

Медицинская

26 июля 2017 г.
среда
№ 54 [7772]

Газета®

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

Тенденции

Хирургия одного дня

Кемеровская офтальмологическая больница наращивает объёмы оказания стационарозамещающей помощи



Центр амбулаторной хирургии на базе Кемеровской областной клинической офтальмологической больницы был создан ещё в 2011 г.

Первоначально маленьким пациентам здесь в условиях наркоза проводили лишь зондирование при непроходимости слёзно-носового канала. А с 2017 г. стали оперировать детей и с другими патологиями: с абсцессами, халазионами, контактно-вирусными моллюсками, новообразо-

ваниями кожи век... Если за I квартал таким образом были пролечены 20 детей, то за первое полугодие в целом уже 641 ребёнок. Прежде этих пациентов минимум на три дня пришлось бы госпитализировать в круглосуточный стационар, причём многих с родителями.

«Акцент в работе детских офтальмологов сделан на раннее выявление и коррекцию глазной патоло-

гии, – подчёркивает главный врач больницы Игорь Янец, – потому что ведущую роль в адаптации ребёнка к внешней среде играет именно зрительный анализатор».

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Фото Фёдора БАРАНОВА.



Владимир ВИШНЕВСКИЙ,
президент Ассоциации
гепатопанкреатобилиарных хирургов,
профессор:

Амбиции хирурга ни в коем случае не должны быть на первом месте, когда мы говорим об операциях высокой степени риска, от которых зависит жизнь пациента.

Стр. 5

Алексей КУБАНОВ,
заведующий кафедрой дерматовене-
рологии и косметологии Российской
медицинской академии непрерывного
медицинского образования,
член-корреспондент РАН:

Медицинская наука развивается стремительно, и самое важное для врача – за ней успевать.

Стр. 7



Виктор ЦАРЁВ,
заведующий кафедрой
микробиологии, вирусологии
и иммунологии МГМСУ,
профессор:

Этиология и патогенез внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава в настоящее время не изучены до конца.

Стр. 10-11



Перспективы

Имплантации: на пути к киборгам

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова встретила с первым пациентом, перенёвшим операцию по установке ретинальных имплантатов (бионического глаза).

«МГ» уже сообщала, что операция была успешно проведена врачами под руководством профессора Христо Тахчиди в Научном центре офтальмологии Российского национального исследовательского медицинского университета им Н.И.Пирогова на базе Федерального научно-клинического центра оториноларингологии. Это стало одним из главных событий последних месяцев в медицине.

В.Скворцова лично пообщалась с пациентом Григорием Ульяновым, которому был установлен бионический глаз нового поколения. Она отметила, что бионические технологии – одно из самых перспективных направлений российского здравоохранения.

«Это довольно сложное направление в связи с тем, что глаз человека устроен по принципу «многослойного пирога». Сетчатка глаза позволила врачам установить в него устройство, дающее изображение в 60 пикселей. Григорий Ульянов стал 41-м пациентом в мире, кому произвели такую имплантацию», – рассказала министр.

Она уверена, что данное направление в нашей стране будет продолжать активно развиваться.

«У государства есть финансовые ресурсы для лечения таких пациентов. Мы должны двигаться вперёд и использовать данные современной науки для практической медицины», – подытожила В.Скворцова.

Министр поблагодарила пациента за его выдержку и позитивный настрой, а также пожелала скорейшей успешной реабилитации.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
корр. «МГ».

Москва.

Перемены

Персонификация учёта в ОМС

Законопроект об этом внесён Правительством РФ в Государственную Думу.

– Законопроект направлен на исключение двойного финансирования оказания медицинской помощи, а также уточняет категорию граждан, не подлежащую страхованию в системе ОМС, – сообщают в Федеральном фонде ОМС.

Так, военнослужащие и приравненные к ним лица не застрахованы в системе ОМС – они получают ведомственную медицинскую помощь. Однако нередки ситуации, когда представители этой категории граждан не сдают

медицинские полисы ОМС. Таким образом, их медицинское обеспечение оплачивается дважды: и за счёт федерального бюджета, и за счёт фонда ОМС. В 2016 г. было выявлено более 60 тыс. таких случаев.

В законопроекте чётко прописывается: к «военнослужащим и приравненным к ним лицам» относятся сотрудники МЧС, МВД, ФСБ и ещё 6 федеральных ведомств, с которыми ФОМС будет осуществлять информационное взаимодействие.

Кроме того, будет введена обязанность граждан, которые переходят в категорию военнослужащих и приравненных к ним лиц, сдавать

недействительный полис ОМС. Сдать недействительные полисы ОМС в течение 30 дней они могут через подачу заявления в любую страховую территориальную организацию или любой территориальный фонд обязательного медицинского страхования. Эти меры должны повысить качество планирования бюджета ФОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сити!

Москва.

Награды

Защитили титул чемпионов мира

На проходящем в эти дни в австрийском Леоганге World Medical Football championship – 2017 сборная российских медиков вновь праздновала триумф и завоевала престижную награду турнира – Clemens Vogel cup.

Турнир в Австрии стал уже XXIII чемпионатом мира

по футболу среди медиков. В этом году Россия была представлена командами сразу в двух категориях – Clemens Vogel cup и Ferran Morell cup.

Напомним, что в прошлом году турнир проходил в Барселоне, и тогда российские врачи также стали чемпионами.

Андрей ДЫМОВ.

МИА Сити!

Новости

Тораканальная травма
под контролем

В Сургутской клинической травматологической больнице начал свою работу окружной центр торакальной хирургии, где оказывают плановую и экстренную медицинскую помощь при травмах и заболеваниях органов грудной клетки.

По оценкам специалистов, в настоящее время частота повреждений грудной клетки, связанных с различными травмами – автомобильными, бытовыми, профессиональными и спортивными, – очень высока. Летальность при этом составляет до 10%, нередко уже после госпитализации пострадавшего. Основными травмами грудной клетки являются повреждения дыхательных путей, переломы рёбер, грудины и лопатки, ушибы лёгких. Повреждения органов средостения (сердца, крупных сосудов, диафрагмы, пищевода) также относятся к торакальной травме.

Воронкообразная грудь – врождённая аномалия, с которой обращаются в Центр торакальной хирургии. Заболевание характеризуется западением передних отделов груди. Такая деформация – самый распространённый порок развития грудной клетки. Нередко заболевание прогрессирует и представляет серьёзную опасность для здоровья пациента.

– В центре используются эндоскопические методы лечения, особенно при патологии трахеи, главных бронхов, – отметил руководитель Центра торакальной хирургии Сургутской клинической травматологической больницы Владимир Корженевский. – Рубцовые стенозы чаще встречаются после длительной искусственной вентиляции лёгких, когда нормальная структура трахеальной стенки замещается грубой рубцовой тканью, которая суживает просвет дыхательных путей. Это состояние требует хирургического лечения. Ранее эндоскопические методы лечения применялись в основном для расширения просвета трахеи. Сегодня современные технологии позволяют максимально восстановить и поддержать просвет дыхательных путей при рубцовых стенозах трахеи.

Мощность центра определена в 300 торакальных и видеоассистированных торакоскопических операций в год.

Елена ОСТАПОВА.

Сургут.

Девочка будет жить!

Реаниматологи Челябинской детской областной клинической больницы спасли годовалую девочку. Для этого потребовалось 14 сеансов гемодиализа и лекарственный препарат стоимостью 600 тыс. руб.

В детскую больницу Магнитогорска девочка попала с симптомами кишечной инфекции. Однако после осмотра врачи заподозрили у неё гемолитико-уремический синдром – тяжёлое, угрожающее жизни заболевание, нередко с неблагоприятным исходом. Потребовалась помощь специалистов Челябинской детской клинической больницы, которые срочно выехали в Магнитогорск и доставили ребёнка в Челябинскую детскую больницу, где диагноз подтвердился.

«Девочке провели 14 сеансов гемодиализа, положительная динамика появилась лишь после 12-го сеанса. Кроме того, врачи ввели ей дорогостоящий препарат, – рассказала главный педиатр Минздрава Челябинской области, главный врач детской клинической больницы Галина Киреева. – Для спасения маленькой пациентки потребовалось две дозы. Лекарство приобрели за счёт областного бюджета».

Мария ХВОРОСТОВА.

Челябинск.

В полку доноров прибыло

Как сообщила главный врач Станции переливания крови Калининградской области Нина Кабанчук, общее число доноров за первое полугодие этого года составило 4552 человека, что на 9,2% больше, чем за этот же период 2016 г.; в том числе, сдававших впервые – 1196. Количество безвозмездных доноров сохраняется на уровне 97%.

Суммарная прибавка в региональный банк донорской крови за 6 месяцев этого года составила 4648 л цельной донорской крови.

В лечебную сеть Калининградской области было выдано 1165,6 л эритроцитсодержащих компонентов крови, 717,9 л свежемороженой плазмы. Выполнены заявки лечебной сети области по выпуску тромбоцитного концентрата.

Н.Кабанчук отметила, что с 2009 г. на станции переливания крови области активно используется метод вирусинактивации плазмы, что позволяет в кратчайшие сроки создавать запасы «безопасной» плазмы, а также обезопасить реципиентов путём предотвращения передачи широкого спектра вирусных инфекций и снижения количества посттрансфузионных осложнений. За первое полугодие получено 170,3 л такой плазмы – на 74% больше, чем в 2016 г.

Продолжились выезды сотрудников станции в учреждения города и районы области. Всего в ходе выездных мероприятий было заготовлено 1355,1 л цельной донорской крови. Добровольцами стали 2857 человек.

Развитие службы крови невозможно без постоянного обновления донорских кадров. Специалистами станции проводится работа по развитию безвозмездного донорства.

Продолжает развиваться корпоративное донорство. Постоянными партнёрами службы крови на протяжении многих лет являются крупные предприятия и учреждения региона.

«Областная станция переливания крови является ведущей медицинской организацией, которая полностью обеспечивает потребности 38 лечебных учреждений региона в компонентах и препаратах донорской крови, – подчеркнула Н.Кабанчук. – И каждодневная кропотливая работа сотрудников станции переливания крови в этом направлении, а также новое современное оборудование позволяют нам поддерживать запасы крови и её компонентов в Калининградской области на необходимом высоком уровне».

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

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

Ориентиры

Сберегая время
И... здоровье

Омская область вместе с 20 российскими регионами приступила к реализации проекта «Бережливая поликлиника»



Стоять в длинной очереди в регистратуру больше не надо

Пилотный проект «Бережливая поликлиника» был поддержан администрацией Президента РФ. Его суть в том, чтобы сделать посещение медицинского учреждения для граждан более комфортным, повысить качество и доступность оказываемой медицинской помощи.

В столице Прииртышья определены три учреждения для реализации проекта «Бережливая поликлиника». Это медико-санитарная часть № 7, городская поликлиника № 13 и детская городская поликлиника № 5. Повысить доступность и качественный уровень амбулаторной врачебной помощи предполагается за счёт информирования населения о медицинском обслуживании, создания комфортных условий пребывания, снижения времени ожидания приёма в учреждении и разделения потоков пациентов.

Как сообщили в правительстве Омской области, на первом этапе в учреждениях здравоохранения, участвующих в данном проекте,

был проведён хронометраж движения потоков пациентов. Фиксируя маршрут пациентов на территории лечебного учреждения, «наблюдатели» отмечали, в какое время они пришли, как долго стояли в очереди в регистратуру и к врачу, сколько находились на приёме у доктора...

Комплекс последующих мероприятий направлен на оптимизацию процессов оказания медицинской помощи и устранение временных потерь пациентов путём перераспределения нагрузки между врачебным и сестринским персоналом, разделения потоков больных и здоровых пациентов. Ни для кого не секрет, что, отправляясь в поликлинику, многим из нас приходится тратить там массу времени. В среднем, как показывает практика, от момента входа в поликлинику до момента выхода из неё пациент проводит, как минимум, 40 минут. Эксперты Минздрава России предполагают, что реализация проекта позволит это время сократить вдвое, избавив людей от ненужных хождений по кабинетам.

Актуальной остаётся и задача «развести» потоки пациентов, особенно, в детских поликлиниках. Здоровые дети, которым нужны справки и профилактические осмотры, конечно же, не должны контактировать с больными детьми, которые обращаются к врачу с различными заболеваниями, в том числе, с признаками инфекционных болезней. Поэтому, в рамках проекта, к примеру, в детской городской поликлинике № 5 предстоит совершенно по-другому выстроить работу отделения профилактики, кабинета здорового ребёнка, службы вакцинации,

чтобы родители с детьми могли без опаски приходить в поликлинику, зная, что их ребёнок «не подцепит» инфекцию.

Кроме того, в ходе реализации проекта в поликлиниках предстоит внедрить межкабинетную запись к врачам-специалистам, минуя регистратуру. Минуя участковую службу, будут оформляться справки для посещения спортивных мероприятий и бассейна, справки для поступления в учебное заведение и на работу, санаторно-курортные карты, выписки из историй болезни в отделении медицинской профилактики и т.д. Регистратурой и врачами узких специальностей будет организовано направление пациентов, подлежащих диспансеризации, в отделение медицинской профилактики на принципах непрерывного потока.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Профилактика

В самые далёкие районы

В один из отдалённых районов Алтайского края – Романовский – прибыли врачи в составе автопоезда «Здоровье». Это – две специализированные бригады медицинских работников: одна приступила к делам в ЦРБ, а другая стала курсировать по труднодоступным сёлам.

Состав автопоезда формировался с учётом дефицита кадров в местных медицинских учреждениях. Поэтому сюда вошли многие узкие специалисты: кардиолог, лор, невролог, ревматолог, врач ультразвуковой диагностики и травматолог-ортопед.

«У нас в районе в данный момент нет невролога, а с автопоездом «Здоровье» прибыло два таких специалиста. Естественно, жители района не могли упустить возможность попасть к ним на

приём. Было очень много желающих получить помощь лор-врача и кардиолога. Пациенты очень довольны, потому что у них появилась возможность, не выезжая из собственного населённого пункта, получить высококвалифицированную медицинскую помощь», – говорит главный врач Романовской ЦРБ Александр Матусов.

С собой медики привезли медицинское оборудование, с помощью которого провели в сёлах в общей сложности 252 диагностических исследования. Всего было осмотрено более 600 человек. У 34 из них специалисты поезда заподозрили и впервые выявили различные заболевания.

Еще 101 пациент был направлен на дообследование в диагностический центр Алтайского края, 13 – в поликлинику краевой клинической больницы, 3 – в краевой

кардиодиспансер и 11 – в Федеральный центр травматологии, ортопедии и эндопротезирования.

С нынешнего года автопоезд «Здоровье» работает в новом режиме. Все его пациенты проходят трёхуровневую систему обследования. На первом этапе пациенты проходят скрининговый осмотр на местах – в местных ЦРБ и ФАПах, на втором – врачи выписывают направление к узким специалистам, которые приедут в населённый пункт вместе с автопоездом «Здоровье». На последнем этапе уже городские высококвалифицированные врачи назначают лечение и, в случае необходимости, дают направление в узкопрофильные медицинские учреждения.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ»

Алтайский край.

Новые подходы

Для руководителей ЛПУ вводится возрастная ценз

Государственная Дума РФ приняла в третьем, окончательном чтении Федеральный закон «О внесении изменений в статью 350 Трудового кодекса Российской Федерации», устанавливающий предельный возраст для главных врачей медицинских организаций и их заместителей.

Согласно закону, такие должности могут занимать лица не старше 65 лет независимо от времени заключения с ними трудовых договоров. По достижении указанного возраста лица, занимающие должности руководителей и заместителей руководителей, переводятся с их письменного согласия на иные должности, соответствующие их квалификации.

Предельный возраст пребывания для замещения должностей руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций, подведомственных Федеральным органам исполнительной власти субъектов РФ или органам

местного самоуправления, руководителей филиалов медорганизаций, подведомственных ФОИВам, может быть продлен учредителем до 70 лет по представлению общего собрания (конференции) работников организации.

«С заместителем руководителя государственной или муниципальной медицинской организации по достижении им возраста 65 лет предлагается заключать трудовой договор. При этом срок окончания договора не должен превышать срока окончания полномочий руководителя такой организации», – говорится в пояснительной записке авторов законопроекта.

Предполагается, что в случае одобрения закона Советом Федерации и подписания Президентом России он вступит в силу уже в этом году. Трудовые договоры с руководителями медорганизаций и их заместителями, которые к 1 июня 2017 г. достигли возраста 65 лет или достигнут его в течение ближайших 3 лет, останутся в силе до истечения сроков, предусмотренных трудовыми договорами.

Соавтор законопроекта Андрей Исаев отметил, что законопроект получил большой широкий резонанс и звучали опасения, что опытные врачи, выполнявшие большое количество сложных операций, могут быть уволены. Однако он заверил, что речь идет не о выдворении врачей из профессии, а об освобождении их от административно-хозяйственной работы, значит они получают возможность «сосредоточиться на врачебной деятельности, на воспитании учеников, создании своей научной школы».

Госдума приняла также в третьем чтении Федеральный закон «О внесении изменений в статьи 1 и 42 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», уточняющий понятие «санитарно-эпидемиологическое заключение», представленный в палате председателем Комитета по охране здоровья Дмитрием Морозовым.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Однако

ФАС России возбудила дело по признакам картеля

Признаки нарушений обнаружены на 357 аукционах, проведенных на территории 28 субъектов Российской Федерации в 2015-2017 гг.

Дело возбуждено в отношении ООО «Медпролайф», ООО «Проммедзакупка», ООО «Медторг», ООО «Инвамед» и ООО «Микромед». Компании подозреваются в заключении антиконкурентного соглашения с целью поддержания цен на аукционах на поставку медицинских изделий, инструментов и расходных материалов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний в учреждениях

здравоохранения Российской Федерации.

Эти организации совместно участвовали в аукционах, заранее определяли между собой победителей и, создавая видимость конкуренции, допускали снижение начальной максимальной цены контракта в ходе торгов не более чем на 3%. Потенциальный картель является одним из крупнейших по масштабам. Сумма начальных максимальных цен контрактов составила более 2,5 млрд руб.

«Выявление и пресечение антиконкурентных соглашений в сфере медицины является одним из приоритетных направлений деятель-

ности ФАС России», – отметил статс-секретарь – заместитель руководителя антимонопольного ведомства Андрей Цариковский.

«Картели не только затрудняют доступ к качественному медицинскому обслуживанию, но и наносят ущерб интересам государства, поскольку в условиях отсутствия конкуренции на торгах, бюджет несёт повышенные расходы на приобретение медицинских изделий, необходимых для лечебных учреждений», – добавил начальник Управления по борьбе с картелями ФАС России Андрей Тенишев.

Соб. инф.

Санитарная зона

Клещи продолжают активно атаковать

Несмотря на «погодные сюрпризы» нынешнего лета, высокая активность клещей в регионах страны сохраняется и соответствует многолетним уровням. С начала сезона, как сообщил Роспотребнадзор, число зарегистрированных случаев заболеваний клещевым вирусным энцефалитом приблизилось к 700, выявлено также свыше 2 тыс. случаев клещевого иксодового боррелиоза.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека отмечает, что количество заболевших КВЭ и ИКБ в текущем году всё же ниже уровня прошлого года и не превышает среднепогодных значений за аналогичный 5-летний период. Всего на середину июля 2017 г. в медицинские организации по поводу присасывания клещей обратились почти 385 тыс. человек, что также соответствует среднепогодным уровням.

Но если, например, в 2016 г. за это время в Москве не было зафиксировано ни одного случая заболевания клещевым вирусным энцефалитом, то только в течение последней недели, по данным сто-

личного управления Роспотребнадзора, зарегистрировано три случая заболевания КВЭ.

Всего в различные медицинские учреждения города с начала года из-за укусов клещей обратились 6798 человек, что меньше, чем годом ранее (7715). Врачи зафиксировали 203 случая иксодового клещевого боррелиоза (276 случаев в 2016 г.), только два из которых связаны с укусами насекомых на территории Москвы. Это произошло в национальном парке «Лосиный остров» и садовом товариществе «Клён» в поселении Роговское. Москвичи привозили заразных клещей из Ногинского, Наро-Фоминского, Мытищинского, Раменского, Рузского, Чеховского, Балашихинского, Серпуховского и Ступинского районов Подмосковья, а также из Калужской, Смоленской, Тверской, Вологодской, Новгородской областей, а также из Абхазии и даже Германии.

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека ведёт еженедельный мониторинг за КВЭ и ИКБ, другими инфекциями, передающимися клещами, – моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека

– с середины марта 2017 г. во всех федеральных округах. План по акарицидным обработкам выполнен к середине июля на 160%, всего они произведены на 220 тыс. га.

В результате этих и других принимаемых мер в Кировской области количество пострадавших от клещей снизилось в этом сезоне в 1,8 раза, Вологодской области – в 1,5, Санкт-Петербурге – в 1,3, в Московской области, Пермском крае – в 1,2.

Вместе с тем в Приморском крае в июле зафиксирована смерть в результате укуса клеща. Трагедия произошла во Владивостоке, когда 61-летний житель обнаружил у себя клеща и сдал его в лабораторию.

Позже мужчина узнал, что клещ опасен, но «по каким-то причинам в течение 4 дней не обращался за медицинской помощью», сообщил на совещании у вице-губернатора края главный санитарный врач Приморья Дмитрий Маслов. К медикам пострадавший был доставлен уже в крайне тяжёлом состоянии. «Врачи до последнего боролись за его жизнь, но спасти пациента не удалось», – сообщил главный санитарный врач региона.

Валерий МАЛОВ.

МИА Сити!

Криминал

Опасный вызов

Следственными органами Следственного комитета РФ по Саратовской области завершено расследование уголовного дела в отношении трёх жителей областного центра, обвиняемых в зависимости от роли каждого из них в совершении преступления в отношении фельдшера «скорой медицинской помощи», предусмотренных ч. 3 ст. 30 – п. «б» ч. 3 ст. 131 УК РФ (покушение на изнасилование), ч. 1 ст. 119 УК РФ (угроза убийством).

Эта резонансная история произошла днём 11 февраля 2017 г. Фельдшер скорой медицинской помощи прибыла в квартиру дома, расположенного на улице Шелковичной Саратова, в связи с поступившим сообщением о высоком артериальном давлении у 41-летнего жителя областного центра. Кроме него в квартире находились ещё четверо человек.

По версии следствия, после того, как медицинский сотрудник вошла в квартиру, 44-летний хозяин жилища закрыл за ней дверь. Появившись при этом, что из квартиры её не выпустит. Испугавшись, фельдшер забежала в ванную комнату, откуда смогла сообщить о произошедшем диспетчеру станции, которая и позвонила в полицию. В это время ей стали поступать угрозы о применении насилия от хозяина квартиры, в результате женщина решила, что более разумно будет покинуть ванную комнату. Тогда трое из присутствующих, не выпустив фельдшера из квартиры, стали пытаться добиться от неё сексуальной близости, высказывая соответствующие намерения и грозя при сопротивлении убийством. Однако прибывшие на место происшествия сотрудники правоохранительных органов пресекли действия злоумышленников.

Мужчина, которому изначально должна была оказываться «скорая медицинская помощь», и после этого грозил фельдшеру убийством, если она сообщит о произошедшем сотрудникам полиции.

Как сообщает пресс-служба СКР, на первоначальном этапе следствия главный злоумышленник был единственным, кто дал признательные показания. Он изобличал соучастников преступления. Хотя в последующем вину в инкриминируемых деяниях они не признали и полностью отрицали свою причастность к инциденту. Тем не менее версия следствия нашла своё подтверждение в показаниях свидетелей, присутствующих в квартире в момент совершения в отношении фельдшера преступления, а также её коллег, допрошенных в рамках расследования. Кроме того, согласно результатам одной из многочисленных судебных экспертиз, на руке потерпевшей обнаружены телесные повреждения, которые причинены именно в момент покушения на изнасилование. При этом в рамках расследования уголовного дела следователями проведено более 30 допросов потерпевшей, обвиняемых, свидетелей, свыше 6 выемок и осмотров места происшествия, назначено не менее 12 судебных экспертиз. Результатом следственной деятельности стали 7 томов уголовного дела.

Следственные органы считают, что собрана достаточная доказательная база. Поэтому уголовное дело, которое уже стало известно всей стране, после утверждения обвинительного заключения направлено в суд для рассмотрения по существу.

Семён ГОРБУНКОВ.

МИА Сити!

Саратов.

Ну и ну!

Мошенники звонят от имени МГФОМС



В Московский городской фонд ОМС поступило обращение жительницы столицы, Галины К., которой мошенники пообещали выплатить компенсацию за отказ от льготной путёвки на курорт.

Со слов заявительницы, мошенница представилась сотрудником МГФОМС и предложила льготную путёвку в Геленджик, ссылаясь на некую госпрограмму правительства Москвы, якобы «согласно которой МГФОМС предоставляет пенсионерам туристические путёвки по 50% стоимости». После отказа оплачивать половину стоимости путёвки женщине предложили денежную выплату компенсации в размере 16 тыс. руб. Для получения денежных

средств пенсионерке было предложено сообщить реквизиты своей пенсионной банковской карты.

МГФОМС обращается к москвичам: если вам или вашим родным поступил звонок злоумышленников, незамедлительно обратитесь в правоохранительные органы. Не сообщайте никому реквизиты своей банковской карты. Вопросы санаторно-курортного обеспечения граждан либо выплаты компенсаций не входят в компетенцию МГФОМС. Используемый злоумышленниками номер телефона не принадлежит МГФОМС.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

МИА Сити!

Москва.

Привычная жизнь 43-летнего жителя города Пласта Александра Андреева резко изменилась в худшую сторону после жестокого приступа удушья.

«Я даже не понял, что произошло, – вспоминает мужчина. – Лёг вздремнуть и вдруг меня толкает жена, говорит: «Ты не дышишь!» Она, конечно, вызвала «скорую», на которой меня увезли. В больнице мне сделали дырку в горле и поставили трубочку».

Как известно, у здорового человека во время дыхания связки расходятся, а в момент разговора связки, наоборот, смыкаются, и при этом происходит звукообразование. У Александра оказалась редкая патология, при которой связки смыкаются и полностью перекрывают дыхательный просвет так, что не мог пройти даже воздух.

Уживаться с трахеостомой оказалось непросто – одышка мешала спать ночами, есть было неудобно, а говорить и вовсе едва не разучился, потому что молчать было намного проще. Так продолжалось, пока не пришло время плановой чистки злосчастной трубки. Состояние гортани ухудшилось, и пациента в срочном порядке направили на консультацию в Челябинскую областную клиническую больницу, где мужчину сразу же прооперировали, избавив от трубки в горле и вернув способность дышать и говорить как все нормальные люди.

«Под наркозом, без разрезов мы устанавливаем специальный клинок, который помогает хорошо видеть гортань, – пояснил врач-оториноларинголог ЧОКБ Михаил Ковалёв, – подключаем микроскоп, хирургический лазер, и под контролем микроскопа удаляем часть связки, часть хряща, накладываем шов, чтобы это всё фиксировалось. После операции мы убрали трахеостому, которую пациенту накладывали ранее. Всё благополучно стянулось, с тех пор он спокойно дышит и говорит».

Операции на голосовых складках считаются не просто сложными, а входят в разряд ювелирных. Связки расположены глубоко в

очень узком месте, добраться до них достаточно проблематично. Сами по себе они небольшие – до сантиметра размером. Операцию нужно сделать на очень ограниченном участке, не повредив окружающие ткани, чтобы это не привело к образованию рубцовой ткани и ухудшению ситуации. Рецидивы возникали в 90% случаев.

«Раньше связку просто удаляли радикально, потом на этом месте очень часто вырастал рубец по

на круги своя. Человек не мог ни дышать, ни говорить. Сейчас новые технологии позволяют максимально сохранять родные ткани и избежать рецидива, по крайней мере в 70% случаев».

В отделении такие пациенты находятся около недели – их наблюдают, контролируют процесс заживления, а потом выписывают для наблюдения по месту жительства. Восстановительный период после таких вмешательств занимает около месяца – за этот

повреждение возвратного нерва при хирургических вмешательствах, например при заболеваниях щитовидной железы или грудной клетки. Гортань перестаёт работать, и пациент перестаёт при этом дышать. Также среди причин – травмы грудной клетки, например, при ДТП, операции на сосудах шеи. Способны вызывать такие нарушения и новообразования, опухоли средостения или грудной клетки, лёгких. При прорастании опухоль начинает

Подобных пациентов стараются наблюдать до операции в течение полугода, потому что иногда ситуация разрешается самопроизвольно.

Также в больнице есть фонопед и фониатр, которые занимаются тренировкой голосового аппарата и при их участии некоторые проблемы можно решить без операции. Хирургическое вмешательство считается крайней мерой и выполняется только в тех случаях, когда отсутствие трахе-

Особый случай

Второе дыхание

В Челябинской областной больнице провели сложную операцию на гортани



Сложное вмешательство завершилось возвращением полноценного дыхания

размерам и форме такой же, как удалённая связка, а то ещё и больше, – пояснил заведующий отделением оториноларингологии ЧОКБ Илья Скирпичников. – Просвет гортани снова закрывался, и всё возвращалось

сроку формируется стойкий рубец, устойчивый просвет, и человек может спокойно существовать.

Причинами подобной патологии чаще всего являются последствия хирургических вмешательств в области гортани. Чаще всего идёт

задевать нервы и, конечно же, их разрушать. Поэтому потенциальных пациентов сначала тщательно обследуют и на этот предмет.

Возможной причиной могут стать нарушения центральной нервной системы.

остомы может привести к тому, что пациент задохнётся.

На базе ЧОКБ есть возможность проводить такие вмешательства без наружных разрезов. В операционной под микроскопом с применением CO₂ лазера удаляется часть связки и часть черпаловидного хряща, для того чтобы обеспечить достаточный просвет гортани. После чего пациент может самостоятельно дышать и сохранить какой-то голос, потому что при удалении части связки, полноценного голосообразования не происходит, и у пациентов голос сипловатый, но зато есть возможность полноценно дышать.

Ещё пару лет назад таких больных направляли в крупные федеральные центры, хотя для них это серьёзные материальные расходы на дорогу и большие проблемы в поездке.

Сейчас операцию проводят по программе ВМП абсолютно бесплатно – в том регионе, где пациент зарегистрирован.

Наталья МАЛУХИНА,
вешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Фото автора.

Опросы

Правительство РФ в очередной раз отчиталось об исполнении поручения президента о льготном лекарственном обеспечении граждан, сообщив, в частности, что норматив на одного льготника увеличился с 758 до 762,2 руб. в месяц, а число отсроченных льготных рецептов составляет менее 1%. Однако опрос, проведённый экспертами Общероссийского народного фронта (ОНФ), показал, что более 70% респондентов испытывают сложности с получением льготных лекарств в аптеках и нередко вынуждены приобретать препараты за свои деньги.

Президент РФ Владимир Путин в мае 2015 г. поручил Правительству России совместно с региональными органами исполнительной власти принять исчерпывающие меры по льготному обеспечению граждан лекарственными препаратами. Срок исполнения поручения главы государства истёк ещё 2 года назад.

Кабинет министров в очередной раз отчитался об исполнении этого поручения, сообщив, что был увеличен норматив затрат в месяц на одного гражданина с 758 до 762,2 руб. Всего было выписано более 9 млн рецептов на 12 млрд руб., в том числе, почти 1 млн рецептов на 3,9 млрд руб. за счёт средств региональных бюджетов. При этом, как отмечается в докладе Правительства РФ, в целом по

Отчёт правительства и оценка ситуации

Эксперты ОНФ провели опрос среди получателей льготных лекарств

стране отсроченных рецептов, по данным на август 2016 г., оказалось всего 6156 (0,07% от общего числа).

Также в рамках закупки лекарств для больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, лиц после трансплантации органов и (или) тканей по состоянию на 20 марта 2017 г. было выписано почти 160 тыс. рецептов на 9,5 млрд руб., из них на отсроченном обеспечении находятся всего 32 рецепта.

Однако результаты опроса, который провели эксперты ОНФ среди получателей льготных лекарств, ставят под сомнение столь радужное положение дел.

Опрос был проведён при поддержке организации «Движение

против рака» и Всероссийского союза пациентов. В нём приняла участие 789 человек из 71 региона России, в их числе – инвалиды, многодетные семьи и семьи с детьми-инвалидами.

Около половины опрошенных – 377 человек – рассказали о том, что даже попасть на приём к врачу для получения рецепта на льготные лекарственные препараты проблематично. 654 человека столкнулись с отказом в выдаче рецепта, причём в большинстве случаев причина отказа – отсутствие необходимых лекарств в аптеке.

При этом выяснилось, что около трети опрошенных льготников не знают о возможности поставить рецепт на отсроченное обслуживание при отсутствии препаратов в аптеке, а из 489 человек, сделавших это, 211 так и не получили своих лекарств.

Из-за отсутствия необходимых препаратов 72% респондентов вынуждены покупать их за собственные деньги. 65% льготников обращаются с жалобами на нехватку льготных лекарств в специальные ведомства, преимущественно в Минздрав. Однако, только у 18% после обращения в вышестоящие учреждения ситуация улучшилась.

«Результаты нашего мониторинга показывают, что низкое число отсроченных рецептов, зачастую, обеспечивается намеренно за счёт того, что врачи отказываются выписывать препараты, которых нет в аптеках, или же льготники просто не знают, что рецепт можно поставить на отсроченное обслуживание, и покупают лекарства за свои деньги», – отметил эксперт ОНФ, председатель исполнительного комитета общественной организации «Движение против рака» Николай Дронов.

Наличие серьёзных проблем подтверждают и результаты мониторинга Росздравнадзора: он показал, что, в целом, лекарственное обеспечение граждан жизненно необходимыми и важнейшими лекарственными препаратами составляет всего около 64%. Больше всего трудностей возникает у пациентов с ВИЧ-инфекцией и онкологией. Некоторые медикаменты для лечения этих заболеваний отсутствуют в 70 регионах.

В этой связи эксперты ОНФ намерены обратиться в Минздрав с просьбой принять действенные меры по повышению доступности льготных препаратов и предлагать не снимать с контроля соответствующее поручение президента.

Алексей ЛЕОНИДОВ.

Москва.

Современные технологии резекции печени позволяют значительную часть онкологических больных перевести из категории неоперабельных и бесперспективных в категорию радикально оперированных с высокой вероятностью не то что однолетней, а даже 5-летней выживаемости. Но такое возможно только при соблюдении важного условия – коллаборации специалистов разных профилей (хирургов-гепатологов, сосудистых хирургов, онкологов, морфологов, химиотерапевтов) и даже разных медицинских учреждений в интересах пациента. Такова точка зрения президента Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, доктора медицинских наук, профессора Владимира Вишневого.

Поводом к тому, чтобы заострить внимание на этой теме, послужил недавний клинический случай из практики специалистов Института хирургии им. А.В.Вишневого Минздрава России.

Пациент К. в возрасте 61 года с диагнозом «рак сигмовидной кишки с метастазами в печень» проходил лечение в одной из онкологических больниц Москвы, где ему была выполнена операция по удалению части толстой кишки, после чего проведены два курса химиотерапии. Опухоль оказалась нечувствительна к химиотерапии, поэтому больного направили на оперативное лечение в институт им. А.В.Вишневого, поскольку именно здесь находится ведущий центр хирургии печени.

Операция, которая была выполнена больному в институте – расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – относится к высшей категории сложности. Но в данном случае сложность была не в самом техническом исполнении, а в том, чтобы принять правильное решение: выполнить сразу большой объём резекции печени или прибегнуть к двухэтапной сплит-резекции с интервалом в 7 дней. В первом случае это «гарантирует» хирургам и анестезиологам несколько дополнительных часов работы в операционной, во втором – более высок риск тяжёлых послеоперационных осложнений у пациента.

– Операции на печени у онкологических больных почти никогда не укладываются в шаблоны. Каждый раз план хирургического вмешательства связан с индивидуальными особенностями анатомии этого органа, венозного оттока, артериального притока, локализации опухоли. Мы должны иметь возможность выполнить резекцию так, чтобы после удаления большей части печени – а при опухолевых поражениях удаляется, как правило, 75% – быть уверенными в том, что оставшиеся 3 из 8 сегментов пе-

Проблемы и решения

Мыслить и действовать вне шаблонов

Делить пациентов на «наших» и «ваших» – непродуктивная задача

чени смогут справиться с функцией целого органа. А для этого нужно постараться сохранить в неприкосновенности среднюю и левую печёночные вены, то есть обеспечить адекватный приток и отток крови, в противном случае, мы получим в послеоперационном периоде острую печёночную недостаточность и летальный исход, – говорит заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневого, доктор медицинских наук, профессор Алексей Чжао, оперировавший данного больного.

Как признаётся профессор Чжао, насколько бы убедительными ни были заключения предоперационной диагностики методами КТ и МРТ, окончательное решение о тактике – выполнять одно- или же двухэтапную резекцию – он принимает непосредственно во время операции, ориентируясь на то, что предстало его глазам во время ревизии, и на результаты интраоперационного ультразвукового исследования.

Объём опухолевого процесса у пациента К. был велик, к тому же в процесс оказалась вовлечена часть ветвей средней печёночной вены. Картина пессимистичная, поэтому изначально хирурги предполагали, что оставшиеся после резекции доли печени не справятся с «обязанностями», да и сохранить нетронутой печёночную вену вряд ли удастся, а значит, придётся идти на двухэтапную операцию. Однако во время ревизии оказалось, что шанс сохранить работоспособный объём печени есть, правда, выполнять операцию предстояло в условиях очень высокого риска кровотечения. Чтобы избежать этого, приходилось на каждом этапе – выделения, разделения и резекции печени – выполнять сосудистую изоляцию, то есть «перекрывать» кровоснабжение органа.

– Когда мы знаем, что воротная вена, печёночная артерия, другие сосуды полностью контролируются турникетами, и мы можем полностью оперировать на сухой печени, опасность массивного кровотечения исключается, – говорит А.Чжао.



Специалисты работали в операционной почти 6 часов и добились оптимальных результатов. Уже в течение первых суток после операции показатели печёночных ферментов были в норме, данные УЗИ также свидетельствовали об адекватном оттоке крови и отсутствии некроза печени, пациент в ясном сознании. Врачи говорят о благоприятном прогнозе.

В дальнейшем, мужчине предстоит несколько курсов адъювантной химиотерапии, он будет регулярно проходить обследование, и, если обнаружатся ранние признаки рецидива опухоли в других органах, хирурги смогут сразу удалить новообразование.

– Сегодня мы имеем в своём арсенале такие хирургические технологии лечения онкологических больных, с помощью которых можно перевести неизлечимое заболевание, от которого умирают, в хроническое заболевание, при котором человек имеет хорошее качество жизни. Использовать эти технологии – задача всех онкохирургов, – считает профессор Чжао.

– При этом каждый специалист, который оперирует на печени, должен знать все нюансы, позволяющие предотвратить интраоперационные и послеоперационные осложнения и добиться хороших результатов. Мы не делаем секрета из своего опыта, наоборот, наша цель – постоянно рассказывать об этих тонкостях как можно большему числу хирургов-гепатологов, чтобы коллеги не совершали тех

ошибок, через которые прошли многие их предшественники на этапах освоения хирургии печени.

В течение года в Институте хирургии выполняется, в среднем, 150 операций резекции печени, из них 45% – расширенные вмешательства. По количеству это не самый большой в стране опыт, зато, если говорить о патологии, по поводу которой здесь оперируют, – метастатический рак печени, доброкачественные новообразования, холангиокарциномы, паразитарные заболевания печени с прорастанием в кровеносные сосуды, – наверное, самый большой. Поэтому решение онкологической клиники, где изначально наблюдался пациент К., направить его на консультацию к гепатологам, а затем и на операцию в ИХВ, здесь расценивают как абсолютно верное.

– Это пример идеального взаимодействия разных лечебных учреждений и врачей разных профилей. При условии, что все друг друга понимают и сообщают на конечный результат, он будет максимально высоким. Если мы видим 4-ю стадию онкологического заболевания и, казалось бы, нерезектабельную опухоль, это ещё не значит, что мы не можем её резецировать: нужно провести химиотерапию, уменьшить размеры опухоли и затем оперировать больного. Но для этого есть определённые сроки, прописанные в междуна-

родных стандартах. А в случаях, когда врач выбивается из этих стандартов, фетишизирует свой метод и забывает о том, что онкологический пациент требует не только химиотерапии, но мультидисциплинарного подхода, это приводит к неудаче. Только совместными усилиями онкохирурга, морфолога, химиотерапевта и радиолога можно выбрать оптимальный индивидуализированный план лечения для каждого пациента. И не обязательно, чтобы все эти специалисты работали в одной клинике, – резюмирует А.Чжао.

Эту же идеологию считает единственно правильной президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов Владимир Вишневский:

– Ответственность врача перед пациентом заключается в том, чтобы оценить свои возможности и особенности данной клинической ситуации: сможет ли он на 100% сделать операцию данному больному успешно, или есть клиники, где её выполнят лучше, потому что там шире арсенал хирургических методик и больше опыт их применения в нестандартных ситуациях. Амбиции хирурга ни в коем случае не должны быть на первом месте, когда мы говорим об операциях высокой степени риска, от которых зависит жизнь пациента.

Вопрос о том, может ли онкологический больной проходить лечение только в условиях онкологического центра, или же допустимо оперировать его в хирургическом стационаре, имеющем опыт онкохирургии, остаётся дискуссионным. Специалисты онкологической службы настаивают на своём приоритете, но, как показывает практика и конкретный случай с пациентом К., нередко больному необходима помощь, выходящая за рамки шаблонов, в которых работают онкохирурги. Поэтому, убеждён профессор Вишневский, правильнее было бы не делить полномочия и сферы влияния, а работать в команде, так как это – в интересах больных.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Москва.

Выводы

Так было и с жителями Бийска 2 года назад, когда они узнали, что принято решение об укрупнении нескольких медицинских организаций. Возникла масса вопросов, на которые приходилось отвечать руководству больниц и которые приходилось решать. Но, как показала практика, от того, что городская больница № 5 Бийска и городская поликлиника № 6 вошли в состав городской больницы № 4, выиграли все – и медицинские работники, и пациенты.

– Началась большая подготовительная работа – встречи с коллективами больниц, с прикрепленным населением, ремонт поликлиник и многое другое. В новом режиме наши учреждения стали работать с 1 января

Польза от реформы

К новшествам в медицине отношение у людей неоднозначное

2016 г., – рассказывает заместитель главного врача городской больницы № 4 Бийска по поликлинике Галина Осокина.

В ходе подготовки к объединению был выполнен целый ряд ремонтных работ.

– Открытие дневного стационара очень облегчило не только работу поликлиники, но и жизнь пациентов. Раньше они либо получали таблетированные препараты, либо должны были ложиться в круглосуточный стационар, что не всегда удобно. Теперь у каждого

жителя имеется возможность 2 раза в год пролечиться в дневном стационаре. Набор лекарственных средств имеется в полном объёме, а, при необходимости, мы имеем возможность заказывать индивидуально для больного дорогостоящие препараты, – отмечает невролог городской больницы № 4 Ольга Крохмаль.

Отремонтировано и здание бывшей 5-й поликлиники, в частности, второй этаж, где теперь тоже находится дневной стационар на 5 терапевтических коек.

Приём пациентов там ведут терапевт, невролог, акушер-гинеколог и зубной врач, имеется смотровой кабинет.

Ведётся приём по 16 специальностям, имеются узкие специалисты, даже такие дефицитные, как, например, ревматолог. Терапевтами больница укомплектована на 60%, а средним медицинским персоналом – на 100%.

– С присоединением к 4-й горбольнице в нашей работе многое изменилось. Стало легче вести приём. Сейчас у нас на приёме

2 медсестры, что гораздо упростило работу – приём идёт быстрее, ведь пока одна выписывает анализы, вторая, например, печатает льготные рецепты, – рассказывает участковый терапевт Галина Новикова.

Изменения к лучшему заметили и пациенты. Светлые просторные кабинеты, открытая регистратура, электронная очередь – всё это стало реальностью.

Таким образом, присоединение к более крупной медицинской организации увеличило финансовые и лечебно-диагностические возможности каждого учреждения, позволило улучшить материально-техническую базу и гарантировало качество и доступность оказания медицинской помощи.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Бийск.

Повысить расходы федерального бюджета на здравоохранение, выделяя на него не менее 7% от всех бюджетных расходов, предлагает законопроект, внесённый в Госдуму РФ фракцией «Справедливая Россия».

Проект есть – веры нет

Проект закона «О внесении изменений в Бюджетный кодекс Российской Федерации в части установления минимального объёма расходов федерального бюджета на здравоохранение, образование и культуру» размещён в автоматизированной системе обеспечения законодательной деятельности. Его представили депутаты-справедливороссы Сергей Миронов, Ольга Епифанова, Михаил Емельянов, Валерий Гартунг, Валерий Газзаев и другие. Авторы документа обосновали необходимость принятия законопроекта ст. 7 Конституции РФ, которая гласит, что политика России направлена на создание условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека.

Согласно проекту, при не менее 7% от всех расходов федерального бюджета в 2017 г. на здравоохранение должно быть направлено 1,2 трлн руб. вместо планируемых с учётом поправок 380,4 млрд. «Представляется, что в условиях ежегодного и существенного снижения расходов федерального бюджета как на образование и здравоохранение, так и на культуру, реализация данной нормы не представляется возможной, а сама норма становится декларативной», – пишут в пояснительной записке авторы проекта. По их мнению, в случае дальнейшего сокращения расходов на здравоохранение «страна не будет развиваться».

Другой причиной разработки законопроекта депутаты назвали планомерное снижение расходов на здравоохранение: в 2017 г., по данным фракции, всего на эти цели будет потрачено 362 млрд руб., в то время как в 2016 г. на здравоохранение из бюджета было выделено 544 млрд. Отдельные виды медицинской помощи предлагается в этом году серьезно со-

кратить: расходы на стационарную медпомощь – с 243 до 148 млрд руб.; на амбулаторную помощь – с 113,4 до 68,995 млрд. Таким образом, расходы на здравоохранение составят 2,7% от общего объёма расходов федерального бюджета, говорится в пояснительной записке к законопроекту.

Выходом из ситуации, по мнению авторов проекта, может стать изменение приоритетов бюджетной политики, то есть перераспре-

проекта бюджета на ближайший финансовый год.

Расходы «растут», а проблемы остаются

«Задача депутатов – добиваться увеличения бюджета здравоохранения», – заявил при обсуждении проекта федерального закона «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2017 г. и на

ства, гинекологии и перинатологии им. В.И.Кулакова, 300 млн – Институту хирургии им. А.В.Вишневского.

В то же время депутаты отметили, что, несмотря на увеличение бюджетных ассигнований, многие острые проблемы медицины, особенно в регионах, остаются открытыми. Власти субъектов Федерации требуют принятия мер по оказанию финансовой помощи целевого характера для покрытия расходов на обеспечение лекар-

в материалах к законопроекту недостаточно обоснований, подтверждающих внесение изменений, что не позволяет оценить объективность предлагаемых мероприятий.

Подводя итоги обсуждения, Д.Морозов отметил, что Минздраву России необходимо в будущем обеспечивать участие депутатов Государственной Думы РФ в рассмотрении бюджетных показателей задолго до внесения законопроекта в парламент на стадии формирова-

Обсуждение

Удастся ли повысить расходы на здравоохранение?

В Государственной Думе РФ обсуждают и рассматривают бюджетное финансирование медицины

деление уже имеющихся средств. При этом условии не потребуются включать в федеральный бюджет дополнительные статьи расходов.

В Правительстве России с этим положением законопроекта не согласились. Как следует из заключения, подписанного руководителем аппарата кабинета министров Сергеем Приходько, на реализацию закона в случае его принятия потребуется дополнительно 1,7 трлн руб. «Представленные с законопроектом материалы не содержат расчётов, подтверждающих необходимость дополнительных расходов федерального бюджета», – указано в заключении Правительства.

К тому же, депутатская инициатива противоречит принципам бюджетной системы страны. В их числе – принцип сбалансированности бюджета, то есть соответствие расходов и доходов и поступлений для устранения его дефицита.

Однако депутаты предлагают всё-таки утвердить предложенную в законопроекте норму о минимальном уровне расходов на соцсферу в кратчайшие сроки для использования при составлении

плановый период 2018 и 2019 гг.» на заседании Комитета Госдумы РФ по охране здоровья его председатель Дмитрий Морозов. Ключевые направления распределения бюджетных ассигнований на реализацию государственной программы «Развитие здравоохранения» в 2017 г., которые представили заместитель министра здравоохранения Наталья Хорова и заместитель министра финансов Антон Котляков, вызвали широкое обсуждение.

Указанным законопроектом объём бюджетных ассигнований на реализацию этой госпрограммы увеличен на 1,8 млрд руб. Преимущественно это расходы на инвестиции и закупку оборудования, которые ранее были заморожены при формировании бюджета. По словам Н.Хоровой, даже с учётом проведённой модернизации износ основных фондов отрасли в 2015 г. составил 54,7%. Комитет поддержал выделение 200 млн руб. Центральному научно-исследовательскому институту травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова Минздрава России, 250 млн – Научному центру акушер-

ственными препаратами в ходе лечения заболеваний, включённых в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности.

Крайнюю обеспокоенность комитета вызывает проблема недостаточного финансирования медицинских вузов. Необходимо увеличить норматив финансовых затрат на одного учащегося в год на практическую подготовку врачей в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов. Д.Морозов напомнил, что комитет уже представлял свою позицию по данному вопросу заместителю председателя Правительства РФ Ольге Голодец, а также Минздраву, Минфину и Минобрнауки.

Члены комитета отметили, что законопроект в случае его принятия, к сожалению, практически не влияет на ситуацию в первичном звене здравоохранения.

Участники заседания, в том числе аудиторы Счётной палаты РФ, обратили внимание на то, что

пределных объёмов бюджетных ассигнований федерального бюджета на реализацию государственных программ.

Однако в целом члены комитета поддержали данный законопроект с учётом высказанных замечаний. В настоящее время он готовится в палате к рассмотрению во втором, основном чтении, когда вносятся основные поправки.

Ранее с предложением ввести запрет на снижение бюджетных расходов на образование, здравоохранение и социальное обеспечение ниже определённой планки выступила О.Голодец. По её словам, можно говорить о планке в 5,2% от ВВП на здравоохранение и 5,1% – на образование вместо сегодняшних 3,7 и 3,6% соответственно. Однако, как отметил председатель совета фонда «Центр стратегических разработок» экс-министр финансов РФ Алексей Кудрин, введение такого бюджетного правила для расходов на соцсферу потребует повышения налогов в стране.

Константин ШАРЬИН.

МИА Сити!

Акценты

Несколько лет в стране под эгидой Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины Минздрава России реализуется социально-образовательная программа по профилактике рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний. Недавно в её рамках был проведён онлайн-опрос «Как вернуть моду на спорт и здоровое питание среди школьников».

Согласно статистике, из-за пассивного образа жизни и неправильного питания примерно 4 из 5 детей выходят из школы с проблемами здоровья различной тяжести. Уже в 16 лет 60% юношей и 40% девушек имеют факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся основной причиной смертности в России и мире. Одним из главных факторов риска многих заболеваний стала избыточная масса тела.

Родители школьников ответили на вопросы о питании детей, физической нагрузке, осведомлённости о здоровом образе жизни. Результаты показали, что лишь у 39% детей соотношение роста и веса соответствует возрастным нормам, 31% школьников страдают от лишнего веса, 30% – от его недостатка. У 21% за время обучения в школе появились хронические заболевания, 28% детей пропускали занятия в школе по болезни более трёх раз в год.

Как выяснилось, 60% родителей считают, что у их детей вполне здоровые рацион и режим питания. При этом завтракают дома каждый день две трети детей, из

ЗОЖ – со школьной скамьи

Как вернуть моду на спорт и полноценное питание школьникам



Ответственное отношение к здоровью начинается с детства

них 25% едят утром каши и почти столько же – бутерброды. Ровно половина потом питается в школьной столовой, получая полный обед, а 35% детей остаются без горячего питания.

Вызывает беспокойство и тот факт, что более 35% употребляют овощи и фрукты всего 2-3 раза в неделю или ещё реже. А вот фаст-фуд почти четверть детей употребляет несколько раз в неделю или даже несколько раз в день. Любимые напитки более чем у трети детей – сладкие газированные, бутилированные и

пакетированные, и только 26% выбирают простую или минеральную воду.

При этом физическая активность в школе крайне недостаточна: 16% детей не посещают уроки физкультуры, большинство – по состоянию здоровья. Хотя для 40%, как оказалось, это единственная регулярная физическая нагрузка!

Почти половина родителей рассказывает своим детям о пользе ЗОЖ, и 21% семей воспитывают детей на личном примере, придерживаясь здорового питания

и физической активности. Небольшой процент родителей признался, что их детям информация о ЗОЖ не нужна.

Изменить отношение школьников к здоровью можно, однако необходимо принимать во внимание физические и психологические особенности подрастающего поколения.

«При выборе профилактических мероприятий следует учитывать возможные факторы риска и реальные потребности активно растущего организма. Клинически доказано, что сбалансированное питание, поддержание индекса массы тела в рамках возрастной нормы в сочетании с адекватной физической нагрузкой благоприятно влияют на снижение распространённости факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. Следовательно, привычку здорового образа жизни необходимо формировать с детства. Создание отдельной программы по популяризации здорового образа жизни среди детей поможет снизить распространённость хронических неинфекционных заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых», – отметила главный терапевт Минздрава России, первый заместитель директора по научной и лечебной работе, и.о. директора ГНИЦ

профилактической медицины, член-корреспондент РАН Оксана Драпкина.

Вырабатывая подходы к решению проблемы, необходимо учитывать психологические закономерности процесса формирования ответственного отношения к собственному здоровью.

«Воспитание у детей правильного отношения к собственному здоровью и здоровому образу жизни необходимо осуществлять с самого раннего возраста на основе чётких принципов, главными из которых являются последовательность, регулярность и долговременность воздействия. И в эту работу необходимо включать всё то окружение ребёнка (родители, учителя, медицинские работники, представители досуговых и спортивных кружков и секций), которое так или иначе способно повлиять на формирование его поведения, демонстрируя позитивные модели и обучая практическим навыкам бережного отношения к своему здоровью», – подчеркнула ведущий научный сотрудник ГНИЦ профилактической медицины кандидат психологических наук Марина Котова.

Елена ЛЬВОВА.

Москва.

Фото Александра ХУДАСОВА.

Кожный покров является «визитной карточкой» тела человека. Многообразие функций кожи и воздействие большого количества внутренних и внешних факторов обуславливают разнообразие кожных заболеваний. В ряду дерматозов псориаз – одна из наиболее часто встречающихся и не до конца изученных патологий. В рамках недавно прошедшего в столице XVII Всероссийского съезда дерматовенерологов и косметологов специалисты обсуждали современные возможности и новые подходы к лечению этого серьёзного хронического заболевания.

Об особенностях течения, диагностике и инновационных методах терапии псориаза «МГ» рассказал заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии Российской медицинской академии непрерывного медицинского образования Минздрава России член-корреспондент РАН Алексей КУБАНОВ.

– Алексей Алексеевич, мы встретились с вами в кулуарах съезда, который уже стал традиционным и ожидаемым ежегодным мероприятием для специалистов со всей страны. Что важного и нового в обширной научной программе форума вы бы хотели отметить для практикующих врачей и в целом системы здравоохранения?

– Мероприятия подобного уровня являются площадкой для обсуждения самых острых вопросов, обмена мнениями и опытом, поиска совместных решений. Особое внимание в рамках нынешнего съезда уделено системе непрерывного медицинского образования (НМО) – данной теме посвящено отдельное секционное заседание. Этот вопрос очень важен, поскольку, как вы знаете, в настоящее время происходит трансформация образовательного процесса врачей – до 2020 г. реализуется модель отработки основных принципов НМО.

Что здесь нового? Во-первых, специалисты проходят обучение на добровольной основе и сами выбирают себе программы. Во-вторых, внедрена балльная система, по которой за каждое посещение мероприятия, в том числе и наш съезд, конференцию, семинар или мастер-класс, а также самостоятельное обучение в интернете специалисту начисляются баллы. По сумме этих баллов затем определяется, насколько он компетентен и может ли продолжать свою профессиональную деятельность.

Такая система оценки профессионализма уже давно работает на Западе, и я считаю, что за ней будущее. Медицина постоянно развивается, и врач должен быть в курсе этих изменений. Вместе с тем знания специалистов нужно как-то оценивать, и балльная система, на мой взгляд, самый подходящий для этого инструмент. Конечно, чтобы к ней адаптироваться, понадобится время, но мы уверены, что в результате эта система значительно поднимет качество оказания медицинской помощи.

Среди других актуальных вопросов съезда – развитие телемедицины, клинические рекомендации, коррекция эстетических недостатков и, конечно, профессиональные направления диагностики, лечения и профилактики распространённых дерматозов, в том числе, псориаза.

– Насколько значима проблема псориаза для современного общества?

– Согласно статистике, в нашей стране псориазом страдает порядка 300 тыс. человек. По влиянию на качество жизни он со-



А. Кубанов

терапию, в том числе биологическими препаратами.

Однако имеется и обратная сторона – высокий риск развития нежелательных реакций на проводимую терапию. Другим недостатком биологической терапии псориаза может быть «ускользание» терапевтического результата», то есть значительное снижение эффективности проводимого лечения со временем. Всё это в совокупности и определяет поиск новых и безопасных методов лечения.

– Какие нежелательные реакции отмечаются у пациентов, получающих системную терапию?

– Если коротко, то в двух принципиальных вещах. За сравнительно небольшой период времени появился новый класс лекарственных препаратов, обладающих малой молекулярной массой – «малые молекулы».

Благодаря малой молекулярной массе препарат попадает внутрь клеток иммунной системы, где стимулирует выработку противовоспалительных молекул и снижает продукцию провоспалительных факторов. Малые молекулы работают универсально – блокируют передачу патологического импульса вне зависимости от того, каким цитокином активирована клетка. И главная особенность: препарат, воздействуя на активированные клетки, не вызывает значительного угнетения иммунитета.

– Как вы отметили, в рамках съезда обсуждались клинические рекомендации и протоколы лечения. Расскажите, пожалуйста, о новых тенденциях в этих направлениях.

– Сессия по обсуждению клинических рекомендаций была основополагающей, потому что именно они являются руководством в ежедневной практике врача и именно от них он отталкивается при выборе схемы лечения в каждом конкретном случае.

Помимо изменения самих рекомендаций, добавления в них новых инновационных препаратов, изменился и формат, в котором эти документы представлены. Была проведена большая работа, и теперь клинические рекомендации собраны на едином портале и носят унифицированный характер,

Новые подходы

Малые молекулы в лечении псориаза

О непрерывном медицинском образовании, клинических рекомендациях и последних тенденциях в терапии заболевания

поставим с инфарктом миокарда, лимфомой, сахарным диабетом. Достаточно часто, когда заболевание проявляется на видимых участках тела, больные испытывают психологические проблемы, страдают депрессией.

Почти в трети случаев течение псориаза осложняется псориатическим артритом. Процесс может затронуть суставы кистей и стоп, коленные суставы, позвоночник. Заболевание сопро-

– Довольно часто встречаются поражения печени и почек, снижение иммунитета, увеличение риска развития некоторых онкологических заболеваний. Таким образом, стандартную терапию очень часто нельзя назначать людям, у которых в анамнезе значится почечная недостаточность, метаболический синдром, сахарный диабет, хронические инфекции, онкологические заболевания.

– Какое будущее вы видите за этим классом препаратов?

– Современное лекарственное средство должно быть не только эффективным, безопасным, но и удобным в применении. Это повышает приверженность пациентов к терапии, улучшает качество их жизни. Для современного человека с большой занятостью, плотным графиком, очень важно, чтобы лечение было комфортным. Это таблетированные препараты,

в частности, внедрён алгоритм ведения больных. Это очень удобно для использования – все документы имеют одинаковые разделы, в них хорошо прописаны различные группы пациентов, как их диагностировать и что назначать.

В этом плане мы не отстаём от зарубежных коллег: способствуем оперативному внедрению новых эффективных методов лечения, участвуем в клинических исследованиях, апробации самых последних разработок лекарственных средств и методик. Всё самое современное и перспективное, доказавшее свою эффективность для здравоохранения и безопасность для пациентов, незамедлительно внедряется в практику российских врачей. Мы также стараемся, чтобы новые эффективные и безопасные средства и методики стали доступными как для лечащих врачей, так и для нуждающихся в них больных.

– Каких основных итогов вы ждёте по завершении съезда? Какие планы у Российского общества дерматовенерологов и косметологов на вторую половину года?

– Как я уже сказал, медицинская наука развивается стремительно, и самое важное для врача – за ней успевать. От этого зависит жизнь и судьбы пациентов, их благополучие. И главным результатом съезда должно явиться то, насколько полно мы донесли эту информацию – рассказали о самых последних изменениях, нововведениях, дополнениях и прочих вещах, способных улучшить работу наших врачей, сделать лечение их пациентов более качественным и безопасным.

Что касается планов общества – у нас впереди конференции в Центральном, Сибирском, Северо-Западном федеральных округах, в Крыму, Поволжье и много других мероприятий. Так что каникул летом у нас не предвидится.

Беседу вела
Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».



Панельная дискуссия «Псориаз и псориатический артрит: два диагноза, одна болезнь» в рамках съезда

вождается постоянными болями и при отсутствии своевременной эффективной терапии может привести к частичному или полному ограничению подвижности.

– С чем связаны основные сложности терапии этого заболевания на современном этапе?

– За последние годы мы значительно продвинулись в плане понимания патогенеза заболевания. И если лет 30 назад при лечении больных псориазом в основном использовались лекарственные средства, преимущественно местного действия, то сегодня появилась возможность использовать более эффективную системную

– Что инновационного в лечении псориаза?

– Последние десятилетия разработки лекарственных средств велись в направлении повышения эффективности терапии, и особенно, безопасности проводимого лечения. Появились новые классы лекарственных средств, отвечающие основным потребностям врачей и больных. Определяющим становится соотношение «риск – польза», и с этой точки зрения инновационные препараты с «более точечным» механизмом действия становятся настоящим прорывом.

– В чём заключается про-

рыв? применение которых не требует постоянного вовлечения пациента в контроль своего лечения, что, несомненно, является важным преимуществом в плане повышения приверженности к лечению.

Медицина развивается очень быстро, и я думаю, что в ближайшее время инновационные препараты станут более доступными всем пациентам, которые в них нуждаются. Плюс, есть потенциал использования инновационных препаратов и для лечения других заболеваний – этот вопрос сейчас изучается и кто знает, может быть вскоре он поможет справиться и с другими проблемными недугами.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 51 (2081)

(Продолжение.)

Начало в № 53 от 21.07.2017.

Правовое регулирование

Оказание скорой психиатрической помощи регламентируется Законом Российской Федерации № 3185-1 от 02.06.1992 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при её оказании» (далее – Закон) и приказом Министерства здравоохранения РФ № 108 от 08.04.1998 «О скорой психиатрической помощи» (далее – приказ). Согласно этим нормативно-правовым актам, определение наличия или отсутствия у лица психического расстройства, а также установление диагноза психического заболевания (по правилам, изложенным в комментарии к части 1 ст. 10 Закона) является компетенцией психиатра. Врачи других специальностей, встречаясь со случаями, вызывающими подозрение на наличие психического расстройства, свои диагностические заключения об этом могут выносить предположительно, например: «Острое психическое расстройство?». В дальнейшем необходима консультация врача-психиатра.

Психиатрическое освидетельствование и госпитализация (медицинская эвакуация), могут быть добровольными или недобровольными, когда пациент освидетельствуется и доставляется в стационар вопреки его желанию. Закон (ст. 23, п. 4) предусматривает, что недобровольное освидетельствование осуществляется в случае, если по имеющимся данным обследуемое лицо совершает действия, дающие основания предполагать; а недобровольная госпитализация – в случае, если у него врачом установлено тяжёлое психическое расстройство, которое обуславливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

При одинаковых критериях недобровольного освидетельствования и госпитализации имеются различия в юридической процедуре. Решение о недобровольной госпитализации принимает врач при соответствии состояния больного пунктам «а», «б» или «в», а решение о недобровольном освидетельствовании врач принимает только в случаях соответствия состояния критерию «а». В случаях, соответствующим только критериям «б» и «в», на недобровольное освидетельствование необходимо получить санкцию судьи.

Согласно требованиям приказа:

1. Вызов психиатрической специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи (далее – психиатрическая бригада) должен быть принят, если пациент находится в неблагоприятных бытовых условиях и «тяжёлое психическое расстройство» у него соответствует любому из трёх критериев. В неблагоприятных социальных условиях (отсутствие наблюдения, ухода за больным, пребывание его вне семьи, на улице и т.д.), беспомощные больные (критерий «б») или больные с плохим клиническим прогнозом без психиатрической помощи (критерий «в») становятся опасными для себя. В этих случаях критерии «б» и «в» статьи 23, п. 4 совпадают с критерием «а» и пациент должен быть недобровольно освидетельствован психиатром скорой помощи. Решение о госпитализации в недобровольном порядке принимается при соответствии его психического состояния критериям статьи 29 Закона.

2. Диспетчер (дежурный врач) скорой медицинской (психиатрической) помощи, принимая вызов, может быть введён в заблуждение тем, что обращающиеся ошибочно оценили и представили действия лица как болезненные или предвзято изложили факты. В подобных случаях, если данное лицо отказывается от психиатрической (медицинской) помощи, психиатр, прибыв по месту вызова и

оценив ситуацию, самостоятельно решает вопрос о проведении психиатрического освидетельствования и может отказаться от его проведения или, проведя беседу с данным лицом, может установить только то, что оно не нуждается в неотложной психиатрической (медицинской) помощи в недобровольном порядке, поскольку такая помощь, при негативном к ней отношении, может быть оказана только путём недобровольного помещения в психиатрический стационар, а признаков соответствия состояния лица критериям недобровольной госпитализации (статья 29, критерии «а», «б», «в») нет. Врач-психиатр при этом не решает вопрос, страдает ли данный

Оказание скорой медицинской помощи при психических расстройствах и расстройствах поведения

Клинические рекомендации

человек психическим заболеванием и в каком виде психиатрической помощи он нуждается. Он лишь устанавливает, что данное лицо не нуждается в неотложной психиатрической помощи в недобровольном порядке. Именно об этом врач делает обоснованную запись в медицинской документации. В этих случаях недобровольное освидетельствование считается непроведённым, а врач не нарушает ст. 23 Закона о психиатрической помощи. Пациенту, заявителю, сделавшему вызов психиатра, и другим присутствующим лицам следует разъяснить обстоятельства, необходимые для принятия решения о психиатрическом освидетельствовании.

В приказе обращено внимание на другие правовые положения, регулирующие оказание скорой психиатрической помощи:

1. Закон не выделяет ни одного из трёх («а», «б», «в») критериев недобровольной госпитализации в качестве главного. Во избежание невыполнения врачебного долга недопустима абсолютизация критерия опасности пациента для себя и окружающих («а») как наиболее доказательного, и игнорирование двух других критериев. Важно, чтобы решение врача было всегда достаточно мотивировано описанием психического состояния пациента.

2. В случаях, когда пациент по своему психическому состоянию не может выразить своё отношение к госпитализации (обратиться с просьбой или дать согласие), когда он, например, находится в состоянии помрачённого сознания (делирий, онейроид, сумеречное состояние), или когда имеет место острый психоз с выраженной растерянностью, крайней загруженностью психотическими переживаниями, или выраженное слабоумие, при котором личностное отношение к факту госпитализации установить невозможно (но легко склонить такого пациента к подписи под документом о согласии на госпитализацию) – во всех этих случаях помещение в больницу должно оформляться только как недобровольное.

3. Недобровольная госпитализация (медицинская эвакуация) начинается с момента реализации принятого врачом-психиатром решения о помещении пациента в больницу, независимо от его желания, после его освидетельствования по месту вызова, поскольку с этого момента в случае необходимости принимаются меры принуждения.

4. В направлении на госпитализацию психиатр должен дать предметное и доказательное описание психического со-

стояния пациента, из которого достаточно определённо можно заключить, что оно соответствует одному из трёх критериев недобровольной госпитализации.

5. В соответствии с ч. 3 статьи 30 Закона работники полиции принимают меры для предотвращения действий, угрожающих жизни и здоровью окружающих со стороны госпитализируемого лица или других лиц, а также при необходимости для розыска и задержания лица, подлежащего госпитализации (медицинской эвакуации). Сотрудники полиции обязаны оказывать содействие медицинским работникам при осуществлении недобровольной госпитализации и обеспечивать безопасные условия доступа к госпитализируемому лицу и его осмотра. Это вытекает также из более общих положений статей 2 и 27 (ч. 2) Федерального закона № 3-ФЗ от 07.02.2011 «О полиции», где указано, что в задачи полиции входит обеспечение личной безопасности граждан, охрана общественной безопасности, а также оказание помощи должностным лицам и

емые конкретной обстановкой и особенностями состояния больного, должны выполняться быстро, согласованно и точно.

5. Распоряжения врача, имеющие отношение к больному, не всегда могут делаться открыто, иногда они даются в условной форме, негромким голосом, по ходу беседы. В связи с этим, медицинскому персоналу необходимо быть постоянно внимательным, не отвлекаться, следить за ходом беседы врача, незамедлительно выполняя указания.

6. В случае, если больной возбуждён, напряжён, подозрителен, фельдшеры скорой медицинской помощи (санитар) психиатрической бригады занимают места в непосредственной близости к больному таким образом, чтобы предупредить возможный опасный поступок или побег. Необходимо внимательно следить за поведением больного (направлением взгляда, движениями рук, мимикой и др.). Режущие, тяжёлые предметы, сосуды с неизвестной жидкостью удаляются на безопасное расстояние.

учреждениям в осуществлении их законных прав и интересов. Отмечается также, что полиция обязана оказывать помощь гражданам, находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни, принимать сообщения о событиях, угрожающих личной и общественной безопасности и своевременно принимать меры. Поэтому помощь медицинским работникам в случае необходимости при неотложной госпитализации – одна из форм выполнения полицией своих обязанностей.

6. Обеспечение безопасности

Применение мер безопасности регламентируются приказом. Скорая психиатрическая помощь оказывается пациентам, которые нередко страдают тяжёлыми психическими расстройствами и по своему психическому состоянию могут представлять опасность для себя и/или для окружающих. При этом такие меры, как газовые баллончики, наручники не применяются. Необходимо строгое выполнение ряда мер, направленных на предупреждение суицидальных действий, агрессии, нанесения повреждений самому больному, окружающим его лицам и медицинскому персоналу.

1. Диспетчер (дежурный врач), приняв вызов и получив сведения о больном, совершившем опасные поступки или высказывающем угрозы, обязан информировать психиатрическую бригаду о высоком риске агрессии (аутоагрессии), сообщив подробности поведения больного. В соответствии со степенью опасности, особенно в случаях, когда больной вооружён, забаррикадировался, владеет приёмами борьбы, рукопашного боя, врач перед выездом передаёт вызов сотрудникам полиции.

2. Медицинскому персоналу психиатрической бригады, прибывшему по месту вызова, необходимо помнить, что поведение больного в условиях оказания психиатрической помощи под влиянием психопатологических расстройств может внезапно меняться, носить непредвиденный, импульсивный характер и приобретать крайнюю опасность как для больного, так и для окружающих.

3. При осмотре больного поведение членов психиатрической бригады должно быть спокойным, сдержанным, без суетливости, излишних движений, которые могут спровоцировать агрессию. Беседа с больным должна проводиться в уважительной, доброжелательной, корректной форме.

4. Принимаемые психиатрической бригадой по указанию врача меры, определя-

7. Осмотр психически больных в учреждениях, на производстве осуществляется, по возможности, в отдельном помещении, в отсутствие сотрудников, без излишней огласки (необходимо принять меры, чтобы избежать ситуации, которая, по мнению пациента, может его компрометировать в глазах окружающих), а также вдали от работающих агрегатов.

8. Осмотр больного на предмет обнаружения и изъятия спрятанного им оружия, опасных предметов, медикаментов, а также документов производится по указанию врача (обычно перед транспортировкой).

9. Если больной заперся в помещении, забаррикадировался, следует выяснить у окружающих физические возможности укрывающегося, имеет ли пациент оружие, куда выходят окна и др. В необходимых случаях врач принимает решение о вызове сотрудников полиции, пожарных или спасательных служб.

10. До применения мер удержания (физического стеснения, иммобилизации), если они необходимы, в начале целесообразно попытаться уговорить больного, используя помощь окружающих, особенно лиц, пользующихся его доверием. В отдельных случаях, в связи с особенностями состояния больного иммобилизацию его необходимо провести немедленно.

11. Когда больной возбуждён, склонен к агрессии, чтобы избежать прямого удара (особенно ногой) всегда стараться находиться сбоку или несколько сзади от него. Если необходимость заставляет быть впереди больного, рекомендуется повернуться к нему несколько боком, выставив ногу вперёд, смягчая тем самым возможный удар.

12. Для сопровождения возбуждённого и агрессивного, оказывающего сопротивление пациента используют следующие приёмы:

а) находясь сбоку от больного, каждый из работников психиатрической бригады охватывает его корпус руками, удерживая запястья его рук;

б) подойдя сбоку или сзади, быстро и энергично берут его руки крест-накрест за спину (стоящий слева берёт правую руку пациента, справа – левую). Препровождая пациента, идут сбоку от него, а не сзади (опасность удара ногой);

в) лежащего больного стараются повернуть на живот, фиксируя руки за спиной. Запрещается применение любых грубых мер физического воздействия;

г) если больной обороняется холодным оружием, палкой и др., приближаться к

нему следует нескольким сотрудникам с разных сторон, держа перед собой какой-либо предмет (одеяло, пальто, матрац, стул и др.).

13. Маршруты пешеходного сопровождения больного не должны быть большими (по переходам корпусов больниц, учреждений и т.п.).

14. При посадке больного в транспорт следует проявлять осторожность в связи с возможностью травматизации.

Во время транспортировки постоянно нужно контролировать поведение больного. Беседа (при возможности установления контакта) не должна затрагивать его болезненных переживаний, она должна быть отвлекающей и успокаивающей.

При транспортировке в ночное время, если это определяется состоянием больного (делирий и др.), необходимо включить освещение в салоне автомобиля. Следует помнить, что при посадке из автомобиля непосредственно перед приёмным отделением психиатрического стационара больные могут предпринять попытку к бегству, проявить в связи с этим, агрессию.

15. Автотранспорт должен располагаться на возможно более близком расстоянии ко входу в помещение, удобном для быстрой посадки или высадки больного. Состояние автотранспорта должно соответствовать техническим и санитарно-гигиеническим требованиям (исправное отопление, отсутствие посторонних предметов, каких-либо плакатов, загазованности, не следует включать музыку и др.).

16. Транспортировать в автомобиле можно не более одного больного в состоянии возбуждения.

17. По прибытии, следует сообщить персоналу приёмного отделения об особенностях состояния больного, представляющего опасность. В необходимых случаях оказать помощь персоналу приёмного отделения.

18. Одежда сотрудников психиатрической бригады не должна препятствовать движениям, в карманах не должно быть твёрдых предметов, которые могут явиться причиной травмы при иммобилизации больного.

19. Применённые меры по удержанию больного, его иммобилизации должны быть отражены врачом в направлении на госпитализацию (характер, длительность применения).

Применение мер физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывания в медицинской организации, оказывающей психиатрическую помощь в стационарных условиях, регламентируется ст. 30 ч.2 Закона. Меры физического стеснения и изоляции при недобровольной госпитализации и пребывании в психиатрическом стационаре являются крайними мерами. Их применение возможно только в тех случаях, когда иными методами невозможно предотвратить действия госпитализированного лица, представляющие непосредственную опасность для него или других лиц.

Решение о применении ограничительных мер принимает врач-психиатр. Он также определяет формы и период времени, на который эти меры устанавливаются, делая соответствующую запись в медицинской документации. Мерами физического стеснения и изоляции являются исключение нанесения переломов и увечий формы сдерживания больного персоналом или фиксации больного с помощью широких эластичных полос материи, ремней (специальные кровати с ремнями, специальные манжеты и др.), изоляция в отдельной палате и т.п. Такие меры осуществляются исключительно при постоянном контроле медицинского персонала.

Общие рекомендации по лечебным мероприятиям при острых психических расстройствах

При оказании скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе лицам, страдающим психическими расстройствами, нередко возникает необходимость в проведении медикаментозной терапии. Проведение лечебных мероприятий показано как в случае принятия врачом решения о госпитализации пациента, так и в ситуациях, не сопровождающихся госпитализацией.

1. В случае принятия врачом решения о госпитализации пациента, назначение лекарственных средств показано для купирования или уменьшения выраженности психомоторного возбуждения. В зависимости от особенностей клинической кар-

тины и причины, вызвавшей возбуждение, применяются нейролептики седативного (хлорпромазин, левомепромазин) и антипсихотического действия (галоперидол), транквилизаторы (феназепам, диазепам).

2. Применение психотропных средств для уменьшения аффективной напряжённости, смягчения тревоги и страха, способствует большей безопасности при транспортировке пациента и приводит к уменьшению использования мер удерживания, фиксации, иммобилизации возбуждённого больного в соответствии с Законом о психиатрической помощи.

3. Купирование или уменьшение психомоторного возбуждения с помощью лекарственных средств особенно показано в тех случаях, когда транспортировка больного занимает значительное время. На этом этапе, при наличии показаний, необходимо проводить лечебные мероприятия, направленные на коррекцию сопутствующих расстройств (судорожных припадков, явлений отёка мозга, расстройства гемодинамики и др.).

4. При критических состояниях, наряду с применением психотропных средств, необходимо проведение комплекса терапевтических мероприятий, направленных на коррекцию и стабилизацию жизненно важных функций организма: восстановление объёма циркулирующей крови, коррекцию дыхательных и метаболических нарушений, коррекцию нарушений микроциркуляции и гемокоагуляции, предупреждение сердечно-сосудистой недостаточности, восстановление функции почек и др. При психомоторном возбуждении предпочтительнее следует отдавать транквилизаторам.

После оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе, дальнейшую терапию таким пациентам целесообразно проводить в отделениях интенсивной терапии и реанимации.

5. В случаях проведения лечебных мероприятий, не сопровождающихся госпитализацией пациента, речь идёт о состояниях, в том числе, не представляющих собой тяжёлого психического расстройства, однако требующих неотложной помощи, которая может быть оказана во внебольничных условиях. Сюда относятся, в частности, расстройства непсихотического уровня (неврозы, психогенные реакции, декомпенсации при психопатиях), некоторые случаи транзиторных и рудиментарных экзогенно-органических психических нарушений (транзиторные психические расстройства сосудистого, интоксикационного генеза, часть аффективных, психопатоподобных состояний при хронических психических заболеваниях, побочные эффекты психотропных средств, назначаемых пациентам в психоневрологических диспансерах).

6. Дозы лекарственных препаратов, а также объём терапии изменяются в зависимости от выраженности психических расстройств, возраста, соматического состояния пациента, времени транспортировки до стационара и других факторов. Применение высших разовых доз психотропных средств допустимо у соматически здорового пациента. Если психические расстройства возникли на фоне глубоких метаболических расстройств (интоксикация, тяжёлые соматические состояния, инфекции и пр.), следует применять минимальные дозы или отказаться от введения сильнодействующих психотропных препаратов. В этих случаях наиболее безопасным и эффективным является парентеральное введение транквилизаторов.

Психические расстройства, при которых возникают состояния, требующие оказания скорой медицинской помощи

Органические, включая симптоматические, психические расстройства (F00-F09).

Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов. Причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами). Органические, включая симптоматические психические расстройства, возникают в связи:

- с травмой головного мозга;
- с сосудистым заболеванием;
- с эпилепсией;
- с опухолью головного мозга;
- с ВИЧ-инфекцией;
- с нейросифилисом;
- с другой вирусной или бактериальной нейроинфекцией;
- с другими заболеваниями;
- со смешанными заболеваниями;
- с неуточнёнными заболеваниями.

Неотложные состояния при органических (в том числе симптоматических) психических расстройствах

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами (галлюцинаторно-бредовое, маниакальное, депрессивное, кататоническое, аментивное)
- Ступор (депрессивный, кататонический)
- Психотические состояния без нарушения витальных функций (делирий, галлюцинозы, бредовые расстройства)
- Психотические состояния с нарушением витальных функций (мусситирующий делирий, аменция).

Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ (F10-F19).

Этот блок содержит широкий спектр различных по тяжести и клиническим проявлениям расстройств, развитие которых всегда связано с употреблением одного или более психоактивных веществ (ПАВ), предписанных или не предписанных по медицинским показаниям. Идентификация психоактивного вещества должна основываться на возможно большем числе источников информации. К ним относятся данные, сообщённые самим индивидом, результаты исследования крови и других биологических жидкостей, характерные соматические и психологические признаки, клинические и поведенческие симптомы, а также другие очевидные данные, такие, как вещество, находящееся в распоряжении пациента, или информация от третьих лиц.

Неотложные состояния при психических расстройствах и расстройствах поведения, связанных с употреблением психоактивных веществ

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами
- Синдромы отмены алкоголя, опиоидов или других ПАВ
- Психотические состояния без нарушения витальных функций (алкогольный делирий и др. металкольные психозы, интоксикационные психозы в результате употребления ПАВ и др.)
- Психотические состояния с нарушением витальных функций (мусситирующий делирий и др.)

Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29)

Шизофренические расстройства обычно характеризуются существенными и характерными искажениями мышления и восприятия, а также аффективными нарушениями. Ясное сознание и интеллектуальные способности обычно сохраняются, хотя с течением времени может иметь место определённое снижение познавательных способностей. Диагноз шизофрении устанавливается, если на протяжении большей части психотического эпизода длительностью не менее одного месяца (или в течение какого-либо времени в большинстве дней) должны отмечаться все или несколько признаков:

- ощущение отражения мыслей (эхо), вкладывания чужой или похищения собственной мысли, передачи мысли на расстояние;
- бредовое восприятие и бред контроля извне;
- слуховые галлюцинации, комментирующие или обсуждающие больного в третьем лице;
- беспорядочность мысли и симптомы негативизма.

Течение шизофренических расстройств может быть продолжительным или эпизодическим с прогрессированием или стабильностью нарушений; это может быть один или несколько эпизодов болезни с полной или неполной ремиссией. При наличии выраженной депрессивной

или маниакальной симптоматики диагноз шизофрении не следует ставить до тех пор, пока не будет ясно, что шизофреническая симптоматика предшествовала аффективным нарушениям. Не следует диагностировать шизофрению и при наличии очевидной болезни мозга, а также в течение наркотической интоксикации или абстиненции.

Острые и преходящие психотические расстройства. Характеризуются острым развитием бреда, галлюцинаций, бессвязной и разорванной речи, выступающих изолированно или в любой комбинации. Промежуток времени между появлением любого психотического симптома и развитием полной клинической картины расстройства не превышает 2 недели.

Шизоаффективное расстройство. Эпизодические расстройства, при которых одинаково ярко проявляется шизофреническая и аффективная симптоматика, на основании которой невозможно поставить диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода.

Неотложные состояния при шизофрении, шизотипических и бредовых расстройствах

- Агрессия
- Аутоагрессия
- Психомоторное возбуждение без психотических симптомов
- Психомоторное возбуждение с психотическими симптомами
- Ступор
- Психотические состояния без нарушения витальных функций
- Психотические состояния с нарушением витальных функций.

Расстройства настроения (аффективные расстройства) (F30-F39)

Этот блок включает в себя расстройства, при которых основным нарушением является изменение эмоций и настроения в сторону патологического снижения или повышения настроения. Изменения настроения обычно сопровождаются изменениями общего уровня активности. Большинство других симптомов являются вторичными.

Маниакальные синдромы

Гипомания. Состояние, характеризующееся устойчивым подъёмом настроения, повышенной энергичностью, активностью и ощущением благополучия. Отмечается повышенная сексуальность и сниженная потребность во сне. Гипомания обычно не приводит к социальной декомпенсации, не сопровождаются галлюцинациями или бредом и зачастую такие пациенты остаются вне поля зрения психиатров.

Мания без психотических симптомов. Настроение приподнято вне связи с реальными обстоятельствами жизни больного и может варьироваться от беззаботной весёлости до почти неконтролируемого возбуждения. Наблюдается ускорение темпа психических процессов, сверхактивность, при этом деятельность непродуктивна. Больные подвижны, многоречивы, отвлекаемы, сексуально расторможены. В некоторых случаях наблюдается раздражительность, конфликтность, агрессивное поведение (гневливая мания)

Мания с психотическими симптомами. В дополнение к описанным маниакальным симптомам отмечается бред (идеи богатства, величия), реде галлюцинации.

Выделяют манию с соответствующими настроению (конгруэнтными аффекту) психотическими симптомами и несоответствующими настроению (неконгруэнтными аффекту) психотическими симптомами. Примером последних может служить развитие бредовых идей преследования у маниакального больного.

(Продолжение следует.)

Александр СОФРОНОВ,
руководитель отдела неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Владимир ПАШКОВСКИЙ,
ведущий научный сотрудник отдела
неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Алла ДОБРОВОЛЬСКАЯ,
научный сотрудник отдела неотложной
психиатрии, наркологии и психореабилитации.

Елена ТЯВОКИНА,
заведующая соматопсихиатрическим
отделением отдела неотложной психиатрии,
наркологии и психореабилитации.

Санкт-Петербургский
НИИ скорой помощи им. И.И.Джанелидзе.

Височно-нижнечелюстной сустав, является самым сложным по своему строению в организме человека. Предупреждение, лечение и реабилитация больных с внутренними нарушениями ВНЧС представляет собой не только актуальную медицинскую, но и социально-экономическую проблему. Длительный, прогрессирующий и ухудшающий качество жизни характер течения внутренних нарушений ВНЧС, затрагивает людей трудоспособного возраста.

В последние годы всё чаще страдают данными заболеваниями пациенты молодого возраста, что обусловлено по мнению специалистов, влиянием стрессовых факторов, зубочелюстных аномалий и распространением заболеваний опорно-двигательного аппарата на фоне малоподвижного образа жизни. Высокая распространённость суставной патологии, ставит задачу поиска новых подходов и методов лечебной коррекции заболеваний ВНЧС. Методы изучения патогенеза и моделирования изменений суставной среды на основе микробных и иммунологических аспектов функционирования суставов позволяют разработать современную концепцию лечения и значительно повысить эффективность используемых методов.

Без видимых причин

Этиология и патогенез внутренних нарушений височно-нижнечелюстного сустава в настоящее время не изучен до конца. Причиной этой проблемы является не полное исследование не только костно-мышечного аппарата ВНЧС, но и синовиальной жидкости.

Состав синовиальной жидкости отслеживается обменными процессами между суставной полостью и сосудистым руслом организма. Исследования показывают, что синовиальная жидкость образуется и постоянно пополняется за счёт веществ, трансудирующих из крови, секреции синовиальных клеток покровного слоя синовиальной оболочки, а также за счёт продуктов изнашивания и смены клеток и основного вещества синовиальной оболочки, постоянно поступающих в полость при нормальной жизнедеятельности суставов.

По данным исследований крупных суставов известно, что по своему химическому составу синовиальная жидкость имеет значительное сходство с плазмой крови в соотношении воды и электролитов. Но существуют и принципиальные различия синовиальной жидкости в суставе и плазме крови. Во-первых, это белковый состав. По результатам исследований, концентрация общего белка в синовиальной жидкости в три раза ниже, чем в плазме крови. При этом $\frac{2}{3}$ глобулинов – это гамма-глобулины. Среди них в норме присутствуют IgG и IgA и не обнаруживаются IgM. По данным некоторых авторов, соотношения альбуминов и глобулинов, близкие к таковым в плазме крови.

В результате использования иммуноферментного анализа и молекулярных технологий позволяет обнаружить в синовиальной оболочке у ряда больных не только бактериальные антигены, но и микроорганизмы, способные к размножению (у некоторых больных удаётся определить бактериальную ДНК).

Материалы и методы

За период 2013-2016 гг. на клинических базах Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова

было проведено лечение 20 пациентов с внутренними нарушениями ВНЧС (см. табл. № 1). Лечение проводилось с применением классической методики артроцентеза

структуры и функции сустава. Стандартизованная методика выполнения МРТ височно-нижнечелюстного сустава и анализа получаемых данных позволили объективно оце-

нить морфологию и функцию элементов сустава. С помощью окклюзионно-стабилизирующего аппарата проводился цикл коррекций в центральной и динамической окклюзии с применением ми-

отонизирующей аппаратуры. Задачей окклюзионного аппарата являлось создание декомпрессии внутрисуставных элементов и восстановление положения нижней челюсти в позиции центрального соотношения челюстей.

Далее проводился малоинвазивный хирургический этап лечения.

Применялась методика:

Артроцентеза и лаважа суставной полости, благодаря чему уменьшается проявление боли за счёт вымывания веществ воспалительного генеза, повышается экскурсия нижней челюсти, снижаются явления внутрисуставных спаечных процессов, уstra-

жидкости, полученный путём пункции височно-нижнечелюстного сустава, включает выделение и идентификацию синовиальной жидкости. Для взятия материала применяли стандартный стерильный сорбирующий тампон, который сразу после взятия материала помещали в полужидкую транспортную среду Эймса.

Содержание α -дефензинов HNP 1-3 определили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью набора реактивов Human HNP 1-3 (Nucult Biotech, Нидерланды). Исследовали плазму крови и синовиальную жидкость, полученную при

Исследования

Микробиологический и иммунологический анализ состава синовиальной жидкости у больных с внутренними нарушениями височно-нижнечелюстного сустава

Таблица 1

	Мужчины	Женщины
Возраст	25-45	25-45
Количество	7	13

было проведено лечение 20 пациентов с внутренними нарушениями ВНЧС (см. табл. № 1). Лечение проводилось с применением классической методики артроцентеза

структуры и функции сустава. Стандартизованная методика выполнения МРТ височно-нижнечелюстного сустава и анализа получаемых данных позволили объективно оце-

няется негативное давление и блокирующие явления ВНЧС.

При проведении артролаважа происходит удаление из полости сустава продуктов воспаления, ферментов, белковых фракций, кристаллов солей, иммуноглобулинов. Увеличенный объём суставного пространства и механотерапия приводят к разрушению мелких фиброзных спаек, уменьшению адгезии диска

двустороннем артроцентезе височно-нижнечелюстного сустава.

Для культивирования выделенных возбудителей использовали оборудование для анаэробного культивирования: анаэрогат, вакуум-насос и трёхкомпонентную бескислородную газовую смесь (80% азота, 10% углекислого газа и 10% водорода) (см. фото).

Таблица 2

ФНО	Ил1 β	Ил6	Ил8	Дефензин	Патоген (при пункции)
6,4	1,2	0	10,2	320,4	–
17,1	19,0	0,7	24,5	48,6	Fusobacterium nucleatum
4,5	0,8	0	10,9	480,5	–
1,2	1,4	0	11,1	180,6	–
12,5	12,4	0,5	20,7	20,1	Streptococcus sanguis
1,6	0,9	0	13,5	140,7	–
16,5	4,1	0,6	40,5	84,7	Enterococcus faecium
4,1	0,6	0	8,6	140,4	–

и лаважа ВНЧС, с введением в полость суставов препарата плазмы, обогащённой факторами роста. Пациентам были проведены традиционные предоперационные клинико-диагности-

и, тем самым, повышается его подвижность. Последним этапом процедуры являлось введение в полость сустава плазмы, обогащённой факторами роста.

Имуноферментный анализ

Результаты исследования

У 7 пациентов было отмечено присутствие болевого синдрома в первые 2 дня после вмешательства, далее, на фоне приёма противовоспалительных препаратов, болевой синдром полностью исчезал.

В одном случае, в 1-е сутки после вмешательства было отмечено наличие отёка в правой околоушно-жевательной области и наличие болевого синдрома при широком открывании рта в течение 5 суток, далее, на фоне приёма противовоспалительных препаратов, болевой синдром был снят.

В результате нашего ис-



следования были получены результаты: открывание рта (максимальное открытие рта) до вмешательства – 31,91 мм, после вмешательства – 38,45 мм (диапазон 26-40 мм), со средним увеличением открывания нижней челюсти 6,55 мм (диапазон 2-11 мм).

После 3 месяцев наблюдения было замечено: улучшение максимального открывания рта (40,72 мм в диапазоне 34-51 мм) со средним увеличением 8,36 мм в диапазоне 5-12 мм по сравнению с исходным значением и 1,82 мм по сравнению с результатом непосредственно после вмешательства.

В результате дальнейшего наблюдения не было отмечено никакой отрицательной динамики, наблюдалось отсутствие болевого синдрома и необходимость повторного инвазивного вмешательства.

Для решения поставленной задачи – проведения мониторинга количества возбудителей в полученном материале – выполняли количественный секторальный посев по Мельникову – Царёву. В результате, у 3 из 8 пациентов в синовиальной жидкости выделены представители 3 видов микроорганизмов: *S. sanguis*, *E. faecium*, *F. nucleatum*. Представлялось интересным сопоставить наличие микроорганизмов с данными определённых эндогенных факторов защиты организма цитокинами и альфа-дефензинами.

В таблице 2 представлены результаты исследования воспалительных цитокинов (ФНО, Ил1β, Ил6, Ил8) с помощью иммуноферментного анализа. Наиболее значимое увеличение уровня цитокинов отмечено при выявлении бактерий в синовиальной жидкости: для ФНО в пределах 17,1-21,5 пкг/мл (при отрицательном баканализе: 1,2-6,4 пкг/мл); для Ил1β от 4,1 до 19,0 (при отрицательном баканализе: от 0,6 до 1,4); для Ил6 от 0,5 до 0,7 (или 0); для Ил8 от 20,7 до 40,5 (или от 8,6 до 13,5).

Следующей задачей нашего исследования явилось сопоставление выделения возбудителей и содержания альфа-дефензинов в синовиальной жидкости у обследуемых лиц.

Оказалось, что содержание HNP 1-3 в синовиальной жидкости соответствовало их концентрации в плазме крови и колебалось в пределах от 20,1 до 480,5 нг/мл. Установлена обратная корреляция между количеством HNP 1-3 и присутствием бактерий в синовиальной жидкости (количество от 20,1 до 84,7 нг/мл). При отсутствии бактерий отмечали более высокие концентрации HNP 1-3 (от 140,4 до 480,5 нг/мл).

Вместо резюме

Благодаря клиническим и биологическим исследованиям, эффективности регенеративных способностей плазмы, обогащённой факторами роста, при различных хирургических вмешательствах, мы использовали его эффективность в хирургическом протоколе лечения пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Наше исследование подтверждает справедливость этого метода для решения снятия болевой симптоматики при широком открывании рта (максимальное открытие рта – МОР): среднее значение было 6,55 мм (диапазон 2-11 мм) уже через 15 дней после инъекции. Это значение увеличилось после 3 месяцев до 8,36 мм (диапазон 5-12 мм).

Эти результаты были достигнуты благодаря освобождению, как во внутрисуставных, так и околоуставных областях, молекул, присутствующих в гранулах тромбоцитов. Наиболее известные факторы роста: тромбоцитарный фактор роста (PDGF), трансформирующий фактор роста Beta1 (TGF-β1), фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), эпидермальный фактор роста (EGF), инсулин-подобный фактор роста (IGF-I), фактор роста фибробластов (FGF) и фактор роста гепатоцитов (HGF).

Их действие состоит в быстром ангиогенезе, необходимом для восстановления повреждённых тканей, и хемотаксиса макрофагов, фибробластов, в результате чего они дифференцируют и созревают для восстановления воспалённых и повреждённых тканей.

В частности, фактор гепатоцитов роста (HGF), активно участвует в снятии болевого синдрома. Кроме того, несколько факторов роста, высвобождаемых из тромбоцитов, влияют на анаболические и катаболические процессы хондроцитов.

EGF и TGF-β1 участвуют в дифференцировке хондроцитов и в их регенерации.

Таким образом, целый ряд факторов роста, включая трансформирующий фактор роста (TGF-β), инсулиноподобный фактор роста (IGF-1), костные морфогенетические белки (BMP), факторы роста фибробластов (FGFs) и факторы роста эпидермиса (EGF), были использованы для роста хрящевой ткани. TGF-β играет важную роль в развитии и восстановлении хрящей. В основном, TGF-β 1, 2 и 3 повышают пролиферацию хондроцитов и увеличивает синтез матрицы. IGF-1 может стимулировать анаболическую активность хондроцитов и вызвать хондрогенез мезенхимальных стволовых клеток.

Полученные данные свидетельствуют о корреляции выделения бактерий и уровня провоспалительных цитокинов, особенно ФНО, Ил1β, Ил8, а также обратной корреляционной зависимости выделения бактерий и альфа-дефензинов.

Андрей МИТЕРЕВ,
кандидат медицинских наук,
ассистент.

Алексей ДРОБИШЕВ,
доктор медицинских наук,
профессор, кафедра челюстно-лицевой и пластической хирургии.

Виктор ЦАРЁВ,
заведующий кафедрой
микробиологии, вирусологии
и иммунологии,
доктор медицинских наук,
профессор.

**Московский государственный
медико-стоматологический
университет им. А.И.Евдокимова.**

Деловые встречи

Новые грани сотрудничества

Сахалин и Южная Корея расширяют взаимодействие в сфере диагностики и лечения онкологических заболеваний. Власти региона заключили дополнительное соглашение о сотрудничестве с расположенной в Сеуле международной клиникой Университета «Ханьянг».

Стороны договорились усилить совместную борьбу с онкологическими заболеваниями в Сахалинской области. Подписи под документом поставили исполняющий обязанности заместителя председателя регионального правительства Антон Зайцев и проректор медицинского отделения, директор медицинского центра Университета «Ханьянг» Ким Кёнг Хон.

Данное учреждение – одно из самых крупных в Азии, оно не только оказывает медицинские услуги, но и целенаправленно занимается научно-исследовательской деятельностью. Многие инновационные разработки центр осуществляет совместно с университетскими клиниками других государств.

Взаимодействие с Сахалинской областью строится на основе нескольких соглашений с органами власти и ЛПУ. В последние годы проведены совместные конференции по вопросам оказания медицинской помощи больным с острым коронарным синдромом и нарушением мозгового кровообращения, офтальмологического и онкологического профилей. Для сахалинских врачей корейские специалисты организовали несколько стажировок.

– Несмотря на то, что в текущем году в регионе наметилась тенденция к снижению смертности от



После подписания соглашения

онкопатологии, эта проблема по-прежнему требует к себе самого пристального внимания, – подчеркнул в ходе беседы с прибывшей на Сахалин делегацией корейских медиков Антон Зайцев. – Губернатор Олег Кожемяко и областное правительство считают важнейшими вопросы по развитию на Сахалине онкологической службы для своевременного выявления и лечения таких заболеваний. Опыт коллег из Республики Корея для нас чрезвычайно значим.

В свою очередь, представители Страны утренней свежести заверили, что клиника «Ханьянг» готова проводить стажировки сахалинских врачей и делиться лучшим опытом.

– Думаю, что такая совместная работа принесёт важные для Сахалина результаты, – сказал Ким Кёнг Хон.

В здании областного онкологического диспансера гости из Кореи провели семинар для сахалинских

специалистов-онкологов «Лучевая диагностика онкологических заболеваний органов брюшной полости (печени, панкреатодуоденальной зоны, поджелудочной железы, области желчевыводящих протоков, почек и забрюшинного пространства)».

Дополнительным соглашением предусмотрены и другие формы сотрудничества. Ожидается, что сахалинские врачи получат знания о новых методах интерпретации радиологических снимков и проведения лапароскопических операций. Министерство здравоохранения Сахалинской области и международная клиника Университета «Ханьянг» обсудят возможности для проведения телемедицинских консультаций и оказания благотворительной медицинской помощи жителям Сахалина и Курилы.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

В клиниках и лабораториях

Помогут «шизоидные» крысы



Кататония в действии

Учёные новосибирского Института цитологии и генетики теперь будут проводить исследования в области психических заболеваний на линии крыс, специально выведенной для этих целей. Выведенная в ИЦиГ оригинальная линия крыс «генетической кататонии», склонных к спонтанному застыванию и непроизвольному возбуждению, по данному поведенческому признаку похожа на людей, больных шизофренией.

Как уточнили в Сибирском отделении РАН, выведение этой линии заняло у новосибирских генетиков более 40 лет. Причём, новая крысиная порода демонстрирует оба полюса кататонических реакций: обездвиженность и непроизволь-

ную возбудимость. Они склонны и к застыванию в неудобной позе и могут быть «нервными», то есть всё, как при шизофрении.

По словам старшего научного сотрудника лаборатории эволюционной генетики ИЦиГ, кандидата

биологических наук Татьяны Алёхиной, генетическая линия зверьков с кататонией поможет выяснить, какие биохимические и гормональные изменения характерны для шизофрении и не только: явление кататонии характерно также для неврозов, биполярных расстройств, депрессий, посттравматических стрессовых состояний.

– Исследования на лабораторных животных кататонической селекционной линии позволяют найти взаимосвязь между внешними проявлениями болезни – застыванием или повышенной возбудимостью – и изменением биохимических и эндокринологических параметров. Ведь, чтобы изучить фазу кататонии на человеке, нужно его ввести в это состояние, что нереально для учёных. У крыс же фазу застывания можно вызвать по желанию и исследовать всевозможные биохимические, гормональные показатели, которые её сопровождают, – говорит доктор биологических наук Дмитрий Клочков.

По мнению авторов исследования, его результаты в перспективе могут быть очень полезными в разработке новых препаратов для специфической терапии психических расстройств.

Елена БУШ,
спец. корр. «МГ».

Новосибирск.

«Расширение медицинской помощи, большая роль рекламы для фирм, заинтересованных в сбыте своей продукции, привели к тому, что количество лекарств, потребляемых человечеством, резко возросло». Это не цитата из газетной публикации, а слова, сказанные более полувека назад основоположником отечественной школы клинической фармакологии Борисом Вотчалом. Памяти выдающегося клинициста и педагога были посвящены «Вотчаловские чтения», которые вот уже 3-й год подряд проводятся в столице при поддержке Департамента здравоохранения Москвы и Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования (РМАНПО).

Основные принципы клинической фармакологии междисциплинарного направления медицины, сформулированные им в монографии «Очерки клинической фармакологии», по сей день не теряют своей актуальности и являются «путеводной звездой» не только для клиницистов фармакологов, но и врачей других специальностей.

Большая часть жизни Бориса Евгеньевича связана с Центральным институтом усовершенствования врачей (ныне РМАНПО), где он прошёл путь от ассистента до заведующего 2-й кафедрой терапии (ныне кафедра клинической фармакологии и терапии).

Популярность этой личности была столь велика, что студия звукозаписи «Мелодия» выпустила пластинку с его лекциями, благодаря чему голос профессора Вотчала продолжает жить и в наше время. Можно только удивляться, насколько современны и актуальны его рассуждения о сложности фармакотерапии, роли врача в лечебном процессе, уважении и сострадании к больному человеку.

В ходе пленарных заседаний и симпозиумов состоялось обсуждение широкого круга тем, касающихся фармакологических и клинических аспектов лечения, наиболее сложных проблем рационального применения лекарственных средств. В этом году впервые в рамках мероприятия состоялся Форум молодых клинических фармакологов.

Ландшафт фармацевтического рынка меняется. Действительно, с каждым годом лекарств становится всё больше и больше. В настоящее время в Российской Федерации зарегистрировано, с учётом лекарственных форм и дозировок, более 30 тыс. лекарственных средств. И каждый препарат, если, конечно, это не плацебо, несёт в себе потенциальный риск. В этой связи, сегодня на первый план выходят проблемы резистентности, неэффективности и безопасности применения лекарств.

Самым большим недостатком фармакотерапии Б.Вотчал считал шаблон. При этом, он всегда стремился к рациональному использованию лекарственных средств.

Б.Вотчал: «*Всё назначается 3 раза в день кроме слабительных и снотворных. Старушка ли сухонькая 40 кг или здоровенный спортсмен заболевший, в котором 100 кг, получают одну и ту же дозу и те же 3 раза в день.*»

Исследования учёного всегда были тесно связаны с практикой и служили ей. Они, в первую очередь, преследовали цель – создать научный базис для реализации принципов индивидуального подхода к лечению больных. Эти идеи легли в основу создания нового научного направления – персонализированной медицины.

Параллельно с клинической фармакологией развивалась и персонализированная медицина, – отметил заведующий кафедрой клинической фармакологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова академик РАН Владимир Кукес. – Идея была одна и та же – обследовать больного и выявить особенности фарма-

Ориентиры

«Стучится в двери клиническая фармакология»...

Важно не только создать лекарственный препарат, но и разработать рациональные методы его применения

когенетики, фармакокинетики, других показателей с тем, чтобы правильно выбрать лекарственное средство и проводить фармакотерапию.

Б.Вотчал: «*Схема хороша в 2 случаях: или когда некогда думать (острые ситуации), или когда нечем думать.*»

Конечно, в распоряжении современного врача есть стандарты лечения, клинические рекомендации, разработка которых основана на принципах доказательной медицины. Однако усреднённый результат, полученный в рандомизированном клиническом исследовании, не имеет отношения к конкретному пациенту, а относится к «усреднённому» пациенту, которого в реальной жизни практически не бывает.

Несмотря на все достижения современной фармакологии, большое количество пациентов не отвечают на медикаментозное лечение: в зависимости от заболевания, этот показатель составляет от 40 до 75%, частота побочных эффектов может достигать 30%.

Индивидуальный «фармакологический ответ» зависит от множества факторов, начиная от состава препарата, лекарственного взаимодействия и заканчивая общим состоянием здоровья больного и его генетических особенностей. Результаты исследований показывают, что при назначении стандартной дозы многих лекарств у части больных их концентрация в крови становится слишком высокой, у других – слишком низкой и лечение оказывается неэффективным.

Концентрация каждого препарата в организме зависит от его метаболизма – от того, как он разрушается в организме и как из него выводится. Метаболизм у всех идёт по-разному, – пояснил В.Кукес. – В этих процессах важную роль играют изоферменты цитохрома P-450 и транспортёры. Снижение их активности может быть обусловлено разными факторами, в том числе взаимодействием с другими лекарственными средствами и генетическим полиморфизмом генов, кодирующих эти белки.

Детально на теме модуляции активности цитохрома P-450 остановилась в своём выступлении директор Института профессионального образования Первого МГМУ им. И.М.Сеченова профессор Евгения Ших.

Одним из инструментов персонализированной медицины является фенотипирование (наряду с генотипированием и определением концентрации биомаркёров). Новым возможностям фенотипирования ферментов биотрансформации лекарственных средств для персонализации фармакотерапии было посвящено выступление кандидата фармацевтических наук Валерия Смирнова.

Главный клинический фармаколог Москвы профессор Марина Журавлёва привела данные о деятельности столичной службы клинической фармакологии. Среди основных функций, выполняемых клиническими фармакологами в Москве – фармаконадзор, работа



над формулярными перечнями, рационализация антибактериальной терапии, составление протоколов лечения, издание методических пособий по «проблемным» темам фармакотерапии.

Б.Вотчал: «*Сложность вопроса нарастает с тех пор как мы убедились, что есть генетически обусловленные дефекты ряда ферментов. Ферментов, которые в жизнедеятельности организма не играют решающей роли и без которых организм прекрасно обходится, но которые при введении лекарственных средств могут оказаться небезразличными. Это новая область так называемой фармакогенетики.*»

Фармакогенетика – это наука, изучающая зависящие от наследственных факторов реакции организма на лекарственные препараты. «Основой индивидуального фармакологического ответа являются изменения в генах, так называемые нуклеотидные полиморфизмы, которые приводят к изменению работы гена или синтезируемого белка», – подчеркнул заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии РМАНПО член-корреспондент РАН Дмитрий Сычёв. По его словам, для персонализации медикаментозной терапии наряду с традиционными критериями выбора лекарственного препарата (учёт фармакологического анамнеза, функций печени и почек, расчёт клиренса креатинина и т.д.), могут использоваться также новые технологии.

Среди них – априорные (до приёма препарата с помощью фармакогенетического тестирования в некоторых ситуациях можно прогнозировать его эффекты) и постериорные (когда на фоне применения лекарственного препарата врач может скорректировать терапию: заменить его на другой или изменить режим дозирования). Кроме того, разрабатываются новые протеомные технологии персонализации многих лекарств (к примеру, антикоагулянтов): фармакотранскриптомики, терапевтического лекарственного мониторинга (отслеживание концентрации препарата в плазме крови)

и, наконец, упоминавшееся выше фенотипирование изоферментов цитохрома P-450.

Система цитохрома P-450 наиболее хорошо изучена и полиморфна. Именно поэтому, многие фармакогенетические тесты содержат полиморфизмы этой системы, предсказывающей индивидуальную биотрансформацию и фармакокинетику, а значит, индивидуальный фармакологический ответ, – продолжил Д.Сычёв.

Относительно новая область – фармакокинетика транспортных систем – белков, которые участвуют в процессах всасывания, распределения и выведения. Как и в случае с цитохромами, у каждого из этих транспортёров есть определённые субстраты – ингибиторы и индукторы. Благодаря изучению полиморфизма этих генов также можно предсказать индивидуальные особенности фармакокинетики лекарственных препаратов и скорректировать терапию.

Данные, полученные с использованием фармакогенетических тестов, могут помочь в улучшении качества фармакотерапии. Кроме этого, известны этнические и географические различия в частоте встречаемости разных полиморфизмов у разных народов мира. Эти генетические особенности изучаются под руководством академика Кукеса уже более 30 лет. Результаты подобных исследований могут помочь в определении приоритетности при внедрении фармакогенетического тестирования в клиническую практику в разных регионах страны, а также выявить особенности распространённости генетических предикторов повышенной расовой-этнической чувствительности к лекарственным препаратам.

Б.Вотчал: «*Сейчас врач оперирует чрезвычайно высоко активными веществами, которые, как это обычно бывает, чем больше активность, тем больше и опасность. Терапевтическая ширина многих препаратов очень невелика, поэтому мыслительный процесс, учёт индивидуальной дозировки предоставляется чрезвычайно важным.*»

– Новые технологии позволяют этот «мыслительный процесс» воплотить в жизнь. Владея подобной информацией, врач, в частности, может скорректировать дозу препарата для каждого конкретного пациента. Тем не менее, чтобы грамотно ей распорядиться, необходимо разрабатывать алгоритмы выбора лекарственных средств и доз на основе результатов фармакогенетического тестирования и такие алгоритмы уже имеются для ряда лекарственных средств, а их эффективность изучена в рандомизированных исследованиях. В мировой практике большое внимание уделяется именно качеству таких исследований. В частности, Европейская медицинская ассоциация (EMA) по аналогии с другими стандартами GxP разработала документ «Качественная фармакогенетическая практика».

Б.Вотчал: «*Сейчас подавляющее большинство наших средств, высоко активных, это тоже ножи в руках терапевта. Хирург это профессия, конечно, не безопасная. Но хирурга всю жизнь учат резать. Надо всё-таки всю жизнь учиться лечить и нужно, чтобы это лечение нашло своё отражение не только в учебных планах учебного заведения, но должна следовать за врачом всю его врачебную жизнь.*»

– Самый сложный вопрос – как донести информацию до практических врачей? Для большинства медицинских специалистов такие термины как «генотип», «полиморфизм» порой звучат как абракадабра. И здесь на помощь приходят современные информационные технологии – так называемые системы поддержки принятия решений, – пояснил Д.Сычёв, добавив, что также необходимо формировать соответствующие компетенции у врачей по правильному использованию этих технологий. В этом, в частности, помогают циклы повышения квалификации в рамках непрерывного медицинского образования.

Прививать «вкус к науке» надо со студенческой скамьи. Несколько лет назад на базе кафедры клинической фармакологии и терапии РМАНПО была создана кола молодых учёных по фармакогенетике, фармакогеномике и персонализированной медицине. В практическом плане задача школы сводится к организации и проведению научных работ, имеющих прикладной характер исследований. Участие в школе представляет собой постоянное научное общение с кураторами (научными руководителями), коллегами как в онлайн режиме, так и очно в рамках ежемесячных встреч всех участников.

На Форуме молодых клинических фармакологов, состоявшемся в рамках «Вотчаловских чтений», участники школы представили результаты своих исследований, посвящённые различным аспектам фармакогенетического тестирования различных групп препаратов, фармакоэпидемиологии, оптимизации фармакотерапии.

Тем не менее, как отмечалось в рамках конференции, фармакогенетическое тестирование не должно быть тотальным. Прежде всего, его необходимо проводить пациентам, которые принимают «проблемные» препараты, обладающие высокой эффективностью, но и высоким риском развития нежелательных реакций.

Б.Вотчал: «*Стучится в двери клиническая фармакология...*»

Актуальность этих слов проверена временем. Сегодня клиническая фармакология уже не стучится в двери здравоохранения, а стала неотъемлемым и важным звеном в содержестве медицинских дисциплин.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Шлипповская участковая больница, входящая в состав ГБУЗ КО «ЦРБ Сухиничского района», приглашает на работу ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО.

При трудоустройстве выделяется 1 млн руб. по программе «Земский доктор».

Предоставляется: служебное жильё; молодым специалистам дополнительная ежемесячная выплата в течение 3 лет с даты приёма на работу.

Обращаться: ул. Ленина, д. 94, г. Сухиничи, Калужская обл. 249275
Тел. (48451) 51-209. E-mail: zrb_suh@kaluga.ru

Новые подходы

Добро пожаловать в будущее

Как известно, головной мозг человека отлично справляется с заполнением пробелов в восприятии — часто мы представляем себе событие полностью ещё до того, как оно закончится. Новое исследование продемонстрировало, что скорость внутреннего видеоролика гораздо выше, чем скорость реальных событий. Учёные предположили, что такой способностью человек обзавёлся в процессе эволюции, и она компенсирует, например, слабое, по сравнению с другими видами, зрение.

Если вы не страдаете афантазией (неспособностью вообразить что-либо), то вы уже привыкли к тому, что ваш мозг постоянно демонстрирует вам картины того, что могло бы произойти. До сих пор исследования в этой сфере проводились с участием только животных и сотрудники Университета Неймегена (Нидерланды) впервые провели эксперименты с участием людей.

29 студентам предложили отслеживать перемещения белой точки по экрану в то время, как их мозг сканировала установку для функциональной магнитно-резонансной томографии. Одни и те же передвижения демонстрировались короткими сеансами, общее количество которых составило 108. К концу эксперимента молодые люди могли за полсекунды предсказать, куда именно двинется точка. В следующем опыте им показывали 24 ролика, в которых точка перемещалась по-разному, в некоторых — так же, как в просмотренных до этого видео, а в других — иначе; где-то показывали

только стартовую и конечную точки, а между ними перемещения были случайными.

Весь эксперимент повторили дважды с каждым из студентов, а ещё четверо людей выступали в качестве контрольной группы. Всё это время установка функциональной МРТ снимала показания мозга на высоких скоростях, а учёные следили за кровотоком в разных тканях.

Пока добровольцы следили за точками, в их мозге активизировалась зрительная кора. Когда демонстрировалась только начальная точка, мозг участников «проигрывал» запомнившуюся последовательность в два раза быстрее, чем точка проходила свой путь в реальности. На основе этого исследователи предположили, что люди способны предугадывать простые перемещения и, благодаря этому, могут, например, заметить, что мяч летит прямо им в голову гораздо быстрее, чем он, действительно, туда прилетит и, соответственно, вернуться.

Предыдущие исследования показали, что на полную обработку изображения мозг человека тратит около 150 миллисекунд, после чего обладатель мозга знает, куда ему нужно смотреть дальше.

Практически каждый человек сталкивался с таким предсказанием, например, при переходе дороги оценка расстояния до ближайшего автомобиля и его скорости за долю секунды помогает решить, стоит ли сейчас ступить на проезжую часть или лучше подождать, пока машина проедет. Зрительная кора, по словам учёных, не только помогает людям воспринимать настоящее, но и предугадывать будущее на основе опыта из прошлого.

Взгляд

Главное — цель

Неврологи из Северо-Западного университета (США) пришли к выводу, что люди, которые имеют чёткие жизненные цели, значительно реже страдают от бессонницы. Данные об этом исследовании опубликовали в местных научных изданиях, в частности, в *Sleep Science and Practice*.

Так, в ходе практических исследований, было установлено, что те люди, которые ведут продуктивный образ жизни, имеют важные для них цели и занимают руководящую должность, значительно реже страдают от бессонницы и других патологических процессов, связанных с циклом сна. В частности, было установлено, что такой синдром, как апноэ, у них не диагностировался. В практической части эксперимента принимали участие больше 800 людей различной возрастной категории.

Отмечается, что среди добровольцев были даже люди, возраст которых близился к 100 годам. На данном этапе исследований всем

участникам было предложено пройти небольшое анкетирование, относительно качества их сна и образа жизни в целом, в том числе и что касается планов на ближайшее будущее.

Кроме этого, было проведено полное медицинское обследование. Результаты исследования только подтвердили теоретическое предположение учёных. В связи с этим, учёные рекомендуют не принимать снотворные для того, чтобы крепко уснуть, а просто пересмотреть свой образ жизни, при необходимости посетить психотерапевта для консультации, пройти курс лечения.

Наряду с этим существенно улучшить качество сна можно, если перед сном отказаться от просмотра телевизора, работы за компьютером и правильно питаться. Таблетку снотворного также может заменить стакан тёплого молока с мёдом или травяной чай. Однако, при хронической бессоннице всё же лучше обратиться к врачу, так как это может быть клиническим признаком определённого заболевания.

Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

Эндокринолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Уролог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды.

Кардиолог. Требования: высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения, либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты — 1 млн руб.

Контактные телефоны:

8 (34675) 3-20-41 — отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 — факс.

Резюме направлять по адресу: sovhospital@sovbolnica.pf

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.sovbolnica.pf

Проекты

Я по карте слежу за маршрутом твоим...

Несмотря на то, что люди постоянно делают новые открытия, в мире остаётся множество непознанного. Новый проект учёных из Амстердамского университета (Нидерланды) проливает свет на прекрасный, загадочный и причудливый мир развития человеческого эмбриона. Работа голландских специалистов поможет практическим врачам лучше понять природу генетических заболеваний и пороков развития, кроме того, проект показывает, как ничтожно мало человечество знает о физиологии эмбрионов на ранних сроках.

Эмбриологи Амстердамского университета создали несколько интерактивных трёхмерных моделей эмбрионов и собрали их в единый «Интерактивный 3D-атлас человеческой эмбриологии». Как сказала одна из работавших над атласом сотрудниц Бернадетт де Баккер, учёные знают больше о Луне, чем о

том, что происходит после зачатия, и добавила, что на данный момент часто в книгах используются изображения эмбрионов, сделанные на основе информации 1930-х годов.

Новые пособия выходят с теми же иллюстрациями, что и старые, добавляется только новая текстовая информация.

Над атласом работали 75 человек, которые проанализировали около 15 тыс. образцов тканей, некоторым из которых уже исполнилось 100 лет. Все эти образцы были взяты из коллекции образцов человеческих эмбрионов Института Карнеги (США).

На основе полученных данных было разработано 14 моделей эмбрионов в «возрасте» до 60 дней на различных стадиях развития. С помощью пособия можно не только посмотреть, как выглядит эмбрион внешне, но и детально ознакомиться с тем, как формируются различные системы человека — дыхательная, скелетная, нервная и др.

Исследования

Чреватые «остановки»

На Европейском конгрессе по проблемам ожирения, состоявшемся в Португалии, было представлено исследование сотрудников Ливерпульского университета (Великобритания). Научная работа британских специалистов продемонстрировала, что даже временное снижение физической активности может быть опасно для здоровья.

В исследовании участвовали 28 здоровых людей, средний возраст был около 25 лет. Все они были физически активны и не склонны к ожирению — проходили как ми-

нимум 10 тыс. шагов ежедневно и имели индекс массы тела около 25. Активность в ходе эксперимента измерялась с помощью браслета. Перед началом работы и после неё исследователи подсчитали вес мышц и жира у всех молодых людей, проверили функции митохондрий, чтобы узнать, как у участников регулируется энергия и как быстро они восстанавливаются после упражнений.

Эксперимент подразумевал резкое снижение активности на срок в 2 недели — всё это время участники проходили около 1,5 тыс. шагов в день, на 80% меньше, чем раньше. Если до экспери-

мента молодые люди посвящали спорту в среднем 161 минуту ежедневно, то в процессе этот показатель снизился до 36 минут, а в освободившееся время люди вели сидячий образ жизни.

В период неактивности вес скелетных мышц у участников снизился, а жира в теле, наоборот, стало больше, причём он был сконцентрирован на животе — это было так называемое центральное ожирение, более опасное, чем периферическое. Все молодые люди стали менее выносливыми, их сердца и лёгкие не выдерживали обычных нагрузок. Все эти изменения являются факторами риска развития метаболического синдрома, хронических заболеваний и преждевременной смерти.

Выводы

Группе исследователей из Университета Вашингтона (США) удалось доказать, что лекарственные вещества, назначаемые для купирования изжоги, могут стать причиной наступления преждевременной смерти. Во время исследования были изучены свойства медикаментов, которые направлены на снижение повышенных объёмов кислоты в желудке.

Как известно, повышенная кислотность желудочного сока приводит к тому, что человек страдает от изжоги, которая представляет собой довольно неприятное расстройство пищеварения, зачастую выражающееся довольно интенсивно. В подавляющем большинстве случаев от изжоги пациентам назначают такие лекарства, как ингибиторы протонного насоса. Сильнодействующие вещества выписываются клиницистом, а таблетки с более слабым эффектом можно приобрести в свободном доступе.

Изжога или смерть?

Именно такие факторы, а также то, что зачастую люди принимают лекарства на протяжении длительного времени, подтолкнули учёных изучить свойства подобных средств. В ходе научных изысканий стало известно, что продолжительное применение ИПП на 50% повышает вероятность наступления преждевременной смерти в ближайшие 5 лет.

Для того чтобы получить такую информацию, были изучены показатели более 275 тыс. людей, регулярно принимавших ИПП со слабым эффектом, и примерно 75 тыс. пациентов, использовавших для избавления от изжоги другие лекарственные вещества, например, блокаторы H₂.

Было установлено, что среди тех, кто принимал ИПП, риск преждевременной смерти повышался на 25%. Среди 500 людей, используя

такие вещества, один человек умер именно из-за влияния медикамента. На фоне того, что большое количество людей по всему миру страдает от изжоги и предпочитает в качестве лекарства применять ИПП, учёные пришли к выводу, что в год будет умирать примерно 1000 человек только лишь из-за приёма препаратов.

Более того, ранее было установлено, что ингибиторы протонной помпы могут вызывать дисфункцию почек, снижение плотности костной ткани, что влечёт за собой повышенную подверженность переломам, также они, возможно, становятся причиной развития деменции.

Подготовил
Ян РИЦКИЙ.

По информации
IFL Science, Daily Mail.

Наверное, многие помнят фильм «Лучшее предложение», удостоенный множества наград и премий, где пожилой аукционист, коллекционер картин и вечно одинокий Вёрджил Олман получает заказ на оценку старинных вещей от таинственной клиентки по имени Клэр, которая больна агорафобией и за последние 12 лет ни разу не выходила из своего особняка.

Историко-клиническая справка

Агорафобия, как известно, представляет собой боязнь открытых дверей, открытого пространства. При этом расстройстве психики появляется страх скопления людей, которые могут потребовать неожиданных действий, а также бессознательный страх, испытываемый при прохождении без провожатых по большой площади или безлюдной улице. Эта фобия может быть получена в реальной жизни из-за страха чего-то, что связано с людьми и эмоциональными травмами от них. Сопровождает многие нервные расстройства и психические заболевания. Впервые описана Карлом Вестфалем. Изначально дословный перевод агорафобии означает «боязнь рынков», или «рыночный страх». Так как древнегреческое слово «агора» (рынок) было зачастую связано с многочисленной народной массой, вскоре эта концепция обрела переносный смысл и относилась к боязни толпы в целом, а не обязательно к местности.

На сегодняшний день в медицине это понятие включает в себя не только страх открытых пространств, но и страх сходных ситуаций. Так, в современном мире появилось много сообществ, и одно из них – это «Путешественник-агорафоб» (Agoraphobic Traveller), где люди с этой патологией могут обмениваться друг с другом своим видением мира сквозь фотографии.

Посредством интернета

У Джеки Кенни из Австралии агорафобия. Это значит, что поход в супермаркет может спровоцировать у неё паническую атаку и страх надвигающейся катастрофы. По её словам, ей помогает аккаунт в «Инстаграме» – с его помощью она и подобные ей люди могут исследовать дальние уголки мира. 43-летняя Джеки делает разные снимки и публикует эти фотографии для 20 тыс. подписчиков своего аккаунта «Путешественник-агорафоб». С 20-летнего возраста она боится людных мест и общественного транспорта, не

смотря на то, что сейчас живёт в центре Лондона. Но цифровой век дал ей возможность посетить места, которые иначе она никогда не смогла бы увидеть. «Я отправляюсь в любое место, которое кажется мне хоть сколько-нибудь волшебным», – говорит она. – Это места, куда мне было бы очень тяжело приехать, поэтому меня неизбежно к ним тянет».

Диагноз «агорафобия» был поставлен Джеки в 2009 г. Теперь с помощью интернет-сервиса она

Поход в местный супермаркет она называет кошмаром и уже 10 лет не пользуется метро. «Я начинаю паниковать – ладони потеют, сердцебиение учащается, мне начинает казаться, что ноги отрываются от пола», – рассказывает Джеки. – В голове проносятся мысли: я потеряю контроль, разобью всё в проходе, и все это увидят».

Впервые Джеки испытала паническую атаку в 23 года – на работе в разгар напряжённого дня. «Никто не объяснил мне, что это было,

По её словам, поиск и публикация этих снимков помогли ей примириться со своей агорафобией, которая долгое время вызывала в ней злость. «До того как у меня появилась эта тревога, я мечтала стать фотографом», – говорит Джеки. – Я смирилась с тем, что этого никогда не случится. Сейчас я поняла, что болезнь не определяет меня как личность, но является частью меня».

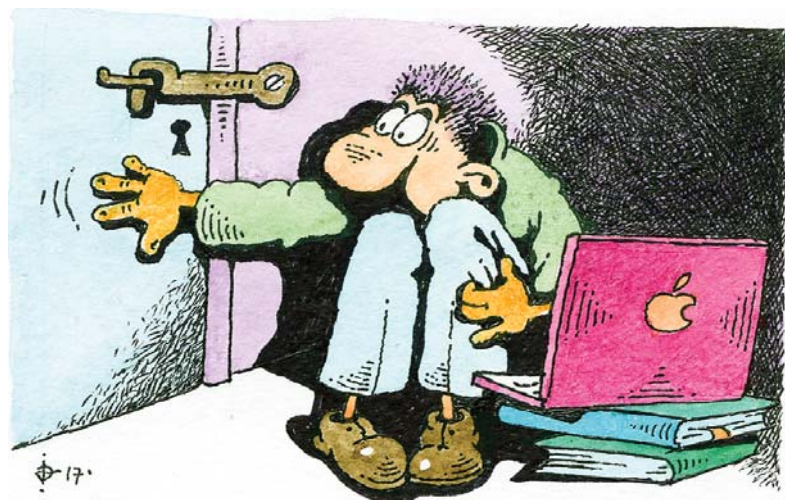
Но действительно ли публикация снимков в интернете помогает её

денческой психотерапии, которая направлена на изменение хода мысли человека, и недавно даже съездила на свадьбу к сестре в Новую Зеландию. «Я прошла курс терапии. До этого я страшно нервничала и не спала 3 месяца», – говорит она. Но в итоге справиться с полётом ей помог психолог, который заставил её посмотреть в лицо своим самым сильным страхам. Я делала вид, что боюсь головой в дверь самолёта, пытаюсь выйти из него, – рассказывает она. –

Итоги и прогнозы

Коварные происки агорафобии

Как увидеть мир, если страшно выйти из дома



здоровью? Джеки признаёт, что сомневалась в том, что часами пролёт бродить по интернету – это полезное занятие. Но, по её словам, это придало ей уверенности и помогло начать открыто говорить о своём состоянии и мириться с ним. «Только после того, как я начала публиковать эти фотографии, я вышла за пределы круга своей семьи и очень близких друзей», – говорит она. – Раньше никто не знал обо мне. Теперь люди со всего мира делятся со мной схожими трудностями, это потрясающе».

Клин – клином

По её словам, многие ошибочно считают агорафобию боязнью открытых пространств – на самом деле тревога у людей может возникать в совершенно разных условиях. С ней связался страдающий агорафобией журналист, мучающийся в многолюдном нью-Йорке, а также фотографы, которые боятся ехать на съёмку. «Довольно много молодых женщин просили у меня совета», – говорит Джеки. – Я делюсь с ними опытом, но могу предложить только собственную точку зрения, так как я, разумеется, не психолог. У всех свои трудности, и я сейчас начинаю это понимать».

Сейчас Джеки лечит свою тревогу с помощью когнитивно-пове-

И поняла, насколько это смешная на самом деле ситуация, и мы вместе рассмеялись. Когда я в реальности заходила в самолёт, смех помог мне всё это пережить». Это было непросто, но, по словам Джеки, та поездка дала ей надежду.

Очень часто при лечении положительный результат большинству пациентов с расстройствами психики и агорафобией может дать экспозиционная терапия. Целью её является исчезновение побочных и субклинических проявлений агорафобии, а не просто исчезновение приступов паники. И наиболее широко применяют «метод наводнения» (импловизивная терапия), когда врач вместе с больным составляет список ситуаций, наиболее возрастных интенсивности страха, и постепенно вводит больного в эти реальные или воображаемые ситуации, начиная с той, которая вызывает наименьший страх.

«То, как поступила Джеки, помогло ей сесть в самолёт. Постепенно больная может приобрести опыт пребывания в этих ситуациях, не испытывая при этом страха или тревоги, что приводит к ослаблению симптомов расстройства», – говорят специалисты.

Инна СЕРГЕЕВА.

По сообщению ВВС.

выбирает наиболее удалённые и немного мрачноватые места планеты и фотографирует их. По словам Джеки, ей нравится везде, где есть ощущение «другого мира». «В этих снимках чувствуется изолированность, но также в них есть и цвет, и надежда. Фотографии, которые я делаю, отражают мои чувства, и агорафобия – их часть», – говорит она.

Однако чувства, которые она испытывает, «путешествуя» таким образом в далёкие страны, резко контрастируют с тем, что она ощущает в ежедневных ситуациях.

а мне казалось, что я умираю. Впоследствии врач сказал, что я, должно быть, что-то не то съела на обед. Он уверял, что это от соуса из чёрных бобов, но никто тогда не говорил, что проблема может быть психическая», – добавляет она.

Она возглавляла компанию, занимающуюся цифровым маркетингом, но на встречи ходила только в офис, располагавшийся в двух минутах ходьбы от её дома. До запуска этого проекта в 2016 г. ей удавалось скрывать свои симптомы от всех, кроме семьи.

Почему бы и нет?

Система удалённого мониторинга позволит врачам из Австралии днём контролировать состояние пациентов реанимационных отделений в США, когда там ночное время и риск осложнений существенно возрастает.

континентах. Планируется внедрить такие подходы, в том числе и для поддержки медицинских специалистов в отдалённых регионах страны. В скором времени собираются применять эту модель работы не только в Австралии, но и в других странах.

Курация сквозь океан

Центр медицинских наук при Университете Маккуори в Сиднее (Австралия) и медицинский центр Эмори в Атланте (США) объявили о запуске IT-системы, которая в режиме реального времени будет наблюдать за пациентами, находящимися на другом континенте, и в случае возникновения осложнений назначать необходимые процедуры. Постоянный контроль жизненно важных показателей и мгновенное оповещение врачей о малейших изменениях в состоянии больных будут способствовать улучшению результатов лечения. Данный подход ознаменует переход к системе интегрированной медицинской помощи будущего.

Инновационная система круглосуточно-го медицинского наблюдения устраняет географические барьеры, позволяет сократить расходы на транспортировку больного, снижает затраты на здравоохранение в целом, способствует эффективному сотрудничеству клиницистов на разных

Согласно проведённому исследованию, в учреждениях, которые уже используют данную технологию, на 26% снизилась смертность, а время нахождения больных в палатах интенсивной терапии сократилось на 20% по сравнению с отделениями без системы удалённого мониторинга.

«Центр медицинских наук при Университете Маккуори поддерживает совместную работу врачей и производителей высокотехнологичных IT-решений в целях повышения эффективности системы здравоохранения», – прокомментировал новшество руководитель программы клинических исследований, интенсивной терапии и анестезии Центра медицинских наук при Университете Маккуори профессор Майкл Парр.

Алина КРАЗУЭ.

По сообщению ВВС.

Идеи

Нет предела контрацепции

Группа учёных из Массачусетса (США) изобрела новый вид контрацептивов. Если быть точнее, то это всем известные презервативы, но на основе гидрогеля. Следует отметить, что данное вещество будет использоваться в дальнейшем для производства и других медикаментозных средств, однако на данный момент клинические испытания проходят только на барьерной контрацепции.

непосредственного использования барьерного контрацептива, что также даёт определённый положительный эффект в плане физиологических ощущений для партнёров.

Правда, нужно учесть, что этот момент индивидуален, а потому быть уверенным в нём всё же не следует. На данный момент учёные не могут сказать, когда именно новые презервативы появятся в продаже, однако стоимость их будет в разы выше, чем обычных контрацептивов, что, по сути, вполне оправдано. Сейчас новое средство контрацепции проходит тестирования, и если все работы пройдут успешно, можно будет говорить о массовом выпуске.

Следует отметить, что учёные предполагают использовать гидрогель и для проведения некоторых медицинских манипуляций, в том числе при некоторых хирургических операциях. Исследования в этой области уже стартовали, однако информации относительно этапа и успешности изысканий пока что нет.

Марк ВИНТЕР.

По информации Reuters.

А ещё был случай

Журавли помогли



У медиков, ежедневно занятых ответственной интенсивной работой, по-особому воспринимаются командировки на съезды, конференции, симпозиумы. Конечно, предстоит определённое напряжение, связанное с прослушиванием и восприятием самых важных докладов. Хочется не упустить всё самое интересное, что пригодится в работе потом, в будущем; нарастает волнение как о предстоящем собственном выступлении, так и о необходимости отвечать после доклада на вопросы коллег. И всё-таки, подобные события запоминаются атмосферой праздника и остаются в памяти надолго. А самое главное – общение с коллегами. И часто бывает так, что вне заседаний, чаще к вечеру, где-нибудь в небольшом зале или в номере собирается компания и начинаются интереснейшие рассказы из собственного опыта жизни. В такое время лови момент и слушай, внимательно слушай. Вот тогда люди и раскрываются.

На одном из симпозиумов, проводившемся на юге нашей большой страны, собрались в номере четверо мужчин. Хозяева проявили изысканное гостеприимство. На

столе стояла ваза со спелыми красными яблоками, крупные фужеры, а за стёклами буфета красовалась коллекция самых разнообразных вин, на этикетках которых неизменно присутствовал летящий журавль, несущий в клюве большую кисть винограда.

Хозяева в первый день встречи с гордостью поведали, что означает этот символ. По легенде, одна из хорошо укрепленных крепостей этого народа много дней держала оборону от врагов. Нападавшим, ну никак не удавалось овладеть крепостью! Дело в том, что не только стены и башни были неприступны. Главное, что воины, оборонявшие крепость, были смелыми, решительными, отчаянными. Все попытки врагов прорваться в крепость и захватить её оказались безуспешными. И тогда враги устроили крепости осаду. Прошло несколько дней, потом несколько недель, а крепость не сдаётся!

Но с каждым днём у защитников крепости уменьшались запасы пресной воды. Под жарким солнцем они страдали от мучительной жажды, но отыскать воду было нелегко. Это было самое тяжёлое испытание.

И вдруг, в один из дней, когда ситуация стала совсем критической, почти отчаянной, за крепостные стены опустилась стая журавлей. Каждый из них нёс в клюве большую ветку спелого винограда. Защитники крепости утолили жажду принесёнными птицами виноградинами, и к ним вернулось мужество.

Осаждавших врагов обуряла ярость, но они так и не смогли проникнуть за стены крепости, и вынуждены были уйти.

С тех пор люди, живущие в этой местности, сохраняют в своей памяти благодарность и журавлям, и винограду, и с гордостью передают рассказ об этом событии своим потомкам и дорогим гостям. Журавль с веткой винограда воспринимается этим народом символом стойкости и мужества. И ещё, этот символ напоминает, что отчаиваться и терять надежду никогда нельзя.

Услышав рассказанное, четыре детских онколога многозначительно переглянулись и не сказали друг другу ни одного слова.

На том и расстались...

Василий ПОЛЯКОВ.
Москва.

На литературный конкурс

Гаврил МАРКАРОВ

Формула семейного счастья

Ну почему мы так нежно любим чужих жён? А они – нас, мужей. И не только своих, родных, но и чужих. Я долго думал над этим скабрёвым вопросом. Мучился ночами. И не находил ответа. Ну почему я люблю её, чужую, ну совершенно чужую мне жену? А мне от неё ничего не надо! Она мне ничем не обязана. И я доволен всегда! Так как, что бы она ни делала – это подарок! А как мы любим подарки получать! Так давайте освободим жену от обязанностей: от супружес-

ких. Семейных и вытекающих из них. И мы будем любить её вечно! Она каждый день преподнесёт в подарок: завтрак и ужин, а по выходным дням – и выходной обед. Она будет дарить свободную от супружеских обязанностей любовь. Воспитывать наших детей. И всё это в подарок нам, мужьям. Какая простая формула семейного счастья: Принимай жену как подарок. И ты будешь счастлив!

Москва.

Умные мысли

Этюды оптимизма


- Оптимист это человек:
- ✓ умеющий посмотреть на себя дружескими глазами;
 - ✓ выдающийся в любой озоновой дыре прорыв в космос;
 - ✓ верящий, что если в старости и впадёт в детство, так только в счастливое;
 - ✓ радующийся, что кризисные явления его всего лишь «обули», а не раздели;
 - ✓ который, узнав, что он – ни рыба, ни мясо, радуется: значит, теперь его не съедят;
 - ✓ верящий, что если его все поливают, значит, хотят, чтобы он рос;
 - ✓ который даже «час пик» считает прекрасным мгновением жизни;
 - ✓ верящий, что разбитые мечты – это к счастью;
 - ✓ который, пойдя на дно, считает, что достиг больших глубин;
 - ✓ считающий серость всего лишь смешением семи цветов радуги;
 - ✓ считающий, что, не вынося сор из избы, можно сохранять чистоту окружающей среды;
 - ✓ думающий, что если у него на душе кошки скребут, то это значит, что ещё не наступила собачья жизнь;
 - ✓ верящий, что если политики вешают ему на уши лапшу, значит, заботятся о его пропитании.
- Оптимист – это глухонемой, убеждённый, что к его мнению все прислушиваются.
- Оптимист убеждён, что, даже закапывая свой талант в землю, он сеет разумное, доброе, вечное.
- Оптимист считает, что если жизнь не клеится, значит, он ещё не влип.
- Оптимист, когда его лишают последних штанов, начинает радоваться, что теперь никто не сможет залезть к нему в карман.
- Оптимист считает, что если ему выбивают зубы, значит, его язык получает большую свободу.
- Оптимист убеждён, что тьма – это всего лишь предвестник света.

Евгений ТАРАСОВ.

"Амадис", "Армида"										Мышца на голени										Теннисист ... Борг										СКАНВОРД										Крупа, пальма										Острова, Япония										Колпачик										Франц. писательница																																																																																									
Каноз										Лозартан										Револьвер										Лекар. форма										"Тарар", перс.										Горение без пламени										Штрафной удар, хоккей										Франц. писательница																																																																																									
Обход для осмотра										Тонко скруч. пряжа										Матадор										Лхаса ... (собака)										Тушеное блюдо										Грызун										Корень из 25										Антицидное средство										Татаро-монгольское																																																																															
"Большая и ... Метсю"										Способ деления клеток										Кайнозой										Альмодовар, фильм										Оболочка колеса										Стар. русская буква										Тол										Вес пучки										Король, Шекспир																																																																															
Роковая женщина										Адмирал ... Анжу										Старин. фуражка										Стан запов. казаков										Воспаление уха										Чуть										Хохлова										Планета										Егип. бог мудрости																																																																															
Выход в балете										Несчастье										Подофилоксин										Крик										Верхняя часть черепа										О Р Л И К										Л										С М О Г										П К																																																																															
Автор Валерий Шаршуков										Земля, Германия										Мошенник (стар.)										Брюшная часть осетра										Н У										Р О Я										Л ь										Е В Р О П А										Т										И О																																																																					

ОТВЕТЫ НА СКАНВОРД, опубликованный в № 52 от 19.07.2017.

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

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

Главный редактор А. ПОЛТОРАК.
 Редакционная коллегия: Д. ВОЛОДАРСКИЙ, В. ЕВЛАНОВА, В. ЗАЙЦЕВА, В. ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А. ИВАНОВ, В. КЛЫШНИКОВ, Т. КОЗЛОВ, В. КОРОЛЁВ, А. ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г. ПАПЫРИНА, В. САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), 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, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ПК-ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 17-06-00333 Тираж 23 732 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегия – В. ЗАЙЦЕВА.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.