на официальном сайте ВОЗ.

Эксперты организации прогнозируют также увеличение числа пожилых людей и более преклонного возраста — 80 лет. «К 2050 г. 80% престарелых людей будут жить в странах со средним и низким уровнем дохода населения», — сообщается в справке.

Что касается нашей страны, то в России живёт 30 млн пожилых людей, и их число постоянно растёт. Для оказания медицинской помощи пенсионерам в стране нужна эффективно функционирующая гериатрическая служба.

Алина КРАУЗЕ.

По информации who.int

Рейтинги

Качество смерти

Россия на 48-м месте в этом индексе

Россия оказалась 48-й из 80 стран в рейтинге «качества смерти», составленном агентством Reuters. Индекс «качества смерти» — создания условий для «хорошей жизни до самого конца» — для России составил 37,2 из 100 возможных. У лидера рейтинга Великобритании — почти 94 балла.

По ранжиру становись!

Этот показатель во многом связан с развитостью паллиативной медицины. По определению Всемирной организации здравоохранения, паллиативная помощь — это улучшение качества жизни и предупреждение физиологических и психологических страданий пациентов со смертельными и хроническими диагнозами.

Соседи России по рейтингу — Турция и Перу. На постсоветском пространстве результат хуже российского показал только Казахстан, а среди стран Евросоюза — Словакия, Греция, Румыния и Болгария.

При расчёте индекса учитывались 20 показателей в 5 категориях: паллиативная медицина и здравоохранение (20%), человеческие ресурсы (20%), доступность помощи (20%), качество помощи (30%) и вовлечённость сообщества, в том числе волонтеров и семей (10%).

По паллиативной медицине и здравоохранению Россия оказалась на 40-й строчке, по человеческим ресурсам и качеству помощи — на 55-м месте,



на 42-м — по доступности помощи и на 45-м — по вовлечённости сообщества.

Эффективность программ не отслеживается

Россия, наряду с Канадой, Португалией, Данией, Индией и рядом других, относится к категории стран, где, по оценке Economist Intelligence Unit (EIU), существует государственная стратегия развития паллиативной медицины, но она не имеет чётко сформулированных целевых показателей и носит рекомендательный характер, регионы не обязаны строго ей следовать.

В России представлены программы государственного субсидирования доступа к паллиативной медицине с понятными критериями, однако получить финансирование не так легко,

а эффективность программ никак не отслеживается, пишут эксперты. Ещё одна проблема — низкий уровень осведомлённости общества по вопросам паллиативной медицины, в том числе из-за недостатка информации на государственных порталах.

Обезболивающие на основе опиоидов в России доступны лишь в ограниченном числе случаев, а это фундаментальный инструмент паллиативной помощи — в индексе EIU на него приходится 9% «веса». По словам авторов рейтинга, борьба со злоупотреблением таких веществ, с одной стороны, существенно ограничила доступ к ним, а с другой — привела к тому, что во многих странах наблюдается недостаток медицинского персонала, обученного администрированию подобных лекарственных средств.

Индекс качества смерти для Великобритании, лидера рейтинга, равен 93,9. У Австралии и Новой Зеландии, занимающих соответственно второе и третье места, он составил 91,6 и 87,6. Далее следуют Ирландия (85,8) и Бельгия (84,5). В целом большая часть верхней части рейтинга представлена богатыми европейскими странами, плюс Тайвань (6-е место), США (9) и Канада (11).

Хотя авторы отмечают, что методология расчёта индекса в новом отчёте изменилась по сравнению с 2010 г., то есть нельзя строго сопоставить два исследования, тройка лидеров осталась неизменной.

В топ-20 вошли 4 азиатские

страны: помимо Тайваня, это Сингапур (12-е место), Япония (14-е) и Южная Корея (18-е). Для этих государств, отмечают авторы исследования, ключевую роль играет вовлечённость правительства в решение проблемы. Например, в Японии была запущена новая программа по контролю над заболеваемостью раком, которая характеризуется большим вниманием к паллиативной помощи с первых стадий заболевания и включением центров паллиативной медицины в национальный бюджет. Сингапур также недавно разработал национальную стратегию паллиативной помощи.

Доходы, расходы, спрос и предложение

Уровень развития паллиативной медицины связан с подушевым доходом, следует из материалов EIU. Однако не все страны с высоким доходом на душу населения показали высокий результат: например, Греция (56-е место) и Россия оказались в конце списка таких стран, столкнувшись с экономическими проблемами. Также исследователи обнаружили высокую корреляцию между итоговым значением индекса и расходами на здравоохранение.

В финальной части работы эксперты EIU также изучили, как в странах, вошедших в исследование, обстоит дело со спросом на паллиативную помощь (низкий или высокий спрос) и с предложением соответствующих услуг (недостаточное или достаточное предоставление услуг). Россия вошла в группу с низким спросом и низким же уровнем предоставления паллиативной помощи, однако по параметру спроса оказалась очень близка к уровню отсечения, после которого он уже считается высоким.

Юрий ГОРСКИЙ.
МИА Сити!

Однако

Слишком тучные британские полицейские, которые могут лишь не спеша добираться до места какого-либо происшествия, будут уволены. Так заявил командующий лондонской полицией сэр Бернард Хоган-Хау.

Или вес, или работа

Согласно недавнему исследованию, три четверти лондонских полицейских мужского пола либо имеют избыточный вес, либо страдают от ожирения. Учитывая это, сэр Бернард Хоган-Хау сказал, что проверка уровня физической подготовки полицейских будет более строгой.

Среди прочего, на аттестации по-лондонски полицейские должны бежать со средней скоростью 8,8 км/час в течение 3 минут 35 секунд. В недавних рекомендациях Скотланд-Ярда говорится, что полицейские должны проходить этот тест раз в год, и если они его завалят 3 раза, им грозит понижение зарплаты. Полицейским, не прошедшим проверку, будет предоставлено определённое количество времени для того, чтобы сбросить лишний вес и улучшить свою физическую подготовку.

— У меня нет работы для полицейских, которые, переваливаясь с ноги на ногу, с трудом и задыхаясь добегают до места происшествия, — заявил сэр Бернард Хоган-Хау.

Игорь НИВКИН.
По материалам Independent.

Исследования

Считается, что головной мозг человека в состоянии сохранить до 2,5 петабайт информации — это сравнимо с 3 млн часов видеозаписей. Однако не все используют свои возможности на полную мощность.

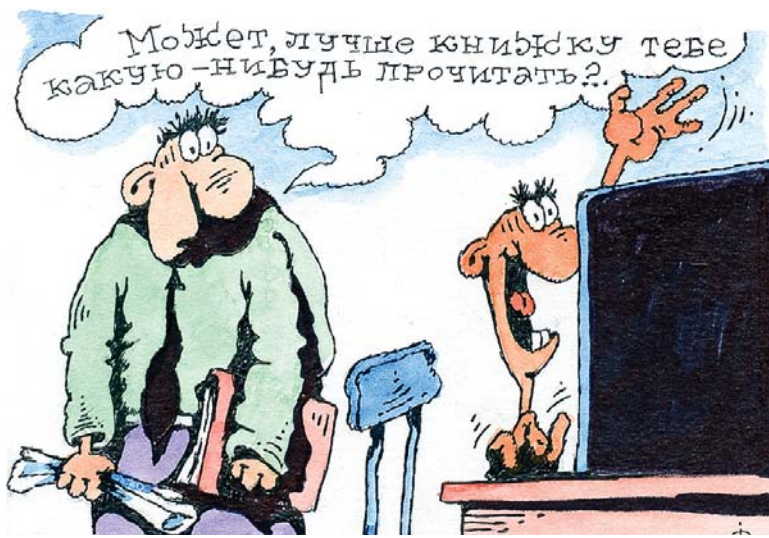
Оказывается, появились сведения, что видеоигры — одно из эффективных решений, которые расширяют возможности нашего мозга, тренируя память и многозадачность и помогая стимулировать другие когнитивные функции. Игры, которые требуют немедленной реакции на стимул, как то дорожный знак или новая враждебная среда, помогают улучшить рабочую память, то есть нашу способность быстро вспомнить актуальную информацию при возникновении конкретной проблемы.

Уже несколько лет учёные ведут наблюдения за тем, как влияют игры на человека. В своей статье Адам Эйхенбаум, Дафна Бавелье и К.Шон Грин обобщили новейшие исследования, демонстрирующие длительное положительное воздействие видеоигр на базовые мыслительные процессы, такие как восприятие, внимание, память и способность принимать решения. Исследуются преимущественно остросюжетные экшн-игры, требующие от игрока быстро двигаться, держать во внимании множество объектов и большой объём информации в памяти, а также мгновенно принимать решения. Способности, развиваемые в играх, — преимущественно те, которые психологи называют основными строительными кирпичиками ума.

Недавнее исследование также

Что-то с памятью моей стало...

Развивать её предлагается с помощью видеоигр



показало, что деятельность мозга в процессе компьютерной игры модулирует известные нейронные маркеры, которые позволяют лучше справиться с «вмешательствами извне» и не отвлекаться.

Подобным образом работают и шахматы, которые считаются одной из самых интеллектуально сложных игр. И хотя новички в этой игре часто полагаются на ресурсы кратковременной памяти для того, чтобы проанализировать ситуацию на доске, проиграть сюжет партии и спрогнозировать свой следующий шаг, но эта тактика не всегда приносит победу. Зато более опытные

игроки «проигрывают» стратегии в своей долговременной памяти, тем самым расширяя рабочую память головного мозга и повышая свой интеллект.

Учёные из Американской ассоциации психологов также установили, что видеоигры могут увеличить уровень детской обучаемости и социальных навыков.

В ходе работы специалисты изучали все исследования на тему наличия насилия в видеоиграх и интерактивных медийных программах и их влияние на психику детей. Во многих предыдущих исследованиях учёные отмечали негативные эффекты

игр, включая зависимость, депрессию и агрессию, которые не стоит игнорировать.

— Несмотря на результаты предыдущих работ, мы считаем, что для понимания влияния видеоигр на развитие детей и подростков необходима более сбалансированная перспектива, — комментирует доктор Изабела Гранич, ведущий автор этого исследования.

Занятия показывают, что память — это не функция показателя интеллекта, а просто навык: способность организовывать информацию в вашем мозгу и затем восстанавливать это через ряд спусковых механизмов памяти.

Как оказалось, видеоигры со стрельбой улучшают способность игрока к трёхмерному мышлению относительно объектов в той же мере, что и специфические академические курсы, направленные на усиление данной когнитивной функции. Также видеоигры жанра «экшн», где игроку предлагается участие в боевых действиях от первого лица, способны значительно улучшить некоторые параметры зрения, такие как зрительное внимание и способность узнавать лица людей в толпе за счёт увеличения способности распознавать цветовые оттенки.

— Полученные данные имеют критически важные аспекты для образования и развития карьеры. Предыдущее исследование уже установило необходимость

пространственных навыков для достижений в сферах науки, технологии, инженерного дела и математики, — добавляет доктор Гранич.

Более того, для подростков время, затраченное на стратегические игры, оказалось пропорционально умению решать проблемы, также это улучшает их академические результаты. Игры способны улучшить состояние не только при потере памяти, но и при депрессии, деменции, синдроме дефицита внимания и гиперактивности.

В другом исследовании учёные из Северной Каролины уже отмечали, что компьютерные игры способны повышать интеллект за счёт значительно ускоренной реакции к восприятию происходящего.

Такое исследование об эффектах видеоигр заинтересует когнитологов, поскольку убеждает, что мозг человека устроен иначе, чем считалось прежде. До самого недавнего времени большинство психологов было уверено, что основные строительные кирпичики ума достаточно прочно сидят в наших генах. Однако исследование, приведённое здесь, пытается поставить этот вердикт под сомнение.

Ирина МЕЛКУМОВА.
По материалам EurekAlert.

В этом году исполнилось 140 лет со дня рождения и 50 лет со дня смерти Альберта Швейцера – врача и великого гуманиста.

Немецкий (эльзасский) врач, богослов, философ, пацифист, музыкант, лауреат Нобелевской премии мира Альберт Швейцер знаменит тем, что около 100 лет назад открыл в Экваториальной Африке клинику для африканцев – тогда единственную в своём роде на континенте. Около полувека руководил этим госпиталем в Ламбарене, став первопроходцем в деле помощи развивающимся странам. О его жертвенности легенды ходят до сих пор.

В Германии имя Швейцера и спустя полвека после его смерти вызывает большое уважение. Согласно опросам общественного мнения, проведённым в декабре 2014 г., 26% немцев относят Альберта Швейцера к важнейшим для них образцам для подражания. Его этическим принципам хотели бы следовать более половины жителей Германии.

Мечта юности

В своё время эта этика, которую принято называть гуманистической или христианско-иудейской, и самоотверженная практическая деятельность Швейцера привлекли сотни последователей. Больше всего их поразило в юности то, что Швейцер, несмотря на блестящую карьеру в Европе (богослова и церковного органиста), бросил дела и уехал помогать страдающим людям в Африке.

В 1893 г. Швейцер поступил в Страсбургский университет, где изучал одновременно теологию, философию и теорию музыки. Там он, защитив диссертацию, получает степень доктора философии и лиценциата теологии. В 1901 г. вышли первые книги Швейцера по богословию – «Проблема Тайной вечери, анализ, основанный на научных исследованиях» и «Тайна мессианства и страстей. Очерк жизни Иисуса». Весной 1902 г. он начал преподавать на богословском факультете Страсбургского университета. В 1903 г. на одной из своих проповедей познакомился со своей будущей женой Еленой Бреслау. В 1905 г. успешный теолог вдруг принял решение посвятить остаток жизни медицине и

стал студентом медицинского факультета того же Страсбургского университета.

Габонский «оффшор»

Но почему же вдруг? Очевидно, он был одержим практической пользой для страждущих. Не возьмусь говорить, что он разуверился в благотворности слова Божьего – в это он свято верил до последнего выдоха.

Но факт в том, что следующей его диссертацией стала «Психиатрическая оценка личности Иисуса», которую он защитил в 1913 г. и получил степень доктора медицины.

В 1912 г. доктор Швейцер женился на Елене Бреслау, которую склонил окончить курсы медицинских сестёр. А в марте 1913 г. отправился в Африку. В небольшом селении Ламбарене (провинция Габон фран-

мии мира 1952 г., а на полученные средства построил рядом с Ламбарене деревушку для прокажённых. Член-корреспондент Британской академии (1956), в апреле 1957 г. Швейцер выступил с «Обращением к человечеству», призвав правительства прекратить испытания ядерного оружия.

После того как Швейцер в 1959 г. навсегда уехал в Ламбарене, больничный городок стал местом паломничества множества людей со всего мира. До самых последних своих дней он продолжает принимать пациентов, строить больницу и выступать с воззваниями против ядерных испытаний. Умер Альберт Швейцер 4 сентября 1965 г. в Ламбарене и похоронен под окнами своего кабинета рядом с могилой жены. Больница, основанная доктором Швейцером, существует до сих пор, и по-прежнему принимает и исцеляет всех нуждающихся в помощи.

...Писать об Альберте Швейцере газетную заметку также бесцельно, как посвящать творчеству, скажем, Толстого листок отрывного календаря. Но не отметить его юбилей мы тоже не вправе. Может быть, отрывочное знакомство с биографией этого человека подвигнет кого-то из читателей на глубокое изучение этой уникальной личности.

Кстати, у многих из моих соотечественников вызывает, мягко выражаясь, недоумение то радушие, с которым встречает часть немцев орды беженцев с Ближнего Востока. Знали бы они заветы доктора Швейцера – ничуть бы не удивлялись.

Юрий БЛИЕВ,
обозреватель «МГ».

Имена и судьбы

Человек на все времена



цузской колонии Французская Экваториальная Африка, позднее – Республика Габон) на собственные скромные средства он основал больницу.

В 1928 г. Альберту Швейцеру была присуждена Франкфуртская премия Гёте, на средства от которой был построен дом в деревушке Гюнсбах в живописной долине Мюнстера, ставший местом отдыха персонала больницы Ламбарене. В 1933-1939 гг. он работал в Африке и периодически посещал Европу для чтения лекций, организованных концертов, издания своих книг. В это время несколько европейских университетов присуждают ему почётные докторские степени.

Нобелевская премия

В 1953 г. Швейцер стал лауреатом Нобелевской пре-

Архивариус

Мало кто знает, как выглядит обратная сторона Нобелевской медали по медицине. Между тем она особая, отличается от других таких же наград. На медали Нобелевской премии по физиологии и медицине изображена аллегорическая фигура «Медицины», которая держит на коленях открытую книгу. В другой руке – чаша, в которую из скалы льётся вода. Рядом стоит изнывающая от жажды девочка. Надпись по латыни гласит: *Inventas vitam juvat excoluisse per artes*. Эта строка взята из поэмы Вергилия «Энеида» и в приблизительном переводе звучит примерно так: «И тем, кто улучшил жизнь на Земле своим вновь обрётённым мастерством».

Альфред Нобель всегда активно интересовался медицинскими исследованиями. «Физиология или медицина» была третьей областью науки, отмеченной Нобелем в завещании.

Премии по физиологии и медицине с 1901 по 2014 г. получили 105 человек. Самому молодому лауреату было 32 года; 87 лет – самому пожилому. Среди них 11 женщин. 38 премий получил один человек – остальные в составе группы.

Нобелевская премия по физиологии или медицине присуждается Нобелевской ассамблеей

Оборотная сторона медали Малоизвестные факты истории «Нобеля»



Королевского Каролинского института в Стокгольме. Она состоит из 50 человек, которые являются профессорами в медицинских дисциплинах. Рабочим органом ассамблеи является организационный комитет, члены которого избираются на 3 года.

Альфред Нобель подчёркивал, что премии должны присуждаться за научные работы, приносящие максимальное благо человечеству. Её получили, например, Александр Флеминг за открытие пенициллина и Эмиль Адольф фон Беринг за создание противодифтерийной сыворотки. Нобелевскими лауреатами стали

изобретатели электрокардиографии, ММР и компьютерной томографии.

В каких областях чаще всего присуждались Нобелевские премии по физиологии и медицине. Больше всего везло учёным-генетикам – 48 раз. В частности, она была присуждена Джеймсу Уотсону, Франсису Крику и Морису Уилкинсу за открытие структуры ДНК. 14 раз ею награждались медики, изучавшие причины заболеваний: малярии, тифа, туберкулёза, жёлтой лихорадки и ВИЧ. 26 раз её получали нейрологи, и 23 раза иммунологи.

Если пересчитать число премий в каждой отдельной области медицины или физиологии, то их получится гораздо больше, нежели, собственно, награждений. Это объясняется тем, что некоторые открытия проходят сразу по нескольким категориям.

По не объяснённой наукой причине 7 нобелевских лауреатов по медицине родились 21 мая и 7–28 февраля. Между днями рождения остальных нет никакой корреляции.

Юрий БОРИСОВ.

Кстати

Оговорка по Фрейду

Австрийский нейролог и отец психоанализа Зигмунд Фрейд был номинирован на Нобелевскую премию по физиологии и медицине 32 раза, но так её и не получил.

В 1929 г. Нобелевский комитет по медицине пригласил эксперта, который детально изучил работы Фрейда и пришёл к выводу, что «дальнейшее изучение работ Фрейда не имеет смысла, потому что они не имеют доказанной научной ценности».

Ни о ком другом ничего подобного сказать не можем, потому что данные о номинантах хранятся в секрете 50 лет.

Исследования

Мысли о мечтах не только позволяют отвлечься от скучных задач, но и повышают продуктивность в отношении их решения. Об этом заявили израильские исследователи из Университета имени Бар-Илана.

Куда приводят мечты

В рамках исследования специалисты стимулировали лобные доли участников постоянным током. Из-за воздействия тока в мозгу добровольцев возникала активность, похожая на ту, которая появляется при свободном течении мыслей и ассоциаций или мечтах. Ранее лобные доли уже связывались с этими процессами. Кроме того, именно лобные доли ответственны за планирование будущего. Эксперты отметили тот факт, что внешняя стимуляция помогала добровольцам решать поставленные перед ними задачи.

Учёные сообщили, что стимуляция положительно влияла на когнитивные способности участников. Вероятно, данный эффект связан с тем, что за исполнительные функции и за мечты отвечает одна и та же область мозга. В дальнейшем специалисты планируют выяснить, как стимуляция влияет на другие функции, например, концентрацию или многозадачность.

Алина КРАУЗЕ.
По информации Meddaily.

На литературный конкурс

Александр ГРОМОВ

Заколдованный на смерть

Вредная привычка или сумасшествие?

– И зачем нас Управление образования стало гонять к наркологам? – возмущается замдиректора по воспитательной работе одной из общеобразовательных школ.

– Ну вы же сами видите, что народ задыхается, чахнет в табачном дыму, колется, спивается, деградирует на глазах и вымирает целыми семьями. Среди учителей тоже встречаются больные с алкогольной и прочей зависимостью.

– О чём вы говорите, доктор, какие ещё больные? Извините, но алкоголизм – это не болезнь, а дурная привычка, невоспитанность и распущенность. Я понимаю, когда речь идёт, например, о гипертонии, раке, туберкулёзе или диабете. Но что касается алкоголизма, так его, по моему мнению, и в природе не существует. Главная причина пьянства вот здесь, – она ткнула указательным пальцем себе в лоб как раз в то место, где в головном мозгу идут мыслительные процессы, принимаются окончательные решения и через гигантские нервные клетки Беца реализуется вся сознательная деятельность человека.

– То есть вы хотите сказать, что всё дело не в болезни, а в сознании?

– Вот именно. Основная причина пьянства и трезвого поведения кроется в сознании, произвольном решении самого человека пить ему или не пить, что пить, сколько, где, с кем и когда – в полном соответствии с его морально-этическими установками, шкалой ценностей, знаниями, навыками, привычками и традициями. Пьяниц надо не лечить, а перевоспитывать, наказывать или поощрять, если они проявляют тенденцию к трезвому образу жизни. Это чисто психологическая, педагогическая и социальная проблема.

– Выходит, мы лишние в медицине и лечим несуществующую болезнь?



– Абсолютно точно, доктор. Исправлять пьяниц лекарствами – это такое же пустое занятие, как и с помощью таблеток бороться с воровством, хулиганством, ленью, враньём и всеми другими пороками.

– Позвольте вам возразить. Во-первых, все наркологические болезни находятся вовсе не там, куда вы указали пальцем: они не в лобной коре головного мозга, а ниже – в подкорковой области, бессознательной сфере. А во-вторых, любая патологическая зависимость, в том числе и никотиновая, это далеко не вредная привычка, а смертельно опасное психическое заболевание, хронический психоз, настоящее сумасшествие.

– Ничего себе! По-вашему, если мой муж курит сигареты одну за одной, то он сумасшедший?

– А вы ещё сомневаетесь? Да у него явное тихое умопомешательство, серьёзное помрачение сознания. Срочно тащите его ко мне. Не дай бог, если он заразится этим серьёзным заболеванием

ещё и вас, и ваших детей. Заразность наркологических болезней сравнима с чумой. Правда, он будет упираться всеми силами, но это такая болезнь. В упорном нежелании лечиться – принципиальное отличие наркологического расстройства здоровья от других болезней. Мы расцениваем его как один из важных признаков хронического никотинового психоза. Заядлого курильщика, злостного запойного пьяницу и тем более наркомана, сидящего на героиновой игле, очень сложно привести на обследование и лечение – разве что в наручниках.

– И что, вы мужа в дурдом отправите?

– Да нет, конечно, у него ведь не белая горячка. Хронический никотиновый психоз в основном опасен для самого больного. Курильщик садистски разрушает лишь собственный организм. При этом он совершенно не осознаёт своё аутоагрессивное поведение, не отдаёт отчёта своим нелепым поступкам и не может управлять ими. По отношению к ядовитому

табачному дыму он точь-в-точь такой же невменяемый, как и больной с алкогольным бредом ревности по отношению к своей жене. Если алкогольный бред ревности может привести к убийству, то никотиновый психоз необратимо реализуется в хроническое самоубийство. И без вашего жёсткого вмешательства в судьбу мужа он просто погибнет, а вы станете соучастницей его трагического конца.

– И что вы с ним сделаете?

– Как что? Снимем патологическую зависимость, избавим от психоза, оборвём хроническое самоиздевательство над собственным организмом на всю оставшуюся жизнь и откроем глаза на его заболевание – мы всё это можем.

– Ладно, доктор, убедили. Попробую привести его к вам на лечение, а вдруг получится! Сама сколько ни бьюсь с его вредной привычкой, ничего не выходит. Он как заколдованный и, видимо, действительно находится в психозе...

Московская область.

Умные мысли

Виктор КОНЯХИН

Мысль, разбавленная словами

- Увидев пиво, все раки пятились назад.
- Если у анонима нет подписи, значит, продолжение следует.
- Учёные подсчитали, что 100% – это максимум 97.
- Не будет «книжки жизни», не станет в ней опечаток.
- Хочешь знать, чего хочешь? Это будут избитые и лишние знания.
- Президент дал поручение. Кто бы дал денег на это поручение.
- Бизнес дороже всего.
- Смотрел футбол. Делал тренировки.
- Проблемы, по ранжиру становятся!
- Владелец поцелуя имеет право отпускать цены.
- Тяжело боксёру. Не подерёшься, не проживёшь...
- Эликсир берёт здоровье на буксир.
- Ниже дна не утонешь. Поэтому остаётся разбухнуть и всплыть.
- За столом сидеть можно бессрочно.
- На ссору – слов хватает. На драку – кулаков не всегда достаточно.
- Садись на первый поезд. Последний всегда остаётся без маршрута.
- Не замечал свой возраст. Даже в свой паспорт не смотрел.
- Кисельные берега у болота – специально для туристов.
- Я всегда говорю правду. Только я не помню, что кому говорю.
- У всех кухонных ножей был каменный прародитель.
- Наделали столько, что и сами не разберутся: за что придётся отвечать.
- Отправляясь на тот свет, не забудьте собственный электросчётчик.
- Знаний почти нет. Но и эти знания сильно бездействуют.

Москва.

Цефоперазон	Нем. психиатр	Амер. художник	Запрет	СКАНВОРД										Нифедипин	Инструмент каменщика	Отеч. мотоцикл	Основала Карфаген	Франц. писатель	Драма Чехова
Франц. физик	Яблоку упасть	Тында	Свазилэнд	Итал. тенор	Переход через реку	Друг Бураатино	Часть сдбури	Овчаров, фильм	Ракита	Каучконосное растение	Изучает организм	Сладкий напиток	Рокировка	В один прием (прост.)	Суп рыбака	ГЕНРИХ Б	МОМЕНТ	ФИНАЛ	Е
Часть кожи чело- века	Опера Серова	Жен. одежда	Креветка	Дает корова	Кредит	Дэнс	Летучий дракон	Ракета	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	День ... дня	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И
Довод, причина	Спутник Урана	Связка, охапка	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	Сладкий напиток	Рокировка	Ракета	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	День ... дня	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И
Ящик, голосо- вание	Арт. орудие	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	Сладкий напиток	Рокировка	Ракета	Ракета	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	День ... дня	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И
Горгона	Отбели- вающая глина	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	День ... дня	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И
Автор Валерий Шаршуков	200 мг	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И	Сфера	Поступок	... коро- мыслом	День ... дня	Силач (стар.)	"Воль- ность"	АЙ	КЛАД	ЛАПОТЬ	М	И

Ответы на сканворд, опубликованный в № 75 от 07.10.2015.

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: Ю. БЛИЕВ, 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 – И. СТЕПАНОВА.

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 ОАО «Сбербанк России» г. Москва

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

Заказ № 15-09-00723
Тираж 31 098 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондент-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.