

Медицинская

11 января 2017 г.
среда
№ 1 [7719]

Газета®

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

Современные технологии

По высшему разряду

Такую помощь стремятся оказывать столичные медики



Мэр Москвы Сергей Собянин посетил городскую клиническую больницу им. Д.Д.Плетнёва и сообщил, что в столичных клиниках количество высокотехнологичных операций увеличилось в 38 раз. «В Москве благодаря программе модернизации, которая была также инициирована Президентом страны в 2010-2011 гг., проведена серьёзная реконструкция наших клиник, поставлено самое современное оборудование», – акцентировал столичный градоначальник.

Наряду с этим С.Собянин отметил, что город будет продолжать увеличивать объёмы оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением самых новых технологий.

В их числе: абдоминальная хирургия; акушерство и гинекология; гастроэнтерология; гематология; дерматовенерология; комбустиология; нейрохирургия; онкология; оториноларингология; офтальмология; педиатрия; ревматология; сердечно-сосудистая хирургия.

Стоит отметить, что количество пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь, в 2015 г. увеличилось в 33 раза

Главный врач больницы Ирина Назарова и Сергей Собянин

в сравнении с 2011 г. – с 2998 человек до 101 189 в настоящее время. В этом году её получают более 115 тыс. пациентов. Во многих столичных медучреждениях граждане могут получить медицинскую помощь на уровне мировых стандартов. Там работают высококлассные клиницисты, медицинские физики и инженеры, прошедшие обучение на базе ведущих клиник России и других стран.

В отделении радиологии столичной ГКБ им. Д.Д.Плетнёва установлен современный 3D-линейный ускоритель. Особенность аппарата в том, что обнаруживает зону облучения, что позволяет врачам максимально точно воздействовать на поражённую опухолью ткань. Аппарат также оснащён системой портальной визуализации, рентгеновской киловольтной системой визуализации положения пациента и системой контроля дыхания, что позволяет использовать самые современные и безопасные методики дистанционной лучевой терапии.

Лечение на аппарате проходит в две смены. В среднем получается, что ежедневно проводится 60 проце-

дур (сеансов лечения), а за 2,5 года функционирования этого оборудования проведено 35 тыс. процедур и пролечено 1,8 тыс. пациентов.

Использование аппарата позволило увеличить размеры суммарных доз излучения, подводимых в мишень (опухоль).

В целом, нужно отметить, что за период с 2011-2016 гг. столичными властями было проведено комплексное переоснащение столичных больниц современной техникой, по профилям ВМП было закуплено более 520 аппаратов. После переоснащения современным оборудованием количество городских больниц, участвующих в программе оказания ВМП, выросло в три раза – с 15 до 45 стационаров. В следующем году их количество должно увеличиться до 48. Кроме того, перечень видов (методов) ВМП, доступных для пациентов, расширился с 130 до 1,5 тыс. оперативных вмешательств и процедур.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

Москва.



Олег ИВАНИНСКИЙ,
министр здравоохранения
Новосибирской области,
заслуженный врач РФ:

Электронную историю болезни подделать невозможно.

Стр. 7



Сергей РЕМИЗОВ,
председатель Профсоюза работников
здравоохранения Москвы:

В план реализации социальной программы профсоюза входит организация праздничных дней для детей медиков.

Стр. 10



Леонид ПЕЧАТНИКОВ,
заместитель мэра Москвы
по вопросам социального развития,
профессор, заслуженный врач РФ:

Необходимо использовать весь арсенал диагностических методов, чтобы понапрасну не прибегать к интервенции в организм пациента.

Стр. 11

Перемены

Какой быть школьной медицине?

Похоже, власти нашей страны и общество приходят к осознанию необходимости медицинского сопровождения детей в образовательных учреждениях. К такому выводу пришли участники парламентских слушаний в Государственной Думе РФ. Эта же мысль звучала и на пресс-конференции «Законодательные инициативы в сфере школьной медицины».

– Ситуация требует незамедлительного разрешения, – подчеркнул председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Морозов. – Сегодня ответственность за здоровье учащихся возложена на учителя. А что он может сделать, если у одного из 30 школьников на его уроке начались судороги или приступ астмы? Да в этом случае даже я со своей специальностью детского хирурга не хотел бы купировать такой приступ, не имея медикаментов.

Учитель не имеет права давать детям лекарства, даже обычный градусник поставить. А врача или медицинской сестры в подавляющем большинстве образовательных учреждений сегодня нет.

– Мы убеждены, что в каждой школе должен находиться медицинский работник, – говорит Д. Морозов.

По его мнению, требуют пересмотра некоторые статьи законов «Об образовании» и «Об охране здоровья», а также ведомственные приказы, поскольку зоны ответственности педагогического и врачебного сообщества постоянно пересекаются.

По словам директора Института стратегии развития образования Российской академии образования Светланы Ивановой, медицинский работник в школе нужен каждый день, ведь проблем медицинского характера немало.

– Многие образовательные учреждения сохранили медицинские кабинеты, – сказала она, – но мы ждём от законодателей, что будут внесены изменения в базовые законы и врач придёт в школу и начнёт работать в контакте с учителем, контролируя в том числе и учебные нагрузки.

– Позитивные примеры, безусловно, есть, однако как исключения, – согласился Д. Морозов. – Наша задача – сделать это всеобщей практикой. Когда мы говорим о школьной медицине, никто не собирается открывать там «лекарню». Школьная медицина – в первую очередь это профилактическая медицина, которая смотрит в будущее.

Валентина ЕВЛАНОВА,
к. э. н., «МГ».

Новости

Автопарк «скорой» пополнился

В ЦРБ Тарского района Омской области прибыло два автомобиля высокой проходимости, что очень важно для этой северной таёжной местности, где практически нет обустроенных дорог.

УАЗ и «газель», приобретённые для сельских медиков по распоряжению губернатора этой сибирской административной территории Виктора На-

зарова, полностью укомплектованы медицинской аппаратурой, необходимой для скорой помощи. Более того, новые машины оборудованы кондиционерами и автономными обогревателями салонов.

Стоимость каждого автомобиля превышает 1,3 млн руб., и «газель», как сообщил главный врач центральной районной больницы Александр Мироненко, будет использоваться

для транспортировки тяжёлых больных в медучреждения Омска – это 300 км от Тары, а УАЗ передан в отделение скорой медицинской помощи. Теперь проблем с оказанием скорой медицинской помощи у тарских медиков не будет.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Новости

Показатели обнадёживают

Ушедший год для Алтайского края характеризуется снижением смертности населения. По данным Алтайкрайстата, за 9 месяцев 2016 г., по сравнению с аналогичным периодом прошлого года, смертность населения в регионе сократилась на 2,9% (на 755 человек).

– В последние годы наш регион накопил богатый опыт реализации мероприятий и программ демографической направленности, а также по снижению смертности от ведущих причин, – прокомментировал депутат Государственной Думы РФ от Алтайского края Даниил Бесарабов. Он отмечает: комплекс мероприятий, направленных на совершенствование оказания медпомощи и профилактической работы, позволил существенно снизить темпы естественной убыли населения, а также достигнуть других важнейших показателей.

Елена ЛЬВОВА.

Барнаул.

Это не приговор

В Астраханском областном онкологическом диспансере увеличены объёмы хирургических вмешательств при раке лёгкого.

Как поясняет заведующий отделением торакальной хирургии онкодиспансера Марат Газиев, онкологически адекватными являются операции в объёме пневмонэктомии и лобэктомии. В силу необходимости эти операции могут дополняться резекцией соседних органов при их поражении.

Расширенные комбинированные вмешательства, как правило, проводятся с участием медицинских специалистов различных профилей. Хирургическое вмешательство, даже не всегда радикальное, чаще всего оправдывается большей продолжительностью жизни пациента и устранением симптомов осложнений. Так, за период 2013-2016 гг. почти 60% пациентов с этим диагнозом получили хирургическое лечение, около половины из них оперированы радикально.

При этом, как отмечают специалисты, основными объектами такого лечения становятся пациенты с III стадией местно-распространённого рака лёгкого. До недавнего времени в онкологической практике такие больные считались условно операбельными. Но результаты новых исследований доказали, что, если удаление опухоли технически возможно, оно должно быть произведено. Отказ от выполнения радикальных резекций чаще всего не оправдан, поскольку альтернативное лечение при массивных новообразованиях малоэффективно.

Анна ЛЮБЕЗНОВА.

Астраханская область.

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



23 декабря 2016 г. после тяжёлой и продолжительной болезни в возрасте 89 лет ушёл из жизни учёный с мировым именем, кавалер орденов «За заслуги перед Отечеством» IV, III и II степеней (1997, 2003, 2008), Октябрьской Революции (1987), Трудового Красного Знамени (1969, 1977), лауреат премии Правительства РФ в области науки и техники (2001), заслуженный деятель науки РФ (1994), доктор медицинских наук (1973), профессор (1977), академик РАМН (1986) и РАН (2012) **Николай Федотович ИЗМЕРОВ**.

Николай Федотович родился 19 декабря 1927 г. в городе Фрунзе (ныне Бишкек), Киргизия. После окончания Ташкентского медицинского института (1952) был направлен на работу в Москву, в Министерство здравоохранения СССР.

В 1962-1964 гг. работал заместителем министра здравоохранения и главным санитарным врачом РСФСР.

В 1964-1971 гг. по рекомендации высшего руководства СССР Н.Измеров работал в должности помощника генерального директора ВОЗ.

С 1971 г. и до последних дней жизнь и трудовая деятельность Н.Измерова неразрывно связана с НИИ медицины труда, сначала в качестве директора (1971-2012), а затем и научного руководителя (2012-2016).

С 1993 г. до последних дней Н.Измеров возглавлял кафедру медицины труда Института профессионального образования Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова.

Результаты научной деятельности Н.Измерова нашли отражение более чем в 500 опубликованных работах, изданных в нашей стране и за рубежом, в том числе в 24 монографиях, учебниках, руководствах, справочниках. Именно под его руководством впервые в России издана «Энциклопедия по медицине труда» (2006), не имеющая аналогов в мире, национальные руководства – «Профессиональная патология» (2011) и «Профессиональные заболевания органов дыхания» (2015).

Им подготовлено более 40 кандидатств и 30 докторов наук. Н.Измеров являлся почётным академиком многих зарубежных и отечественных академий и членом редколлегии многих научных журналов. Несколько десятилетий Николай Федотович являлся главным редактором журнала «Медицина труда и промышленная экология». Именно с именем Н.Измерова неразрывно связана Ассоциация врачей и специалистов медицины труда, инициатором создания и президентом которой он являлся.

На протяжении многих лет мы знали Н.Измерова как талантливого учёного, продолжающего и развивающего лучшие традиции отечественной медицины, сочетающего в себе высокий профессионализм, исследовательский энтузиазм с огромной и неуёмной работоспособностью. Николай Федотович, будучи не только известным учёным, но и мудрым наставником, добрым и открытым человеком, снискал заслуженное уважение и признание коллег.

Светлая память о Н.Измерове, видном учёном, прекрасном и отзывчивом человеке, навсегда сохранится в наших сердцах.

События

Учатся говорить
и слышать мир

Дети готовятся лечиться и проходить реабилитацию у себя дома

В Волгоградской областной клинической больнице № 1 после капитального ремонта торжественно открылся сурдологический центр с отделением реабилитации детей, прошедших кохлеарную имплантацию.

– Глухим детям во внутреннее ухо вставляется специальный электронный имплантат. Система звуковоспроизведения позволяет адаптировать этих совсем глухих детей с тем, чтобы они слышали окружающий мир, – рассказывает главный врач Волгоградской областной клинической больницы № 1 Наталья Кушнирук.

После операции дети должны пройти реабилитацию. Такая долгосрочная программа для маленьких пациентов действует в федеральных центрах. Это не всегда удобно. Поэтому лучше проводить такую реабилитацию дома.

В волгоградском центре дети с сурдологами-педагогами учатся говорить. Здесь есть игровая комната, где они пытаются общаться между собой, приобретая навыки разговорной речи.

Кроме того, после установки кохлеарного имплантата, первая настроечная сессия проводится в федеральном центре, а вот последующие – в центре в Волгограде. Если возникнет необходимость, то родители могут связаться по интернету с клиникой, где проводилась первичная настройка речевого процессора.

– В нашем центре работают квалифицированные специали-



Первые дни в обновлённом сурдологическом центре

сты – врачи-сурдологи, сурдопедагоги, сурдологи-оториноларингологи, невролог, медицинский психолог, – рассказывает главный врач.

– Мы занимаемся и другим ответственным делом – обследованием слуха у новорождённых. На первом этапе благодаря современному скрининговому отоакустическим системам слух младенца

проверяется сразу при рождении. А затем, уже по показаниям, обследуется в нашем центре. Такая своевременная диагностика и качественная терапия позволяют предупредить развитие тяжёлых патологий.

Александр КУЗНЕЦОВ,
соб. корр. «МГ».

Волгоград.

Перспективы

Будет специальная
«скорая»

Разработку автомобиля «скорой медицинской помощи» для Крайнего Севера обсудили на совещании во главе с губернатором Магаданской области. Спецавтомобиль разрабатывается на базе шасси КамАЗ.

По информации директора Магаданского автоцентра КамАЗ Али Кариева, сегодня разработка проекта завершается, вскоре он пройдёт испытания и поступит в производство. Автозавод КамАЗ уже собрал автофургон и передал его на оснащение медицинским оборудованием одной из компаний. После установки оборудования вскоре должны начаться ходовые испытания на Камском автозаводе. Это будет автомобиль высокой проходимости с полным приводом, приспособленный к холодному климату и бездорожью. Сам медицинский модуль разработан с учётом пожеланий медиков по тепловому режиму, освещению «без тени», оснащён спецсигналами и другим оборудованием для

оказания медицинской помощи. А.Кариев добавил, что в процессе эксплуатации автомобиля у медиков и водителей скорой помощи могут появиться новые замечания, которые будут учитывать конструкторы и вносить изменения в проект.

Как сообщил директор автопарка Магаданской станции скорой медицинской помощи Станислав Волков, новый автомобиль позволит эффективно оказывать своевременную медицинскую помощь больным в случае нелётной погоды, в условиях бездорожья, снежных заносов.

«Автомобили КамАЗ работают на Колыме не одно десятилетие. Эти машины хорошо зарекомендовали себя в сложных дорожных условиях, особенности этой техники прекрасно знают водители, поэтому проблем с эксплуатацией новой скорой помощи возникнуть не должно», – сказал С.Волков.

Обновление парка автомобилей «скорой» является одним из приоритетов работы правительства

Магаданской области. Совсем недавно в регион поступили 6 автомобилей скорой помощи на базе «газели», а ранее – ещё 10 на базе «соболя». Кроме того, к Магадану приписан на постоянное дежурство вертолёт МЧС.

Губернатор дал поручение региональному Минздраву продолжать координацию работы всех участников проекта.

«Мы надеемся, что в результате наших совместных усилий с федеральными ведомствами, автозаводом КамАЗ, компаниями-производителями медоборудования получится надёжная машина скорой помощи высокой проходимости, которая будет успешно работать не только в Магаданской области, но и в других регионах Севера и Дальнего Востока», – подчеркнул Владимир Печёный.

К слову, интерес к проекту уже проявили медики из Камчатского края и Якутии.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Магадан.

Из первых уст

Интересной и серьёзной вам работы!

Уважаемые коллеги!

От всей души хочу пожелать вам, чтобы наступивший 2017 г. стал временем важных начинаний в сфере охраны здоровья и в системе обязательного медицинского страхования. Задачи системы ОМС сегодня шире, чем просто финансирование медицинской помощи. Внедрение принципов пациенториентирования и персонализированного сопровождения каждого застрахованного – это качественный прорыв в совершенствовании механизмов защиты прав наших граждан.

Практическая реализация этих принципов осуществляется в работе контакт-центров, колл-сервисов и горячих линий, личных электронных кабинетов, электронных регистратур и других форм обратной связи, которые сегодня интенсивно развиваются в регионах.

В середине ушедшего года был сделан первый шаг в создании института страховых поверенных, который за полгода доказал свою эффективность. До 80% обращений к страховым представителям перво-

го уровня завершались разрешением проблемы при первом контакте.

На втором этапе, стартовавшем 1 января 2017 г., страховые поверенные начнут оповещать застрахованных о графике диспансеризации и необходимых прививках. Таким образом, будет обеспечиваться оптимальная маршрутизация пациентов, контроль выполнения профилактических и лечебных мероприятий, сопровождение и поддержка россиян на всех медицинских этапах.

Страховой представитель станет ключевой фигурой в системе ОМС, помощником и защитником граждан: с конкретными именем и фамилией, с хорошо знакомым номером телефона.

Хочу пожелать всем в новом году интересной и серьёзной работы, которая приносит удовлетворение и гордость за достойные результаты. Счастья и здоровья вам, дорогие друзья и коллеги!

Наталья СТАДЧЕНКО,
председатель Федерального фонда
обязательного медицинского страхования.

Официально

В помощь заключённым

Закон, регламентирующий порядок оплаты медицинской помощи заключённым, пострадавшим на производстве, принят Государственной Думой РФ в третьем чтении.

Документ предусматривает проведение оплаты страховщиком дополнительных расходов на медицинскую помощь, осуществляемую на территории России, непосредственно после произошедшего на производстве тяжёлого несчастного случая до вос-

становления трудоспособности.

В расходы войдёт покупка лекарственных препаратов и медицинских изделий, изготовление и ремонт протезов, протезно-ортопедических изделий и ортезов, а также обеспечение заключённых техническими средствами реабилитации и их ремонт.

Другие виды дополнительных расходов будут осуществляться после освобождения заключённого, получившего тяжёлую травму на производстве, это, в частности, оплата ухода, медицинская ре-

билитация, обеспечение транспортным средством и профессиональное обучение.

Действующее в настоящее время законодательство, что характерно, не содержит положений, касающихся порядка оплаты дополнительных расходов, связанных с реабилитацией, в отношении лиц, осуждённых и привлекаемых к труду в местах лишения свободы.

Матвей ШЕВЛЯГИН.

МИА Сити!

Решения

Трансферты распределены

Распоряжением Правительства РФ № 2772-р от 22.12.2016 распределены межбюджетные трансферты из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС в размере 3200 млн руб.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ (статья 51) в 2017 г. на эти средства будут производиться единовременные компенсационные выплаты (в размере 1 млн руб. на одного специалиста) медицинским работникам в возрасте до 50 лет, имеющим высшее образование, прибывшим в 2016 и

2017 г. или переехавшим из другого населённого пункта на работу в сельский населённый пункт, рабочий посёлок, или посёлок городского типа и заключившим договор с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Федерации. Такие выплаты финансируются за счёт межбюджетных трансфертов, предоставляемых территориальному фонду обязательного медицинского страхования из бюджета ФОМС, и средств субъектов Федерации в соотношении соответственно 60 и 40%. Эти единовременные выплаты медицинским работникам осущест-

вляются в рамках подпрограммы «Кадровое обеспечение системы здравоохранения» Государственной программы «Развитие здравоохранения». Они предоставляются на основе заявок субъектов Федерации. И позволяют дополнительно трудоустроить около 5 тыс. врачей в медицинские учреждения сельских населённых пунктов, рабочих посёлков и посёлков городского типа.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

Москва.

Статистика

Материнство вне кризисов

В Республике Хакасия по итогам 2016 г. показатель абортности снизился с 20,1 на 1000 женщин фертильного возраста до 18,9. В абсолютных цифрах это более 350 прерываний беременности, которых не произошло. Пока не очень большая по цифрам, но весьма убедительная по сути победа хакасских медиков стала результатом целенаправленной работы по профилактике абортов, которая ведётся в регионе на протяжении последних лет. С октября 2013 г. в Хакасии реализуется проект «Ты не одна», который направлен на повышение рождаемости.

В Министерстве здравоохранения республики подчёркивают, что положительная динамика в таком важнейшем медико-демографическом показателе, как прерывание нежелательной беременности, в значительной мере обусловлена усилиями психологов и социальных

работников, а также активной пропагандой, направленной на повышение информированности населения о средствах контрацепции.

Эффективный способ побудить женщину «не пороть горячку» – неделя тишины. Семь дней на раздумье – обязательное условие для каждой

беременной, которая обращается к врачу за направлением на аборт. За это время она должна посетить кабинет медико-социальной помощи.

В учреждениях родовспоможения Хакасии организованы 14 кабинетов медико-социальной помощи женщинам, оказавшимся в непростой ситуации репродуктивного выбора или кризисной беременности. Работающие здесь специалисты помогают пациенткам разобраться в том, действительно ли их жизненные обстоятельства «противоречат» материнству и повлияет ли аборт на выход из социального или психологического кризиса?

Важно, что консультирование проводится не только для самой беременной, но и для её партнёра, который также должен принимать участие в принятии решения по столь важному вопросу, как рождение его ребёнка или аборт.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Поздравление с юбилеем



Коллектив Института повышения квалификации ФМБА России сердечно поздравляет с 75-летием со дня рождения, 53-летием врачебной, организаторской, общественной деятельности ветерана здравоохранения и атомной промышленности России, активного участника ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, ректора института, профессора РЕВУ Владимира Дмитриевича, который прошёл путь от рядового врача до руководителя здравоохранением Новосибирска.

С 1984 г. В.Рева работает в системе ФМБА России, в том числе с 1992 по 2002 г. он был руководителем Федерального медико-биологического управления при Минздраве России, а с 2002 г. по настоящее время является ректором Института повышения квалификации ФМБА России.

За большие заслуги в области развития отечественного здравоохранения и медицины, многолетнюю плодотворную работу заслуженный врач Российской Федерации В.Рева награждён орденами: Почёта; Мужества; «За заслуги перед Отечеством» IV степени; ему объявлена благодарность Президента РФ.

Желаем Вам, дорогой Владимир Дмитриевич, и в дальнейшем неиссякаемой энергии и оптимизма, доброго здоровья и семейного благополучия.

**Профессорско-преподавательский состав
и ректорат Института повышения квалификации.**

Однако

Стоматология впереди



Согласно данным исследования, проведённого Российской ассоциацией медицинского туризма (АОММТ), на первом месте в рейтинге отечественных медицинских услуг у иностранных пациентов оказалась стоматология.

«Специалисты АОММТ проанализировали запросы на медицинские услуги, сделанные в течение 2016 г. иностранными гражданами, и составили список самых востребованных поводов для посещения России пациентами из-за границы. Возглавляет рейтинг по запросам среди иностранцев такое направление, как стоматология. Данным видом медицинских услуг интересовались в 2016 г. 44% иностранных пациентов», – говорится в сообщении ассоциации.

Как уточняется, в клиники Центрального федерального округа обращались, в основном, граждане стран СНГ (республики Узбекистан, Казахстан, Украина, Беларусь, Таджикистан и т.д.) и Европейского союза – Франции, Германии, Великобритании, Италии, Эстонии, Польши, а также граждане США. Отмечается, что чаще всего речь шла о лечении сложных и дорогостоящих за границей случаев, таких как хирургия и ортопедия (в частности, имплантация и протезирование).

На втором месте в рейтинге оказались урология и гинекология (в общей сложности 23% иностранцев интересовались данным направлением). «Иностранные туристы из стран ближнего зарубежья, Европы и ОАЭ ехали, в основном, в Москву за экстракорпоральным оплодотворением. Расходы на ЭКО в московских клиниках для иностранца в среднем в 2,5 раза дешевле, чем в родной стране. Среди иностранцев, сделавших запрос на ЭКО, можно выделить англичанок, немок, итальянок, эстонки и жительниц стран СНГ. Стоит отметить, что Россия по ЭКО почти приблизилась к общемировым показателям –

каждый 150 ребёнок рождён с помощью данного метода. В Европе в среднем 3-4,5% всех детей зачаты и рождены с помощью метода ЭКО, в США этот показатель составляет около 2%», – подчеркнули в АОММТ.

Также отмечается, что третье место по запросам на медицинские услуги среди иностранных граждан (17%) заняла пластическая и эстетическая хирургия. Услуги пластических хирургов в России оказались для иностранцев дешевле в среднем на 13%. Среди такого рода услуг были популярны различные виды подтяжек лица и омоложения, пластика носа и груди. Оказывается, многие российские пластические хирурги проходят практику в Женеве, Торонто, Париже и Лондоне, где получают передовые знания в своей области, и могут в равной степени конкурировать со своими зарубежными коллегами. За консультациями и возможным последующим лечением в российские клиники обратились около 11% приезжающих в страну иностранцев. Отмечается, что из конкретных медицинских услуг их интересовала замена тазобедренного и других суставов. За данными сложными хирургическими вмешательствами обращались в российские клиники граждане США, Франции, Великобритании и Прибалтики.

Пятое место по запросам делят такие направления, как сердечно-сосудистая хирургия (3% иностранцев интересовало данное направление) и офтальмология (около 2%). «В связи с тем, что в России есть хорошие опытные хирурги, а цены на коронарное шунтирование ниже, чем во многих странах, данная операция пользуется стабильным спросом среди иностранных граждан из стран СНГ, Средней и Восточной Европы. Что касается офтальмологических операций, то среди них популярны лазерная коррекция зрения и восстановление сетчатки глаза.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

Об этой аварии в июле 2013 г. сообщили многие СМИ России: на трассе Москва – Уфа в Нижегородской области фура выехала на полосу встречного движения и врезалась в микроавтобус с паломниками из Марий Эл, следовавшими в село Дивеево к Серафиму Саровскому. Погибли 5 человек, пострадали – 9. Среди пострадавших была и врач-невролог поликлиники № 4 Йошкар-Олы Светлана Художникова.

Все дальнейшие события – яркое свидетельство безмерной любви пациентов к этому удивительному доктору. Их молитвами, их реальной помощью она вновь обрела здоровье, встала на ноги после многомесячного лечения и вышла на работу.

Старшая из восьми детей

Зоотехник Иван Художников пользовался огромным авторитетом у односельчан. Ни выходных, ни праздников, ни отпусков – бесконечные вызовы днём и ночью, в любую погоду, и ни разу он никому не отказал в помощи. А ещё Иван слыл человеком добрым и щедрым: в семье восемь детей, богат никогда не жили, но в Пасху он собирал молоко, творог, масло, яйца, в августе, в Преображение Господне, набирал этиро яблок и отправлял детей с этими дарами в дома соседей, где жили бедно: угостите людей!

Старшая дочка Светлана – вся в отца, такая же добрая, открытая, трудолюбивая, и профессию выбрала с тем расчётом, чтобы помогать людям – поступила в Йошкар-Олинское медицинское училище, где была одной из лучших учениц, несмотря на трудности с русским языком – родной-то язык марийский.

Классная руководительница – проницательная Наталья Викторовна Патрушева, видя старание деревенской девушки, не раз говорила ей: «Тебе надо учиться дальше, из тебя получится хороший врач». Светлана после медучилища 3,5 года поработала медсестрой в психиатрической больнице и убедилась: чтобы реально помогать таким пациентам, надо учиться дальше.

Наша коллега

Добро имеет свойство возвращаться

Когда доктор – подарок судьбы

«Только не уезжайте!»

На распределении выпускница Ижевского мединститута с красным дипломом С.Художникова удивила всех: ректор предлагал ей любую кафедру, а она, отличница, председатель профкома, член партбюро, распределилась в железнодорожную узловую больницу города Красноуфимска Свердловской области, объяснив свой выбор просто: «В семье восемь детей, родители помочь мне не смогут. Поеду на периферию зарабатывать квартиру».

И поехала. Работы не боялась: мало того, что за плечами медучилище и практика в психиатрической больнице, так ещё со 2-го курса института была главным врачом зонального стройотряда, а с 4-го вела врачебный приём в студенческой поликлинике.

В Красноуфимске 3 года поработала неврологом, у пациентов пользовалась заслуженной любовью, а жила по-прежнему в общежитии. Обмолвилась: наверное, буду уезжать. И тут приходит больная: «Светлана Ивановна, у нас квартира трёхкомнатная, дети обеспечены. Мы её разменяем и вам отдадим однокомнатную квартиру. Только не уезжайте!». Следом идёт ещё одна пациентка: «У нас пятиэтажный дом, поделим его пополам, только оставайтесь!». А тут и начальник общежития Лидия Михайловна со своим предложением: «У меня квартира новая, сыновья живут далеко, я всё время на работе. Въезжай в эту квартиру, а я буду в общежитии, в комнате для приёма гостей с отдельным входом. Дадут тебе квартиру – разберёмся, кому где жить».

Много ли таких докторов, которым пациенты готовы отдать своё жильё, лишь бы врач их не покинул? Въехала она в квартиру Лидии Михайловны, а когда через 2 года ей дали своё жильё, так и осталась тут, а новую квартиру отдала Лидии Михайловне.

Но года через полтора душа затосковала по родным местам, и она вернулась в Йошкар-Олу, пришла на работу в поликлинику № 4.

– Здесь такой замечательный коллектив, – считает Светлана Ивановна, – что уходить никуда не хочется, хотя и много куда звали. Пациентов своих люблю, хочется им всем помочь. Болезни сложные вылечить трудно, но вселить надежду, облегчить страдания, просто душевно отнестись к человеку – моя задача.

Для больного такой доктор – подарок судьбы. Светлана Ивановна – не просто профессионал высокого класса, умеющий точно поставить диагноз и грамотно лечить, в ней есть то, чего нам иногда не хватает – искреннее сострадание. Она с любовью принимает всех, будучи уверенной: в каждом человеке есть хорошее, плохими людей делают обстоятельства. Их и надо менять. Молва о таких врачах расходится быстро, и к заслуженному врачу Марий Эл С.Художниковой идут и едут пациенты не только со всего города, но и из районов республики – знакомые, знакомые знакомых и совсем незнакомые люди. Ей как будто хочется отплатить добром всем, кто помогал в тяжёлое время,



когда находилась между жизнью и смертью, кто молился за здоровье любимого доктора и ждал её возвращения.

Молитвы за здоровье

После аварии летом 2013 г. она очнулась в реанимации больницы в городе Лысково Нижегородской области, куда попала с множественными переломами тазовых костей. Первые дни после аварии – как в тумане. Но отлично помнит, как обрадовалась приезду заместителя главного врача поликлиники № 4 Н.Егошина, его медсестры с мужем и Л.Лихачевой – медсестры самой Светланы Ивановны. Подумалось: теперь-то уж точно не пропаду. Они всё устроили так, чтобы уход за нетранспортабельной пациенткой был самым лучшим.

А дальше – настоящая эстафета добра и реальной помощи. Патриарх Кирилл, узнав о проис-

шедшем, позвонил митрополиту Нижегородскому и Арзамасскому Георгию, тот навещал больных, принёс цветы и фрукты. Приезжал архиепископ Йошкар-Олинский и Марийский Иоанн, помог деньгами. В это время в поликлинику № 4 в Йошкар-Оле обращались один за другим пациенты Светланы Ивановны, приносили деньги, на которые потом лежачим больным в Лысково покупались памперсы. У Веры Платоновны Черепановой – йошкар-олинского врача, с которой Светлана Ивановна совершала паломнические поездки по святым местам, в Лысково оказалась родственница, ей передали собранные деньги, и она ежедневно приносила в больницу свежую домашнюю еду.

Светлана Ивановна находилась в Лысково 40 дней. Множество прекрасных людей заботились о ней всё это время. Дальше была дорога домой, лечение в травматологии Йошкар-Олинской городской больницы у врача-травматолога С.Николаева, поставившего её на ноги, а потом – постоянное дежурство пациентов и друзей, которые по очереди варили для любимого доктора холодец и приносили ежедневно, чтобы кости лучше срастались.

Через полгода она вышла на работу. А пациенты, радуясь выздоровлению врача, всё несли ей маленькие иконки – на здоровье. Их сегодня в кабинете Светланы Ивановны десятки два как напоминание о душевной щедрости и милосердии дарителей.

Жизнь продолжается, и снова на приём к С.Художниковой идут бесконечной вереницей больные, а в День медицинского работника ей дарят сотни цветов – буквально вёдрами! Раньше из лепестков этих роз она даже варила варенье. А сейчас просто раздаёт цветы коллегам. Говорит: Бог даровал мне жизнь, чтобы я несла добро людям. И каждый день заказывает молебен о болящей Фотинии с благодарностями – воздаёт тем, кто молился за её здоровье и ждал возвращения.

Ольга БИРЮЧЁВА,
внешт. корр. «МГ».

Республика Марий Эл.

Акция

В барнаульском специализированном транспорте «Время быть здоровым» прошла просветительская акция, приуроченная к Всемирному дню борьбы с бронхиальной астмой. Организаторами мероприятия стали Главное управление Алтайского края по здравоохранению и фармацевтической деятельности и краевой Центр медицинской профилактики.

Основной целью проведения Всемирного дня больного бронхиальной астмой является привлечение внимания общественности к проблемам, связанным с этим заболеванием. Важно вовремя оказывать квалифицированную помощь больным, а также повышать уровень осведомлённости населения относительно бронхиальной астмы. Она, как известно, сопровождается такими распространёнными симптомами, как приступы удушья, одышки, появление свистящих хрипов, ощущение тяжести в грудной клетке, а также кашель. Другими сопутствующими симптомами могут быть обильные выделения из носа, его заложенность и раздражение глаз.

В настоящее время это заболевание – серьёзная проблема современного здравоохранения. В России от неё страдают около 7 млн человек – 9% среди детей и 5% среди взрослых. Астма редко приводит к смерти, однако является частой причиной инвалидизации. При этом, как отмечают российские специалисты, в первые 10 лет жизни часто болеют мальчики, с 10 до 60 лет – несколько

Утопающие на суше

Как жить с бронхиальной астмой?



Пассажирам трамвая и троллейбуса было интересно пообщаться со специалистами профилактической медицины

чаще женщины, а с 60 лет – мужчины.

Особенно настораживает тот факт, что регистрируются, главным образом, тяжёлые и среднетяжёлые формы, при этом упускаются из поля зрения до 30% больных лёгкими формами бронхиальной астмы. У 3 из 5 больных бронхиальной астмой диагноз устанавливается через много лет после дебюта заболевания. Об этом рассказали

специалисты краевой профилактической службы в трамвае и троллейбусе «Время быть здоровым».

– В нашем регионе тема профилактики этого заболевания не менее актуальна, чем во всём мире и в целом по России. В Алтайском крае в 2015 г. было зарегистрировано около 34 тыс. человек с бронхиальной астмой среди взрослого населения и около 6 тыс. детей в возрасте до 14 лет. Впервые в жизни

такой диагноз в 2015 г. был установлен у 2129 взрослых и у 662 детей до 14-летнего возраста, – рассказал заведующий отделом мониторинга факторов риска хронических инфекционных заболеваний краевого Центра медицинской профилактики Александр Ударцев.

– В качестве профилактики бронхиальной астмы необходимо предупреждать заболевания органов дыхания: закаляться и заниматься физкультурой с раннего возраста, исключать из рациона сильные пищевые аллергены, строго соблюдать противопоказания при проведении профилактических прививок. Избыточная масса тела – это не только фактор риска развития диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, но и астмы. Поэтому рекомендуется употреблять большое количество овощей и фруктов, а продукты, содержащие насыщенные жиры, лучше ограничивать. Тем самым можно предотвратить развитие аллергии и астмы у детей, – объяснял пассажирам тематического трамвая заведующий отделом организации и координации профилактической помощи взрослому населению краевого Центра медицинской профилактики Василий Дехарь.

Врачи в этот день показали барнаульцам, как правильно поль-

зоваться ингалятором, предотвращающим воспаление, провели дыхательную гимнастику, обучили основам скандинавской ходьбы. Этот вид физической активности тренирует 90% мышц и практически не имеет противопоказаний.

В рамках акции пассажирам раздали медицинские маски для лица, информационно-методические материалы, разработанные региональным центром медицинской профилактики. Курящему населению, наиболее часто страдающему от хронической обструктивной болезни лёгких, было предложено пройти тест Фагерстрема, показывающий степень никотиновой зависимости. Вред употребления табака объяснили наглядным примере с куклой-курильщицей. Она показала, что происходит с лёгкими, когда выкуривается только одна сигарета.

Всем пассажирам было рекомендовано пройти обследование в центре здоровья. Там, на основании полученных результатов обследования, специалисты проведут оценку наиболее вероятных факторов риска, резервов организма с учётом возрастных особенностей, сделают прогноз состояния здоровья, составят каждому индивидуальную программу по здоровому образу жизни. Кроме того, врачи дадут рекомендации по питанию, физической нагрузке, режиму труда и отдыха, по отказу от вредных привычек.

Наталья ВДОВИНА,
внешт. корр. «МГ».

Барнаул.

Фото автора.

Тема юридической защиты врачей, которую подняли на страницах «Медицинской газеты», коснулась меня и других сотрудников нашей клиники самым непосредственным образом. Думаю, наш опыт может быть интересен, а главное – полезен профессиональным врачебным ассоциациям, так как он показывает, что причины конфликтов врача и пациента могут иметь корни в несовершенстве нормативных актов, отсутствии единого мнения и, как ни странно, отсутствии корпоративной культуры.

Я – стоматолог с 22-летним опытом работы, руководитель негосударственной стоматологической клиники в Москве. Около двух лет назад к нам обратилась пациентка М., в возрасте чуть старше 50 лет, с высоким социальным статусом. Больная захотела поменять старые мостовидные протезы на новые. После рассмотрения панорамного рентгеновского снимка была дана первичная консультация. Учитывая объективные данные, мы предложили пациентке два возможных варианта: изготовление съёмных протезов или имплантация с последующим протезированием несъёмными конструкциями. Она категорически отказалась от съёмного протезирования и согласилась на установку нескольких опорных имплантатов с последующим протезированием мостовидными протезами.

Исходя из желания пациентки, мы приняли этот вариант как рабочий и направили её на конусно-лучевую компьютерную томографию (КЛКТ) верхней и нижней челюстей. После изучения результатов исследования мы провели вторую консультацию, на которой более подробно остановились на возможности реализации намеченного плана и тех трудностях, с которыми нам придётся иметь дело. Трудности в лечении были обусловлены непростой клинической ситуацией: больше 10 лет назад и верхняя, и нижняя челюсти у М. были протезированы металлокерамическими мостами (две «подковы»), а к моменту её визита к нам и конструкции протезов, и оставшиеся под коронками «родные» зубы были уже в критическом состоянии. Также мы выявили сильную атрофию верхней и нижней челюстей, которая стала результатом длительного ношения протезов, недостаточной нагрузки на костную ткань из-за отсутствия большого количества зубов и хронических воспалительных процессов в оставшихся зубах. К тому же, М. обладала анатомическим дефицитом костной ткани обеих челюстей.

Вот в такой непростой ситуации нам предстояло, по требованиям закона и желанию пациентки, составить план лечения с полной стоимостью работ и сроками исполнения. Я думаю, все стоматологи встречаются с подобными случаями и знают, что тут мы попадаем в сложную ситуацию перед пациен-

том и законом: сразу определить точные сроки завершения лечения, а также полную стоимость услуг невозможно по причине того, что предстояла чрезвычайно сложная и длительная работа, где выбор тактики каждого последующего этапа был основан на результатах предыдущего. Тем не менее план лечения был составлен и согласован.

По результатам КЛКТ и лабораторных анализов мы сделали вывод, что имплантация в принципе возможна, но необходимы направленные костные регенерации (НКР) в больших объёмах. Было принято

решение начать реабилитацию с нижней челюсти. Мы удалили жевательные зубы, и, используя костный материал, провели НКР, закрыли участок в области жевательной группы зубов титановой сеткой, а через 3 месяца удалили сетку, ушив слизистую. Последующая КЛКТ показала хорошие результаты наших манипуляций. И сама пациентка отметила, что её челюсть стала толще.

Выждав ещё 2 месяца, мы установили 3 имплантата в этой области. Учитывая, что даже после такой подготовки условия не самые лучшие, мы взяли минимально возможные имплантаты, устанавливая их под инфильтрационной анестезией, контролем радиовизиографа и зондирования нижнечелюстного канала в минимальной близости от него, используя каждую долю миллиметра. Установка и реабилитационный период прошли нормально, жалоб пациентка не предъявляла, наоборот была воодушевлена успехами.

Необходимо было ждать, когда завершится процесс остеоинтеграции первых трёх имплантатов, чтобы продолжить работу. Это было в августе 2014 г. В конце декабря того же года М. пришла в клинику вновь с намерением продолжить лечение. Объективно, по данным обследования, процесс остеоинтеграции установленных имплантатов прошёл успешно, поэтому в январе 2015 г. мы установили ещё 3 имплантата слева, используя тактику расщепления гребня с одномоментной установкой и заполнением костной стружкой, смешанной с костным материалом также под инфильтрационной анестезией, и зондируя нижнечелюстной канал.

После успешного заживления и снятия швов пациентка никаких жалоб не предъявляла, и мы расстались на месяц. А встретившись, стали обсуждать дальнейшие возможные варианты. Можно было, используя установленные имплантаты, изготовить на них мостовид-

ные протезы и, проведя ревизию оставшихся во фронтальном отделе зубов, тоже использовать их в восстановлении. Или удалить эти зубы и, установив ещё 3 имплантата, сделать мостовидный протез на них. То есть перспектива успешного завершения работы с нижней челюстью была уже вполне определённой. И, претворив первый вариант в жизнь, мы вполне уместились в предварительный план лечения, превысив его не более чем на 20%. Второй вариант был несколько дороже, но пациентке он понравился больше.

В то же время, выслушав наши предложения, М. и её супруг сказали честно, что изначально не рассчитывали на столь большие финансовые затраты и выразили намерение изучить предложения на рынке имплантологии. Они предупредили, что если найдут клинику, где за то же самое им придётся заплатить в два раза меньше, то М. продолжит лечение там. Если не найдут – вернутся к нам. Стоит упомянуть, что перед первой установкой имплантатов, чтобы пациентка могла всё это время без проблем принимать пищу и без стеснения улыбаться, мы изготовили и установили ей на нижнюю челюсть временный металлокерамический протез, используя оставшиеся зубы в качестве опоры.

В течение следующих 3 месяцев я с пациенткой не виделся, но знал, что в моё отсутствие она неоднократно приходила в клинику, делала ксерокопию своей медицинской карты, запрашивала снимки. По отзывам персонала, во время визитов М. была спокойна, доброжелательна, улыбалась, то есть ничем не проявляла неудовольствия. И вдруг в конце апреля 2015 г. её представитель привезла нам претензию, в которой было сказано следующее: М. обратилась в одну из крупных столичных стоматологических клиник, где её уверили, что проведённое нами лечение было неправильным, и мы нанесли вред её здоровью.

Также говорилось, что М. начала чувствовать симптомы невралгии нижнечелюстного нерва, и в той клинике, куда она обратилась, ей предложили свой подход. Он заключался в том, чтобы удалить установленные нами остеоинтегрированные имплантаты, которые не вызывали ранее никаких беспокойств, затем сделать пересадку фрагмента пяточного нерва в нижнечелюстной канал, заменив участок якобы повреждённого нами нерва с обеих сторон, так как у пациентки вдруг возникла невралгия

нижнечелюстного нерва с обеих сторон. Проведя поверхностные консультации, специалист этой клиники удалил 3 имплантата, установленных в непосредственной близости или погружённых в просвет нижнечелюстного канала, при этом исходя только из данных КЛКТ.

М. намерена была взыскать с нас по суду более 4 млн руб., причём в эту сумму вошли не только компенсация морального вреда и затрат на лечение в нашей клинике, но также компенсация затрат на предстоящее лечение и протезирование, которые ей потребуются.

Любой специалист задастся вопросом: зачем переделывать то, что хорошо сделано? И вот тут-то кроется вся суть возникшего конфликта. Из 6 установленных нами имплантатов 3 были установлены в просвет, либо в непосредственной близости от нижнечелюстного канала. Такой подход используется в самых исключительных случаях, при значительном дефиците костной ткани у пациента. Но у данного подхода есть и противники, к числу которых как раз и относятся сотрудники той клиники, куда обратилась наша пациентка.

Однако мнение, что нельзя устанавливать имплантаты не только в сам нижнечелюстной канал, но даже на минимальном расстоянии от него – это всего лишь мнение, тогда как врачи-неврологи, занимающиеся данной проблемой, имеют другое мнение, подтверждённое их опытом и наблюдениями подобных случаев.

Нам не удалось найти никаких глобальных научных исследований на эту тему, российских и международных стандартов на сей счёт тоже не существует. Сложилась парадоксальная ситуация: преподаватели стоматологии в вузах отстаивают запретительную позицию, хотя и в мире, и в нашей стране есть практика успешной установки имплантатов в нижнечелюстной канал. Данное обстоятельство – наличие двух мнений по одному и тому же вопросу – очень тревожило нас в ходе судебного разбирательства, так как решение суда в данном случае зависело от выводов экспертов.

Возвращаясь к судебному иску, подчеркну, что представитель М. ссылаясь на то, что её подзащитная испытывала неприятные симптомы после установки имплантатов в нашей клинике: резкую боль, чувство онемения во рту, обильное слюноотечение – то есть характерные симптомы, которые сопровож-

дают травму нижнечелюстного нерва. По идее, пациентка должна была появиться у нас сразу же, как только у неё возникли болевые ощущения, потому что терпеть это просто невозможно! Но она не появилась и, судя по всему, не обращалась по этому поводу никуда. Во всяком случае, документальных подтверждений того, что эти симптомы у неё вообще были, в суде представлено не было.

Кстати, характер жалоб на нашу клинику менялся у М. от одного этапа разбирательства к другому, а формулировки с использованием

Проблемы

Опыт — сын ошибок. Чьих?

Отношение к спорным технологиям должно стать однозначным

решение начать реабилитацию с нижней челюсти. Мы удалили жевательные зубы, и, используя костный материал, провели НКР, закрыли участок в области жевательной группы зубов титановой сеткой, а через 3 месяца удалили сетку, ушив слизистую. Последующая КЛКТ показала хорошие результаты наших манипуляций. И сама пациентка отметила, что её челюсть стала толще.

Выждав ещё 2 месяца, мы установили 3 имплантата в этой области. Учитывая, что даже после такой подготовки условия не самые лучшие, мы взяли минимально возможные имплантаты, устанавливая их под инфильтрационной анестезией, контролем радиовизиографа и зондирования нижнечелюстного канала в минимальной близости от него, используя каждую долю миллиметра. Установка и реабилитационный период прошли нормально, жалоб пациентка не предъявляла, наоборот была воодушевлена успехами.

Необходимо было ждать, когда завершится процесс остеоинтеграции первых трёх имплантатов, чтобы продолжить работу. Это было в августе 2014 г. В конце декабря того же года М. пришла в клинику вновь с намерением продолжить лечение. Объективно, по данным обследования, процесс остеоинтеграции установленных имплантатов прошёл успешно, поэтому в январе 2015 г. мы установили ещё 3 имплантата слева, используя тактику расщепления гребня с одномоментной установкой и заполнением костной стружкой, смешанной с костным материалом также под инфильтрационной анестезией, и зондируя нижнечелюстной канал.

После успешного заживления и снятия швов пациентка никаких жалоб не предъявляла, и мы расстались на месяц. А встретившись, стали обсуждать дальнейшие возможные варианты. Можно было, используя установленные имплантаты, изготовить на них мостовид-

предложения, М. и её супруг сказали честно, что изначально не рассчитывали на столь большие финансовые затраты и выразили намерение изучить предложения на рынке имплантологии. Они предупредили, что если найдут клинику, где за то же самое им придётся заплатить в два раза меньше, то М. продолжит лечение там. Если не найдут – вернутся к нам. Стоит упомянуть, что перед первой установкой имплантатов, чтобы пациентка могла всё это время без проблем принимать пищу и без стеснения улыбаться, мы изготовили и установили ей на нижнюю челюсть временный металлокерамический протез, используя оставшиеся зубы в качестве опоры.

В течение следующих 3 месяцев я с пациенткой не виделся, но знал, что в моё отсутствие она неоднократно приходила в клинику, делала ксерокопию своей медицинской карты, запрашивала снимки. По отзывам персонала, во время визитов М. была спокойна, доброжелательна, улыбалась, то есть ничем не проявляла неудовольствия. И вдруг в конце апреля 2015 г. её представитель привезла нам претензию, в которой было сказано следующее: М. обратилась в одну из крупных столичных стоматологических клиник, где её уверили, что проведённое нами лечение было неправильным, и мы нанесли вред её здоровью.

Также говорилось, что М. начала чувствовать симптомы невралгии нижнечелюстного нерва, и в той клинике, куда она обратилась, ей предложили свой подход. Он заключался в том, чтобы удалить установленные нами остеоинтегрированные имплантаты, которые не вызывали ранее никаких беспокойств, затем сделать пересадку фрагмента пяточного нерва в нижнечелюстной канал, заменив участок якобы повреждённого нами нерва с обеих сторон, так как у пациентки вдруг возникла невралгия

нижнечелюстного нерва с обеих сторон. Проведя поверхностные консультации, специалист этой клиники удалил 3 имплантата, установленных в непосредственной близости или погружённых в просвет нижнечелюстного канала, при этом исходя только из данных КЛКТ.

М. намерена была взыскать с нас по суду более 4 млн руб., причём в эту сумму вошли не только компенсация морального вреда и затрат на лечение в нашей клинике, но также компенсация затрат на предстоящее лечение и протезирование, которые ей потребуются.

Любой специалист задастся вопросом: зачем переделывать то, что хорошо сделано? И вот тут-то кроется вся суть возникшего конфликта. Из 6 установленных нами имплантатов 3 были установлены в просвет, либо в непосредственной близости от нижнечелюстного канала. Такой подход используется в самых исключительных случаях, при значительном дефиците костной ткани у пациента. Но у данного подхода есть и противники, к числу которых как раз и относятся сотрудники той клиники, куда обратилась наша пациентка.

Однако мнение, что нельзя устанавливать имплантаты не только в сам нижнечелюстной канал, но даже на минимальном расстоянии от него – это всего лишь мнение, тогда как врачи-неврологи, занимающиеся данной проблемой, имеют другое мнение, подтверждённое их опытом и наблюдениями подобных случаев.

Нам не удалось найти никаких глобальных научных исследований на эту тему, российских и международных стандартов на сей счёт тоже не существует. Сложилась парадоксальная ситуация: преподаватели стоматологии в вузах отстаивают запретительную позицию, хотя и в мире, и в нашей стране есть практика успешной установки имплантатов в нижнечелюстной канал. Данное обстоятельство – наличие двух мнений по одному и тому же вопросу – очень тревожило нас в ходе судебного разбирательства, так как решение суда в данном случае зависело от выводов экспертов.

Возвращаясь к судебному иску, подчеркну, что представитель М. ссылаясь на то, что её подзащитная испытывала неприятные симптомы после установки имплантатов в нашей клинике: резкую боль, чувство онемения во рту, обильное слюноотечение – то есть характерные симптомы, которые сопровож-

дают травму нижнечелюстного нерва. По идее, пациентка должна была появиться у нас сразу же, как только у неё возникли болевые ощущения, потому что терпеть это просто невозможно! Но она не появилась и, судя по всему, не обращалась по этому поводу никуда. Во всяком случае, документальных подтверждений того, что эти симптомы у неё вообще были, в суде представлено не было.

Кстати, характер жалоб на нашу клинику менялся у М. от одного этапа разбирательства к другому, а формулировки с использованием

специальной медицинской терминологии наводили на мысль, что в желании засудить нас ей активно помогли профессионалы-стоматологи и ловкие консультанты из числа юристов. За всё время, пока длилось разбирательство, М. не соглашалась контактировать с нами, и на консилиум, организованный по инициативе нашей клиники, она прийти тоже отказалась.

Должен сказать, что юрист одной из врачебных ассоциаций порекомендовал нам соглашаться с претензией пациентки и пытаться договориться с ней об уменьшении суммы искового возмещения. То есть сразу поднять руки и сдаться без боя, признав тот факт, что мы нанесли вред здоровью пациентки. Но мы решили не сдаваться. И дело было не только в большой сумме выплаты, но и в нашем желании отстоять репутацию клиники и работающих здесь специалистов. В итоге районный, а затем и городской суд, основываясь на заключении судебно-медицинской экспертизы, отказали М. в её требованиях к нам.

Думаю, эта история может послужить поводом к тому, чтобы отношение к технологиям установки имплантатов в нижнечелюстной канал и в непосредственной близости от него было, наконец, чётко сформулировано и формализовано в стандартах или национальных клинических рекомендациях. Необходимо либо выработать критерии применения данной технологии и сказать чёткое «да», либо сказать чёткое «нет», чтобы, оказавшись на нашем месте, другие стоматологи были защищены в суде документами, которые выработаны профессиональным сообществом.

Юрий ХОЛИН,
стоматолог.

Москва.

ОТ РЕДАКЦИИ. Продолжение темы юридической защиты врачей см. на стр. 7.

Акценты

Уровень заболеваемости туберкулёзом в Амурской области снизился за последние 5 лет, и теперь меньше показателей в целом по Дальневосточному федеральному округу в 1,3 раза, но всё ещё превышает среднероссийский. В регионе создана трёхуровневая система оказания помощи больным туберкулёзом, разработан и внедрён в практическую деятельность алгоритм маршрутизации пациентов с подзором на туберкулёз.

Сегодня в целом по Приамурью показатель из расчёта на 100 тыс. населения составляет 76,9, а 5 лет назад держался на уровне 149,8.

Также в регионе уменьшилось число болеющих туберкулёзом заключённых. Если в 2014 г. их доля составляла почти 22%, то в

Амурчане реже болеют туберкулёзом

2015 г. – уже 8,9%, что меньше общего дальневосточного показателя на 9,2%. В регионе отлажено взаимодействие областного Минздрава с Федеральной службой исполнения наказаний по осуществлению совместной работы по вопросам лечения больных туберкулёзом, находящихся в учреждениях этого ведомства.

– Преобладающим направлением в системе противотуберкулёзных мероприятий является активное привлечение населения к обследованию доступными методами с целью выявления источника инфекции, – отметил Валерий Ильин, главный врач Амурского областного противотуберкулёзного диспансе-



ра. – В Приамурье разработана и внедрена организационная модель мониторинга флюорографического обследования жителей области в возрасте старше 15 лет.

По словам специалиста, в 2015 г. охват населения всеми видами профилактических осмотров на туберкулёз вырос и достиг 95,1%.

Больным туберкулёзом оказывают бесплатную реабилитационную помощь в российских санаториях физиотрического профиля. В 2015 г. такое лечение получили 53 амурчанина.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Благовещенск.

Россияне живут всё дольше, пожилых людей становится всё больше. И в последние годы всё острее становится потребность в гериатрах – тех практических врачах, которые работают в первичном звене. Но таких докторов у нас очень мало. В Москве, Санкт-Петербурге, Самаре, Екатеринбурге их пока единицы, о других городах и говорить не приходится. Специалисты жалуются – работа тяжёлая, не престижная в обществе. Чтобы увидеть «непопулярных» специалистов в работе своими глазами, мы решили побывать на приёме всего лишь двух пациентов в Российском геронтологическом научно-клиническом центре РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Главный итог – у наблюдателя-журналиста после такого испытания большая физическая и эмоциональная усталость, а что тогда говорить о врачах? Сегодня мы беседуем с неврологом-гериатром Российского ГНКЦ, сотрудником кафедры нервных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, кандидатом медицинских наук Элен МХИТАРЯН.

Лаборатория памяти – первая в России

– Элен Араиковна, почему эта специальность стала главной в вашей профессиональной жизни?

– Шестнадцать лет назад я окончила Первый Мед – ныне медицинский университет, два года училась в ординатуре клиники нервных болезней, и с 2001 г. занимаюсь когнитивными нарушениями памяти в основном у людей пожилого возраста. Удивляться здесь нечему, эта тема привлекла молодого специалиста, поскольку в клинике, руководителем которой является академик РАН Николай Яхно, давно изучали данную проблему и мне предложили заняться ею, так как она становилась всё более острой. Благодаря Николаю Николаевичу была создана лаборатория памяти – первая в России. За эти годы удалось доказать актуальность этой проблемы у пожилых людей, ведь это нельзя считать нормой. В клинику, в центр, где работает лаборатория нейродегенеративных нарушений – кабинет памяти, приезжают из разных городов и регионов врачи, для которых мы организовали курсы повышения квалификации, коллеги уже у себя открывают такие лаборатории, кабинеты и очень активно занимаются практическим решением проблемы. Сегодня службы открыты во многих городах, в интернете их легко можно найти.

После того, как к решению данной проблемы подключился Российский геронтологический научно-клинический центр, которым руководит профессор О.Ткачёва, благодаря её усилиям это направление развивается не только здесь, но и активно внедряется в стране среди гериатров и врачей первичного звена. Задача директора центра – добиться, чтобы пациенты как можно раньше попали в «нужные руки». К сожалению, пациент, которому уже 80 лет, не может сразу обратиться к узкому специалисту, вначале он должен побывать у терапевта. Но все мы знаем, что нередко терапевт, не знакомый со спецификой данной болезни, успокаивает пациента словами: «Ну что вы хотите, дорогой, у вас же возраст...». Чтобы исключить такие прецеденты с человеком, жалующимся на плохую память, необходимо проводить скрининг всех больных независимо от того, жалуются они на потерю памяти или нет. Установка одна: раз перед вами пожилой человек, ему надо провести минимальное тестирование, чтобы выявить, есть ли у него нарушения, и если «да», то своевременно направлять к специалисту.

Наши интервью

Непопулярные, но очень нужные...

В такой странной ситуации сегодня находятся наши гериатры

– Тестирование проводит гериатр или терапевт?

– Тестируют человека неврологи или психиатры. Сейчас методики стали активно внедрять в гериатрию, гериатр должен в полной мере владеть ими, но минимальное исследование должен уметь проводить и терапевт.

Как бороться со «спящими клетками»

– А как наша память связана с возрастом?

– Человек рождается с определёнными способностями. Их можно развивать в течение жизни, а можно и не задумываться над этим. Есть такое понятие, как «церебральный резерв». Наш головной мозг работает не на все 100%, и в течение всей жизни надо активно разрабатывать свой «церебральный резерв». Но часто с возрастом возникают болезни, которые приводят к гибели клеток, отвечающих за память. У рабочего, предположим, работает 50 клеток, а у учёного уже тысяча, если у первого погибнет 50 клеток, он сразу это почувствует, а для учёного это останется незаметным. Вот почему в любом возрасте мы рекомендуем всем развивать память, начиная с детства. Для этого предлагается много методик, овладейте ими, не ждите, когда будет уже поздно. Если человек обратился к нам с нарушениями, мы советуем тренировать свою память, чтобы «спящие клетки» активизировались.

– Несомненно, в арсенале врача есть и другие средства. И всё же, что лучше – принимать лекарственные препараты или развивать свою память?

– Всё зависит от того, вследствие чего у человека нарушена память – это могут быть сосудистые нарушения головного мозга, тогда достаточно скорректировать сосудистые формы риска, подлечить их, но если это признаки болезни Альцгеймера, то здесь этот процесс уже начался, и он ведёт к гибели нервной клетки, тогда без препаратов не обойтись. Всё зависит от болезни, которая конкретно привела к нарушению памяти.

– Сегодня настолько активизировались работы по изучению головного мозга, что не покидает надежда на интересные прорывы.

– Надо понимать, что эти болезни приводят к гибели нервных клеток, а они не восстанавливаются (восстанавливаются лишь их окончания), и тогда нужны препараты, которые замедляют гибель клеток. Сейчас проводят исследования, которые приостанавливают болезнь Альцгеймера, и есть препараты, растворяющие амилоид, накапливающийся в клетках гиппокампа такого больного.

Ведь часто так бывает – врач смотрит больного и не может понять, что с ним, отправляет его к другому доктору. И пациенты ходят по кругу, подолгу помощи не получают. Чаще всего им назначают препараты, в которых нет необходимости, в больницах на таких пациентов, как правило, вообще не обращают внимание, и так до тех пор, пока они не попадут к нам. Поставить диагноз старому человеку бывает очень сложно, к тому же и отношение общества к пожилым не отличается вниманием, сочувствием, нередко мы к ним просто равнодушны.

Я объясняю им, что 70 – для гериатров, это совсем не тот возраст, а чтобы чувствовать себя комфортно, надо следить за собой с молодых лет. В США провели очень крупное исследование, которое длилось 25 лет, врачи наблюдали за людьми, начиная с 30 лет, и выяснили, что те, кто ежедневно по 4 часа смотрят телевизор и ведут малоактивный образ жизни, чаще страдают деменцией. Не случайно сегодня много говорят о том, что надо самому над собой работать, не лениться, чем-то увлекаться.

Пока мы в долгу перед пациентами

– Какие конкретно методики вы используете в практике?

– Люди, достигая 60-летнего возраста, начинают замечать ухудшение памяти. Поскольку своевременно они не обращали на это внимание, то к врачу, естественно, не обращаются и попадают к нему уже только на стадии «грубой деменции», когда уже нарушено самообслуживание. Поэтому задача доктора – диагностировать таких пациентов вовремя и назначать им лечение, чтобы сохранить их возможность самообслуживания. Без лечения они уже через 3-4 года, как дети: не могут ухаживать за собой, нуждаются в посторонней помощи, и, к сожалению, эти 3-4 года пролетают незаметно, быстро, а вернуть уже что-то поздно. Мы исследуем этих пациентов, назначаем им лечение, но, увы, попадают они к нам несвоевременно. Вот почему сейчас наша задача – выявить нарушения на ранних стадиях, дать рекомендации, которые помогут, а если необходимо, назначить препараты, которые предотвращают гибель клеток, отвечающих за память.

– В чём ещё заключается ваша работа?

– Поскольку перед гериатрами, терапевтами стоят сегодня непростые задачи, мы проводим для них семинары, конференции, обучаем их, чтобы они понимали, что есть такая проблема и ею надо заниматься. У нас проводятся 4-месячные сертификационные курсы по гериатрии, выезжаем в другие города для проведения конференций.

– Вы сегодня широко используете интересные методики для определения памяти пациентов. Неужели их ещё не достаточно?

– Чтобы выяснить, нарушена ли память у человека, надо провести психологическое тестирование. Всё довольно просто – пациент получает ручку, бумагу и определённое задание, которое он должен выполнить.

– Только слепой может не заметить такую очевидную тенденцию в нашей жизни, как старение населения. Что особенно волнует в связи с этим гериатров?

– Зайдите в любую поликлинику, и без слов станет понятен основной контингент её пациентов. Сегодня выясняется, что у нас либо не диагностировали заболевания пожилого возраста, либо не считали это необходимым. Но есть закон жизни – чем старше становится человек, тем у него выше шансы заболеть возрастными болезнями. В настоящее время каждые три секунды на планете деменцией заболевает один человек. В нашей стране около 2 млн людей страдают деменцией, и это беда. Такие пациенты должны получать специфическое лечение, а получают его не более 5%.

– Почему многие думают, что таких пациентов больше в крупных городах, насыщенных автотранспортом, предприятиями, перенаселением? Возможно, это связано с тем, что здесь повсюду испытываешь нервное напряжение.

– Нет, это не связано с данными факторами, просто это болезнь пожилых людей. Наша кафедра предлагает практикам полезные советы, рекомендации, активно работает в этом направлении. Мы выпустили книгу о деменции, сейчас готовим рекомендации по диагностике когнитивных нарушений. Поскольку я не только веду приём, но занимаюсь ещё и научной деятельностью, нагрузка у меня, как и у любого коллеги, максимальная, но и гериатры, и пациенты ждут наших рекомендаций. Я невролог, то есть врач двух специальностей – неврологии и гериатрии.



– Точнее, люди даже сторонятся таких больных, принимая, что с ними очень нелегко...

– Человек рождается с определённым характером, в течение времени он скрывает свои недостатки, поскольку для нас важно общественное мнение – а что скажут окружающие, а как надо себя вести. Но как только вы стареете и у вас появляется болезнь, которая особенно влияет на память, то у человека резко обостряются истинные черты его характера, которые были скрыты. Болезнь Альцгеймера также проявляется по-разному. Часто и родственники ведут себя с ними неправильно.

– В нашем мире это сложно.

– И всё же, когда разговариваешь с родственниками, объясняешь им ситуацию, они меняются. Гериатры обязательно должны проводить с близкими пациентов беседы, рассказывать, как вести себя с ними. Говорят, что человеку столько лет, на сколько он себя чувствует. Иногда приходят 70-летние и признаются, что давно поставили на себе крест.

Например, мы просим пациента нарисовать часы – круг, расставить в нём цифры времени и далее отметить стрелками определённое время. Даже с таким простым заданием справляются далеко не все. Затем следуют другие задания. Когда пациент набирает определённое количество баллов, можно выяснить, есть ли у него нарушения памяти. Можем предложить за одну минуту назвать как можно больше слов на букву, предположим, «с». Есть тесты на ориентировку. Занимает тестирование от 30 минут до 1,5 часов, и на основании такой диагностики делаем вывод о состоянии памяти и далее назначаем либо препараты, либо упражнения, пациент приходит к нам через 2 месяца, мы снова проводим тестирование и определяем эффективность назначенных для лечения мер. Всё это делается амбулаторно, это вполне под силу для врача поликлиники. Госпитализируем больного редко, только в том случае, если причина патологии неизвестна или врача что-то смущает, не укладывается в наши схемы. Но впереди ещё много работы.

– Сколько лет вы практикуете, какой опыт успели приобрести?

– Работаю уже 15 лет. Конечно, опыт накоплен, но, к сожалению, не появилось много новых методик. Сейчас на стадии исследований есть несколько препаратов, которые смогут кардинально помочь пациентам. Наши специалисты тоже участвуют в этих разработках, мы надеемся, что через год-два станет понятной их эффективность, а значит, и возможность использовать в практике. За рубежом активно занимаются деменцией. Сейчас повсюду развиваются поиски по оценке памяти, но, на мой взгляд, наиболее интересные исследования во Франции, Англии и особенно в США. В основном их проводят неврологи, психиатры, но в последнее время активизировались и геронтологи, и гериатры.

Индивидуальный подход – важнейшая задача

– С вашими пациентами очень трудно работать, где вы черпаете силы для постоянного взаимного общения, внимания к ним, деликатности, ведь иногда пациенты «несут такую чушь», что сориентироваться даже сложно.

– Скажу откровенно, к этому надо привыкнуть. Действительно, вначале, когда я только осваивала профессию, приходилось выходить из кабинета в другую комнату, чтобы успокоиться, да и сейчас порой приходится не легче, когда по многу раз задаёшь один и тот же вопрос, разъясняешь поставленную перед больным задачу. Но с опытом приходит умение, например, в какое русло направить пациента, чтобы он мог всё сделать, как надо. Это зависит тоже от твоего опыта – надо выяснить, на что он откликается, что у него не получается, поскольку каждый пациент индивидуален.

– А чем сама специальность может привлечь врача? Приходит к вам старый немощный возрастной пациент, порой ему трудно что-то сказать врачу.

– А мне их жалко, я им сочувствую, потому что в основном врачи не ведут таких пациен-

тов, жалко их родственников, которые не знают, что с ними делать.

– Ваш учитель – академик РАН, замечательный врач, что в нём вас особенно удивляет, за что вы испытываете к нему благодарность, стараетесь ли воспитать важные качества у себя?

– За отношение к больному. Надо видеть, как он осматривает пациента, как с ним беседует независимо от того, есть у него время или нет, а у него дел невпроворот. Его обходы – это целая наука, он врач старой школы, и это уже говорит о многом, он смотрит человека целиком, а не как «узкий специалист».

– Очевидно, что перспектива у невролога-гериатра, работающего с возрастными пациентами, одна – спокойно смотреть реалиям в глаза, всегда оставаясь прежде всего доктором.

– Мы – люди, и, как все, устаём, расстраиваемся по мелочам. Но мы с коллегами имеем дело с престарелыми, старыми людьми, у которых свои особенности характера, заболевания, с которыми надо разбираться. Не случайно я могу за приём принять не более 3-5 пациентов. Чаще устаёшь психологически и эмоционально, слушая их жалобы, даже тестирование проводить нередко довольно сложно. Устаёшь от неравного «обмена энергиями», врач отдаёт её гораздо больше своему пациенту. С больным иногда занимаешься от 1,5 до 3 часов, а то и более. Но ты выбрал эту профессию... Как говорится, судьба направила туда, куда и следовало, если бы я занималась молодыми, то углубилась бы в изучение их проблем.

– Многие врачи стараются «держаться от пожилых, старых людей подальше», вы же в молодом возрасте начали изучать проблемы старшего поколения. У вас другой характер?

– Нет, я как врач просто понимаю, что к этой категории пациентов надо иметь другой подход, понимать, что передо мной больной человек. Я доктор, который должен помочь. К сожалению, родственники этого не понимают, приходится с ними часами беседовать, разъяснять. Зачастую они не понимают, что их близких к нелёгкому состоянию привела болезнь. Увы, наше общество пока таково... Невролог-гериатр знает, что у пожилых меняется характер, поведение – это специфично для возраста, а значит, пожилому надо воспринимать с учётом возраста, а не как молодого. Не характер у них плохой, просто у них что-то не получается ввиду нездоровья. Больных это тоже задевает, они пробуют измениться, но им делают замечания, что воспринимается болезненно, а результат один – меняются взаимоотношения, причём взаимно – и у более молодых, и у стариков.

– Ваш главный совет пациентам?

– Если вам за 60 лет, не пренебрегайте сходить на приём к гериатру. Он вовремя подскажет любому, как не стареть, подольше сохранить свою память и не зависимость от посторонних жизнь, чтобы вы были как можно дольше хозяином своей жизни, а не немощным стариком, которому она в тягость.

Беседу вела
Валентина ЗАЙЦЕВА,
корр. «МГ».

Фото
Юрия ЛУНЬКОВА.

Авторитетное мнение

Эмоции – плохой советчик для судьи

России нужен институт медицинских адвокатов и, может быть, даже «клинических» прокуроров

В № 88-89 «Медицинской газеты» за 23 и 25 ноября 2016 г. опубликованы статьи, авторы которых – профессор Н. Григорьев и профессор А. Фёдоров – поднимают очень актуальную тему защиты российского врача в конфликтных ситуациях на досудебном этапе и этапе судебных разбирательств.

Согласен с обоими авторами: проблема юридической защиты врача в России на самом деле не решена, в то время как количество судебных исков, которые выставляют пациенты к лечебным учреждениям и отдельным медработникам, растёт. Но дело даже не в количестве исков, а в том, что не отработана процедура проведения разбирательства по ним. Ведь когда мы говорим о назначении лечения, то чётко следуем правилу: пациент не может сам определить себе тактику терапии или заявить своё требование на операцию по ВМП – это является компетенцией врача, поскольку в вопросах медицины необходимы специальные знания. А когда говорим о конфликте, который возникает между врачом и пациентом, неудовлетворённым качеством оказанной медицинской помощи, то в этот спор почему-то вступают структуры, не связанные с медициной. Хотелось бы, чтобы в России был сформирован институт медицинских адвокатов и, может быть, даже медицинских прокуроров.

Да, есть независимая медицинская экспертиза, но всегда ли она настолько независима, как это декларируется, особенно если экспертов находит адвокат пациента? Недавно в Государственную Думу РФ внесены поправки в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», предполагающие разрешить некоммерческим профессиональным врачебным организациям тоже выступать в качестве экспертов в судебных разбирательствах. Это правильное решение, потому что, определяя качество оказанной медицинской помощи конкретному пациенту и степень «вины» врача, нужно ориентироваться не на эмоции, а на голый прагматизм.

Проведём параллель с оценкой эффективности системы здравоохранения. Можно оценивать по количеству жалоб пациентов, а можно – по росту продолжительности жизни, снижению инвалидизации, увеличению количества случаев онкологических заболеваний, диагностированных на 1-2-й стадиях, – то есть по показателям, которые никак не связаны с субъективной оценкой и эмоциями. Такой же подход необходимо использовать в судебном разбирательстве в отношении медработников: процесс не должен превращаться в состязание эмоций, задача суда – заниматься выяснением истины.

Увы, тема медицины всегда окрашена эмоциями. Вот типичный пример жалоб, которые поступают от населения на работу



службы скорой помощи: «Мы ждали врача два часа, а когда он приехал, то ничего не предпринял, в итоге больной умер». Смотрим время выезда бригады и время доезда к постели больного – 15 минут. Но, по ощущениям родственников тяжело больного человека, ожидание растягивается на часы. Между тем сегодня, в эпоху информатизации здравоохранения, мы можем видеть объективную информацию, что же на самом деле произошло на вызове «скорой». Электронную историю болезни подделать невозможно! Так давайте же использовать возможности информатизации для проведения досудебной экспертизы.

Если бы мы могли отладить механизм досудебного разбора конфликтной ситуации и выходить в суд с готовым её анализом, это было бы очень важным подспорьем. То, что такая система до сих пор в нашей стране не создана, с моей точки зрения, объясняется прежде всего недостаточной работой профессиональных врачебных ассоциаций. Даже в ответе на вопрос, правильно или неправильно лечили конкретного пациента, мнения разных экспертов не всегда совпадают. Почему? Да потому что стандарты медицинской помощи должны быть разработаны и утверждены не чиновниками, а профессиональными врачебными ассоциациями, тогда исчезнут поводы для разночтений, прав или не прав был врач в той или иной ситуации, тем или не тем методом лечения он воспользовался.

Именно такая история недавно произошла с одним из лучших хирургов-эндоскопистов Новосибирской области, уважаемым специалистом, стаж которого превышает 40 лет. Случилась трагедия: в результате осложнения после операции пациентка погибла. Врач сделал всё так, как предписано российскими и международными рекомендациями. Но эксперт, к которому обратился адвокат истца, высказал слабо мотивированные сомнения в правильности тактики ведения больной. И хотя доводы этого эксперта не были убедительными для нас, профессионалов, суд встал на сторону истца. Думаю, немаловажное значение в этом деле сыграло то, что оно с первого дня было под пристальным вниманием региональных СМИ, которые в заголовках своих статей и телесюжетов заведомо вынесли врачу обвинительный приговор.

Институт экспертов, третейский суд – это то, что поможет нам не только готовить объективные материалы для судебных слушаний, но и профилактировать серьёзные конфликты, вовремя выявляя те или иные проблемы в организации и качестве оказания медицинской помощи. Да, в определённой степени система контроля качества в здравоохранении выстраивается. Росздравнадзор, федеральное и региональные министерства здравоохранения, страховые компании, фонды ОМС в меру своих полномочий этим занимаются. Но когда речь заходит о судебном разбирательстве, должна быть дана не формальная «чиновничья», а именно экспертная оценка действия врача или медицинской сестры.

Я также положительно отношусь к идее страхования профессиональной ответственности медработников. Это не означает, что мы должны сразу соглашаться с претензиями пациентов и спешить выплачивать суммы по предъявленному иску. Но коль скоро размеры компенсаций морального и материального вреда становятся всё больше и больше, а решения суда далеко не всегда оказываются в пользу медицинских учреждений и врачей, необходимо всё-таки иметь страховой финансовый запас.

Чи это должны быть деньги – вопрос спорный. В одних странах врачи страхуют себя сами, в других страхователем выступает администрация клиники. Да и российские страховые компании пока боятся с нами работать: размеры исков большие, а значит, риски страховщиков тоже велики. Тем не менее в Новосибирской области под эгидой региональной Ассоциации врачей с нынешнего года реализуется система страхования профессиональной ответственности врачей, в ней участвуют уже более 50 государственных ЛПУ. Какие-то медицинские организации взяли оплату полностью на себя, где-то это были соплатежи, а в большей части медучреждений страховые суммы – от 400 до 1000 руб. – заплатили сами сотрудники.

Страхование профессиональной ответственности врача и создание третейского суда в российском здравоохранении – задачи, не противоречащие друг другу, а напротив, взаимодополняющие. Хорошо, что эту тему подняла «Медицинская газета», однако необходимо идти дальше, выносить дискуссию на уровень профессионального врачебного сообщества и федеральной законодательной власти. Чем сильнее будет резонанс от этой дискуссии, тем быстрее мы решим стоящие перед нами задачи, самая важная из которых – сломать сформированные в глазах общественности предвзятые образы некомпетентного, безответственного врача и здравоохранения.

Олег ИВАНИНСКИЙ,
министр здравоохранения
Новосибирской области,
заслуженный врач РФ.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 1 (2031)

(Окончание. Начало в № 98 от 28.12.2016.)

Тяжесть общего состояния больных и кровотечение при СМВ зависят от объёма кровопотери и дефицита объёма циркулирующей крови. В работе нами были использованы методы подсчёта индекса шока (ИШ) по Альговеру – Бурри как соотношение частоты сердечных сокращений и систолического артериального давления. За норму ИШ принимали уровень $0,54 \pm 0,021$, каждое увеличение ИШ на 0,1 ед. – потеря 200 мл крови или 4% ОЦК. По данным литературы, ошибка метода при средней степени тяжести кровотечения составляет 10%, при тяжёлой – до 15%.

Нами для определения объёма кровопотери используется модифицированный метод Мооре, который вычисляется по формуле:

$$V_{\text{кп}} = \frac{(Ht_{\text{д}} - Ht_{\text{ф}}) \times 100}{\text{ОЦК}_{\text{д}}}$$

где $V_{\text{кп}}$ – объём кровопотери (мл); $\text{ОЦК}_{\text{д}}$ – должный или исходный ОЦК (у женщин – 60-65 мл на 1 кг массы тела, у мужчин – 70-75 мл); $Ht_{\text{д}}$ – показатель гематокрита должный (у мужчин – 47% (40-54), у женщин – 39% (36-42)); $Ht_{\text{ф}}$ – гематокрит фактический.

Расчёты показали, что достоверность данного метода составляет в зависимости от тяжести кровотечения 85-87%.

С учётом известного факта, что ОЦК достаточно часто и стабильно составляет 0,07 часть массы тела человека, формула Мооре была нами модифицирована:

$$V_{\text{кп}} = m \times 0,07 \times \frac{(Ht_{\text{д}} - Ht_{\text{ф}})}{Ht_{\text{д}}}$$

где $V_{\text{кп}}$ – объём кровопотери (мл); m – масса тела больного в граммах; $Ht_{\text{д}}$ – показатель гематокрита должный (у мужчин – 47% (40-54), у женщин – 39% (36-42)); $Ht_{\text{ф}}$ – гематокрит фактический.

Несколько видоизменив формулу, можно рассчитать дефицит ОЦК в процентах, как отношение объёма кровопотери к должному объёму циркулирующей крови:

$$\text{Дефицит ОЦК} = \frac{V_{\text{кп}} \times 100}{m \times 0,07 \times Ht_{\text{д}}}$$

где $V_{\text{кп}}$ – объём кровопотери (мл); m – масса тела больного в граммах.

На основании обобщения и анализа клинического опыта лечения 580 больных с СМВ, результатов эндоскопического (n-1180), ультразвукового исследований (n-168), визуальной оценки операционной находки при хирургическом лечении (гастростомии с ушиванием разрывов, n-54), сопоставления клинко-патологоанатомических данных (n-40), нами выделено IV стадии синдрома Маллори – Вейсса. Данная классификация является морфологической, основанной преимущественно на эндоскопических признаках синдрома и учитывает повреждение слоёв стенки пищевода, пищеводно-желудочного перехода и кардиального отдела желудка (глубину травмы).

I стадия синдрома Маллори – Вейсса характеризуется разрывом (разрывами) слизистой оболочки нижней трети пищевода, места пищеводно-желудочного перехода, кардии.

II стадия характеризуется разрывом слизистой оболочки и подслизистого слоя.

III стадия СМВ – разрыв слизистой оболочки, подслизистого слоя с вовлечением циркулярного мышечного слоя указанных отделов пищевода и желудка.

IV стадия синдрома включает разрыв всех слоёв пищевода, кардиоэзофагиального перехода.

Для I стадии СМВ характерно слабое, реже – средней степени интенсивности кровотечение (F1b), отсутствие признаков выраженной острой анемии, кровотечение чаще всего (82%) останавливалось спонтанно, без лечебного воздействия. При эндоскопическом исследовании определяется продольный поверхностный разрыв (трещина) изолированной слизистой оболочки с незначительным капиллярным кровотечением из краёв трещины.

При II стадии СМВ выявляли чаще средней (F1b), реже – выраженной (F1a) интенсивности кровотечения, у 32% больных с данной стадией была установлена выраженная острая анемия (Hb ниже 80 г/л, Ht ниже 25 ед.). При эндоскопии были выявлены продольные трещины (разрывы) с захватом подслизистого слоя, который

определялся при смещении слизистой оболочки по краям разрыва, с множеством сосудов с обеих сторон разрыва.

Для III стадии синдрома характерно чаще интенсивное (F1a, c, d) кровотечение, разрыв глубокий, его края имбибириваны кровью, по типу подслизистой гематомы, в отличие от СМВ II стадии, ввиду вовлечения мышечного слоя пищевода, пищеводно-желудочного перехода, область разрыва чётко не спазмируется и не смыкается.

При IV стадии синдрома, чаще с локализацией в дистальном сегменте грудного отдела и в абдоминальном отделе пищевода, отмечается разрыв всех слоёв стенки, при инсuffляции воздуха через

Таким образом, можно выделить два клинко-анатомических варианта разрыва пищевода – торакальный и абдоминальный. Первый вариант разрыва обуславливается перфорацией грудного отдела пищевода и клинические проявления определяются в виде пневмоторакса, пневмомедиастинума, подкожной эмфиземы, загрудинных болей, в более поздние сроки – гнойного медиастинита, эмпиемы плевры. Абдоминальный вариант обуславливается перфорацией абдоминального отдела пищевода и протекает клинической картиной перитонита.

Ввиду редкой встречаемости данного синдрома, неосведомлённости врачей часто уточнить диагноз можно только после обнаружения тяжёлых осложнений. В настоящее время нет общепринятого диагностического алгоритма. В то же время с некоторыми коррективками могут быть приняты диагностические программы, разработанные при травматических повреждениях пищевода А.Погодиной, М.Абакумовым (1998), А.Черноусовым (2000).

Для окончательного подтверждения диагноза нами использовались обзорная

рентгенографии и эндоскопии были выявлены по два разрыва пищевода.

Среди больных не было обнаружено повреждений пищевода размерами до 0,5 см с ограниченными затёками (до 2 см), когда можно проводить консервативные мероприятия. Больным с повреждениями грудного отдела пищевода в ранние сроки заболевания выполняли ушивание повреждённого отдела пищевода, раздельное дренирование средостения и плевральной полости, а также гастростомию.

При обширных разрывах (более 5 см), множественных разрывах в сочетании с массивным пищеводным кровотечением у 5 больных была выполнена экстирпация пищевода, дренирование средостения, плевральной полости и гастростомия.

При повреждениях абдоминального отдела пищевода после лапароскопии выполнялась лапаротомия, ушивание разрыва, дренирование брюшной полости и гастростомия. В двух случаях после неудачной попытки лапароскопического ушивания дефекта пищевода, осуществлена конверсия на лапаротомию.

Синдром Маллори – Вейсса в клинической практике

Таблица 4

Некоторые типичные признаки синдрома Маллори – Вейсса IV стадии (синдром Бурхаве)

Признаки синдрома	Количественная характеристика признака	Частота выявления	
		в абсол. числах	в процентах
загрудинные боли	выраженные	16	72,7
боли в животе	выраженные	6	27,27
рвота	–	22	100
подкожная эмфизема	в области шеи	7	31,81
гипотония	САД менее 90 мм рт. ст.	19	86,36
одышка	менее 25 в минуту	20	90,9
тахикардия	ЧСС более 100 в минуту	19	86,36
лихорадка	выше 38,5°C	20	90,9
лейкоцитоз	выше $18 \times 10^9/\text{л}$	20	90,9
анемия	Hb ниже 90 г/л	4	31,8

эндоскоп отмечается симптом «отсутствия дна» разрыва и свободное прохождение газа через разрыв. При разрыве грудного отдела пищевода при рентгенологическом, ультразвуковом исследовании выявляли пневмомедиастинум, пневмоторакс, медиастинит, при разрыве абдоминального отдела пищевода, пищеводно-желудочного перехода – перитонит.

Сложность диагностики синдрома Бурхаве – СМВ IV стадии – разнообразие его клинической картины подтверждается разными вариантами направительных диагнозов.

Ретроспективный анализ историй болезни показал, что у большинства больных начало и клинические проявления были достаточно типичными. Выраженным болям в грудной клетке, чаще за грудиной, предшествовала рвота, нередко неоднократная, у 1/3 больных была подкожная эмфизема в области шеи, верхней части грудной клетки. Только один больной начало заболевания связывал с поднятием тяжести. Кроме указанных симптомов, у больных была гипотония (у 19-86,36%), одышка (у 20-90,9%), тахикардия (у 19-96,36%), у 6 больных были отмечены интенсивные боли в эпигастральной области (таблица 4).

В более поздние сроки и при позднем поступлении больных (более 12 часов с начала заболевания) на первый план выступали признаки гнойной инфекции – синдрома системной воспалительной реакции: высокая лихорадка (выше 38,5°C), тахикардия (более 100 ударов в минуту), одышка (частота дыхания более 25 в минуту), лейкоцитоз (у 20 больных выше $18 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево и др. При разрыве абдоминального отдела пищевода у больных, как правило, была клиническая картина перитонита. У 7 больных вышеуказанные симптомы сочетались с явлениями наружного пищевода кровотечения, в том числе у 4 с выраженной анемией и показателями гемоглобина ниже 90 г/л (31,8%).

рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости, исследование пищевода с водорастворимым рентгеноконтрастным веществом, эзофагоскопия, ультразвуковое исследование органов грудной клетки и брюшной полости, лапароскопия, торакоскопия и компьютерная томография. На рис. 1 приведена схема обследования больных с СМВ-синдромом Бурхаве (СМВ-СБ), в которой отражены последовательность обследований и применения диагностических методов исследования при двух вариантах течения синдрома.

Обзорная рентгенография позволяет выявить осложнения разрыва пищевода – пневмоторакс, пневмомедиастинум, гидроторакс, а при втором варианте течения СМВ-СБ – пневмоперитонеум. При ультразвуковом исследовании выявляли наличие жидкостного компонента в плевральных полостях, брюшной полости – поддиафрагмальных полостях, подпечёночной области, боковых каналов брюшной полости.

Исследование пищевода водорастворимым рентгеноконтрастным веществом позволило диагностировать не только локализацию разрывов, но и распространённость повреждения в окружающие клеточные пространства и соседние полости, что крайне важно при выборе характера и объёма оперативного вмешательства. В двух случаях эзофагоскопия была выполнена методом компьютерной томографии с болюсным контрастированием. Данный метод даёт возможность одновременно оценить состояние средостения, плевральных полостей и обнаружить осложнения при повреждении пищевода. Эзофагоскопия применялась для окончательного уточнения диагноза после проведения рентгеноконтрастной эзофагографии. У трёх больных такая диагностическая манипуляция превратилась в лечебную, было выполнено дренирование через нос и рот пищевода и средостения. В двух случаях при рент-

В остальных случаях, при распространённых гнойных процессах в средостении, плевральной полости, тяжёлом состоянии больных ограничивались дренированием средостения, пищевода, плевральной полости и гастростомией.

На основании анализа литературных и собственных данных, касающихся этиологии, патогенеза синдрома Бурхаве или спонтанного разрыва пищевода, можно утверждать, что спонтанно (т.е. без причин, самопроизвольно) разрыв пищевода происходить не может. По нашему мнению, синдром Бурхаве является одним из клинко-анатомических вариантов синдрома Маллори – Вейсса, по предлагаемой нами классификации относится к IV стадии СМВ и сопровождается повреждением всех слоёв стенки пищевода.

Развитие синдрома Маллори – Вейсса связано с актом рвоты, позывами на рвоту, сопровождающимися резким повышением внутрибрюшного и внутрижелудочного давлений. Как было отмечено, у всех 22 больных с так называемым синдромом Бурхаве, начало заболевания было связано с рвотой. Высокое внутриполостное давление возникает в соответствии с законом Лапласа ($T = P \times R$, где T – напряжение стенки полости органа; P – внутриполостное давление; R – радиус пищевода). Справедливость такого утверждения подтверждается локализацией областей разрывов пищевода (наиболее широких сегментов пищевода) вне областей сфинктеров. Способствующими факторами являются заболевания соединительной ткани (синдром дисплазии соединительной ткани), дивертикулы, псеводивертикулёз, мышечная дисплазия, дискоординация сфинктерного аппарата.

При проведении эндоскопических исследований нами использована классификация J.Fogrest (1974) в модифицированном варианте. Также применительно к СМВ мы использовали дополненную

В.Подшиваловым (2006) классификацию гастродуоденальных язвенных кровотечений. В соответствии с дополнениями, в классификацию введены ещё 2 критерия:

- F1d – источник кровотечения не виден, интенсивное кровотечение без возможности локализовать, визуализировать источник кровотечения;
- F1c – фиксированный сгусток в области дна разрыва или по краю разрыва (разрывов) с подтеканием крови из-под сгустка.

В классификации J.Forrest – В.Подшивалова выделены: I тип: продолжающиеся кровотечения – 1a – струйное, артериальное кровотечение из видимого источника; 1b – капиллярное, диффузное кровотечение; 1c – из-за интенсивности кровотечения источник не виден; 1d – фиксированный сгусток с подтеканием крови из-под него. II тип: состоявшееся кровотечение – 2a – видимая сосудистая культи в дефекте; 2b – фиксированный сгусток в видимом дефекте без подтекания крови; 2c – сгусток, полностью закрывающий источник кровотечения; 2d – включения гемосидерина в дне язвы. III тип: чистое дно язвы.

Дополнительные критерии к классификации J.Forrest обусловлены прежде всего необходимостью срочного выбора метода остановки кровотечения во время уточнения диагноза, как правило, во время эндоскопического исследования. Несмотря на то, что эндоскопические методы гемостаза в настоящее время являются наиболее часто применяемыми, в ряде случаев возможности этих способов явно преувеличиваются, гемостаз не достигается, и время окончательной остановки кровотечения хирургическим способом затягивается.

Применительно к синдрому Маллори – Вейсса в данной классификации нами также сохранены критерии интенсивности кровотечения: F1c – фиксированный сгусток (сгустки) в области дна и по краям разрыва (разрывов) с одновременным кровотечением. По сути, F1c является комбинацией двух типов характеристик – F1a и F2b, но из-под сгустка подтекает кровь, в некоторых случаях данную ситуацию эндоскопист оценивает как F2b при незначительном кровотечении, а попытка гемостаза, в частности термическим способом или электрокоагуляцией, как правило, безуспешна без удаления кровяного сгустка, а удаление последнего

приводит к интенсивному кровотечению, то есть F1c превращается в F1a. Попытка клипирования через сгусток крови также технически трудновыполнима. Критерий интенсивности F1d – интенсивное кровотечение без возможности локализовать, визуализировать источник кровотечения (неконтролируемое кровотечение), любые методы эндоскопического гемостаза безуспешны.

В нашей классификации дополнительно выделен тип F3a – чистое дно и края трещины с элементами грануляций. При отсутствии таких эндоскопических данных (F3в) и тенденции к заживлению разрывов, когда края, дно разрывов бледно-сероватым оттенком, слабо выраженной грануляцией, регенерация в таких случаях протекает по типу длительно незаживающих ран и при отсутствии целенаправленной терапии они могут трансформироваться в хронические язвы.

Лечебная тактика после выполнения универсальных и специальных методов исследования зависела от тяжести общего состояния и кровотечения, характеристик источника кровотечения – разрыва (разрывов) и с тактических позиций больные с СМВ были разделены на 3 группы.

Первая группа – больные с наружными (выраженными) признаками продолжающегося кровотечения (обильная, чистая рвота кровью, мелена, стул с малоизменённой кровью), признаками геморрагического шока, нестабильной гемодинамикой, дефицитом ОЦК больше 40%, показатель гематокрита меньше 20-25%, САД (систолическое артериальное давление) меньше 90 мм рт.ст., ЧСС больше 120 в минуту. Эндоскопическое исследование невозможно ввиду тяжести состояния больного и частой рвоты или при фиброэзофагогастроскопии – картина F1d или F1a. Данная группа больных после кратковременной подготовки в отделении реанимации или без неё направлялись в экстренную операционную. Во всех случаях при ФЭГДС попытки эндоскопической остановки кровотечения были безуспешны. Всего больных из I группы было оперировано 49 (8,44%).

Больные второй группы с выраженными признаками острого кровотечения, постгеморрагической анемии (дефицит ОЦК от 20 до 40%) в момент поступления нет клинических признаков продолжающегося

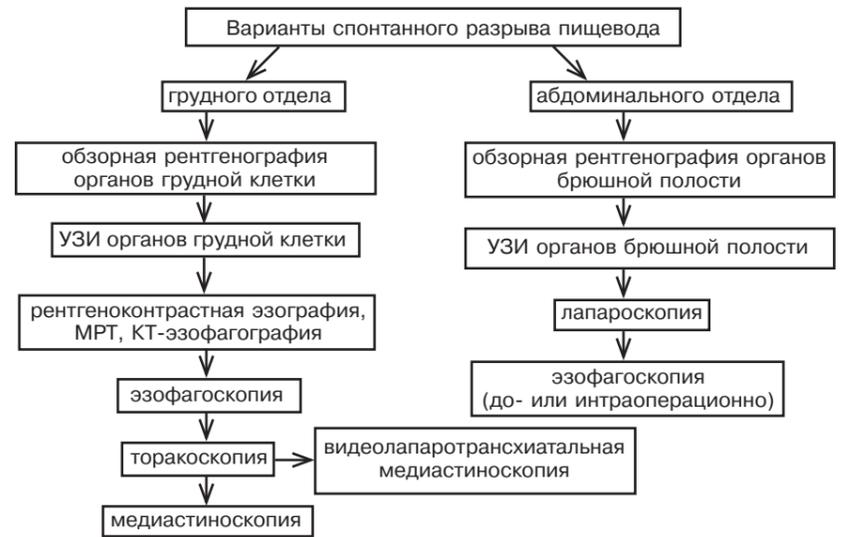


Рис. 1. Схема обследования больных с синдромом Маллори – Вейсса. IV стадии – синдрома Бурхаве

кровотечения (рвоты кровью), лабораторные данные свидетельствуют о выраженной анемии. Этим больным выполнялась экстренная ФЭГДС для уточнения источника, интенсивности кровотечения и характеристики по J.Forrest и определяли лечебную тактику. При показаниях и возможности выполнения проводили эндоскопический гемостаз и больных направляли в отделение интенсивной терапии для продолжения консервативной гемостатической терапии, а также для коррекции гемодинамических показателей (инфузии кристаллоидов, компонентов крови, перфторана и др.) и наблюдения во всех случаях эндоскопический гемостаз завершали оставлением назогастрального зонда. При невозможности выполнения надёжного гемостаза эндоскопическим методом больным устанавливали показания к хирургическому лечению. Первичный эндоскопический гемостаз был выполнен 96 больным (16,47%), из них у 5 (5,2%) эндоскопически не удалось добиться остановки кровотечения.

В третьей группе были больные, состояние которых было расценено как средней тяжести и лёгкой степени – без клинических признаков продолжающегося кровотечения, со стабильными гемодинамическими

показателями, дефицит ОЦК меньше 20%. Диагностические методы и определение лечебной тактики осуществляли в условиях приёмно-диагностического отделения и больные отправлялись в хирургические (абдоминальной и общей хирургии) отделения.

При эндоскопическом исследовании у 272 больных (64,91%) источник кровотечения был оценён как F2c, у 78 (18,61%) как F2a и у 69 больных (16,46%) – F2b. Больным с кровотечением F2c местные методы гемостаза, профилактики рецидива кровотечения не использовались. Больным с характеристиками F2a и F2b проводили эндоскопический мониторинг и лечебно-профилактические мероприятия осуществлялись с учётом динамики местного процесса.

Виль ТЕМИРБУЛАТОВ,
заведующий кафедрой факультетской хирургии, член-корреспондент РАН.

Шамиль ТЕМИРБУЛАТОВ,
профессор кафедры хирургии Института последипломного образования, доктор медицинских наук.

Башкирский государственный медицинский университет.

Методы профилактики и реабилитации больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата

Говоря о реабилитации больных с заболеваниями и травмами опорно-двигательного аппарата, хотелось бы ещё раз остановиться на таких простых и доступных методах, как кинезиотейпирование и гомеопатия. Простота и доступность этих методов и препаратов позволяют любому человеку оказывать самому себе или другому необходимую помощь. Тем более врачу любой специальности. Этот комплексный метод позволяет в относительно короткие сроки избавить человека от боли и страданий.

Что же это за методы? Напомним их ещё раз.

Первый. Кинезиотейпинг – один из методов физической реабилитации, применяемых в спортивной медицине. Обычно специалисты используют несколько методов сразу, объединяя процедуры в программы реабилитации. Каждая из них предназначена для восстановления функций организма после определённой травмы или операции.

Мы призываем активнее пользоваться кинезиотейпированием не только спортсменом, но и всех нуждающихся в нём в качестве реабилитационного компонента. Удобно, просто, эффективно. Особенность метода заключается в наложении кинезиотейпов – пластырных наклеек на определённые области тела.

Эффекты кинезиотейпинга:

- обезболивающий;
- противовоспалительный;
- лимфодренажный;
- динамический – облегчает движение конечности или сустава;
- миорелаксант;
- помогающий в борьбе с отёками и гематомами;
- мягкая стабилизация сустава.

– миорелаксант;

Действие тейпа начинается сразу после приклеивания и продолжается круглосуточно до 5 дней. В течение этого времени его не нужно отклеивать и снимать. Тейпы изготавливаются из современных материалов на основе хлопка и акрила, быстро сохнут, не содержат аллергенных материалов и много дней держатся на теле, не причиняя дискомфорта даже при контакте с водой.

Существуют следующие виды тейпирования:

1. Функциональное спортивное (боевое) тейпирование.

Цель: уменьшение нагрузки на мышцы, связки, суставы; является профилактикой особенно при спортивных травмах. Накладывается непосредственно на период выполнения поставленной спортивной задачи, перед соревнованиями, перед боем в контактных единоборствах. Для уменьшения нагрузки на мышцы применяют кинезиотейп, в остальных случаях возможно использование неэластичной клейкой ленты или смешанное тейпирование. Пример: тейпирование кистей и лучезапястных суставов в контактных единоборствах.

2. Лечебное иммобилизационное тейпирование.

Цель: ограничение движения в травмированной области для лечения или предотвращения осложнений. Может применяться для функционального лечения травм или заболеваний опорно-двигательного аппарата. В зависимости от вида травмы и нало-

женного тейпа спортсмен или участник соревнования после тейпирования может продолжить участие в нём, или это может быть запрещено. Пример: лейкопластырная повязка при переломе фаланги пальца стопы.

3. Реабилитационное кинезиотейпирование.

Цель: для лечения мышечных и суставных травм, отёков, синяков, болевого синдрома. Основан на применении эластичного запатентованного кинезиотейпа, который по толщине и эластичности приближен к свойствам кожи. Тейп легко клеится на гипоаллергенную клейкую основу, растягивается, не мешая движению, при движениях улучшает лимфоток и кровообращение в зоне. При этом подерживая ткани.

Основополагающим моментом метода является моделирование мышечно-фасциального сегмента с помощью определённого натяжения и направления при наклеивании тейпов. При этом воздействию подвергаются кожа, подкожная клетчатка, фасциальные образования, мышцы, связки.

Второй метод. Использование гомеопатии в комплексе с кинезиотейпингом делают эти методы привлекательными для многих специалистов, а не только спортивных врачей или реабилитологов.

В качестве гомеопатических препаратов используются биодиск, цель Т, траумель С.

Процедуры выполняются через день по 1-2 мл каждого препарата внутривенно общим курсом 5-10 сеансов в сочетании с кинезиотейпингом. Результат лечения хороший. Если спортсмен не полностью,

то практически избавляется от болевых ощущений и ограничения движений.

Мы провели небольшой эксперимент. Подобрали группу из 20 добровольцев со следующим перечнем заболеваний: растяжения связок; остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника с болевым синдромом; эпикондилиты, артрозы суставов, последствия закрытой травмы груди (ушибы мягких тканей, переломы рёбер).

В классическом исполнении таким больным, как правило, назначается противовоспалительная и анальгезирующая терапия в виде курса диклофенака (инъекции или свечи в течение 5-7 дней), комплекс витаминов В (мильгамма, комбилипен), иногда и физиопроцедуры, ограничение подвижности. Лечение затягивается до 14 суток, с положительным эффектом после 4-7 суток.

Наши больные испытывают облегчение после комбинации введения траумеля С и кинезиотейпирования уже через 1-3 суток. Разница довольно ощутима. Курс – 5-7 дней (с учётом инъекций траумеля С и цель Т через день). В общем получается 10-12 дней.

Поэтому мы ещё раз призываем чаще пользоваться проверенными и простыми методами устранения боли и последствий спортивных травм. Рекомендуемые нами методы просты, доступны и эффективны в применении.

Эдуард НАУМЕНКО,
хирург, кандидат медицинских наук,

Василий ЕВДОКИМОВ,
хирург.

В редакцию «МГ» пришло сообщение о том, что в Колонном зале Дома Союзов Московский профсоюз работников здравоохранения проведёт новогодние ёлки для детей, чьи родители всегда находятся на ответственном посту: спасают наши жизни, заботятся о здоровье. И мы с большим удовольствием побывали на новогодней ёлке.

Перед началом весёлого праздника встречи Нового года председатель профсоюза Сергей Ремизов дал короткое интервью прессе. Вот что он сказал:

– В план реализации социальной программы профсоюза входит организация праздничных мероприятий для детей медиков. Наша инициатива была поддержана Департаментом здравоохранения Москвы в рамках социального партнёрства и имеет широкий резонанс среди медицинской общественности. Мы возрождаем традиции прошлых лет, когда в Колонном зале Дома Союзов – на главной профсоюзной площадке на новогодних каникулах так же звенели весёлые голоса детей, был фейерверк эмоций, и на лицах светились счастливые улыбки. Доставим им такую же радость

юзов. По мраморным ступенькам нарядная детвора устремилась вверх в фойе в сопровождении родителей, бабушек, дедушек, где их ожидали новогодние чудеса. Первое – королевство кривых зеркал. Они подходили и удивлялись своему необычному отражению. А что же впереди? Вот она, сверкающая игрушками зелёная красавица. Рядом – радужный хозяин Дед Мороз, разумеется, с мешком подарков. Тут же степенно вышагивает Снеговик. Все кого-то ждут. Ах да, опаздывает Снегурочка, и потому Дед Мороз не начинает праздник. Без любимой внучки ему никак не обойтись при таком наплыве детей. И он предлагает громко-громко её позвать...

Наконец, все в сборе. Наступает час веселья, розыгрышам, загад-



Главная ёлка Дома Союзов

Департамента здравоохранения. Наши медики – это оплот здоровья москвичей, за это мы должны сказать им огромное спасибо. И устройство новогоднего праздника для их детей – часть благодарности за их тяжёлый, непростой труд во имя здоровья людей.

М.Антонцев, председатель Комиссии по социальной политике и трудовым отношениям:

– Самое главное, что можно сделать в этой жизни – это сделать счастливыми детей. А накануне Нового года – это уже традиция устраивать им праздники. В свою очередь это дарует им хорошее настроение, прибавляет здоровья, так как касается внутреннего состояния души.

Знаменательно, что новогодняя ёлка проводится в Доме Союзов,

Инициатива

Кто верит в чудеса...

Впервые в Доме Союзов встретили Новый год дети медиков Москвы



Дед Мороз и его команда

сегодня. Их ждёт увлекательное новогоднее представление. За 3 дня в Колонном зале на новогоднем представлении побывают 3,5 тыс. наших детей с родителями. Всем им вручат сладкие призы и подарки.

...Ровно в 11 часов распахнулись двери Колонного зала Дома Со-

кам, песням, хороводам. А ёлка, сверкая огнями, и сама бы не прочь пуститься в пляс. Да вот природой ей этого не дано. Но она заслужила добрые слова и в честь неё дети поют известную с детства песню: «В лесу родилась ёлочка, в лесу она росла и много-много радостей детискам принесла...»

После театрализованного представления Дед Мороз приглашает всех в зал на спектакль «Кот в сапогах». Конечно, Шарль Перро – автор сказки – удивился бы, послушав её в несколько интерпретированной редакции, но, увидев счастливые детские лица, не стал бы возражать, чтобы не испортить

им новогоднее настроение. Всё равно в сказке побеждает добро над злом благодаря чудесному превращению Кота в сапогах в рыцаря, которого оставил младшему сыну покойный мельник. А сын, тоже не без участия главного героя, стал маркизом де Карабасом и, в конце концов, женился на принцессе...

На новогодней ёлке мы встретили депутатов Мосгордумы Людмилу Стебенкову и Михаила Антонце-

потому что первые появились именно здесь. Профсоюз работников здравоохранения Москвы возродил эту добрую традицию.

Валентина Кравцова, председатель территориальной профсоюзной организации Восточного округа:

– Для нас это большое событие – первая профсоюзная ёлка в Колонном зале Дома Союзов. Наши дети запомнят новогодний праздник на всю жизнь.



Аплодисменты

ва, и спросили их мнение об этом почитине Профсоюза работников здравоохранения Москвы.

Л.Стебенкова, председатель Комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья:

– Очень хорошая инициатива московского Профсоюза работников здравоохранения и столичного

С.Ремизов, Л.Стебенкова, М.Антонцев пожелали медикам уверенности в завтрашнем дне, счастья, благополучия и успехов в Новом году, а их детям – целеустремлённости в будущей жизни.

Галина ПАПЫРИНА,
Анна КАБИКОВА (фото),
корреспонденты «МГ».



Кот в сапогах собственной персоной



Общение М.Антонцева с маленькими гостями ёлки

**Вместо
предисловия**

– Опухоли головного мозга – настоящий бич человечества, – открыл конференцию известный отечественный нейрохирург член-корреспондент РАН Алексей Кривошапкин. – Это новая форма эпидемии, перед которой пасует современная клиническая медицина? Что же это такое? Популяционные исследования красноречиво демонстрируют «единогласное» бессилие докторов перед данной онкологической патологией. Что характерно, злокачественные глиомы поражают в большинстве своём людей, занимающихся интеллектуальным трудом. Иными словами – все без исключения, кто находится в этом большом зале, независимо от пола, возраста, сопутствующих заболеваний и т.д. находятся в группе риска по данной нозологии. У эпидемиологов накопились данные, свидетельствующие о том, что рак головного мозга неуклонно пятится вперёд. Есть подозрения, что все те гаджеты, без которых современный человек не может прожить и дня, являются одним из факторов риска малигнизации мозговой ткани. Этому посвящён целый ряд серьёзных исследований, на многих научных площадках во всём мире ведутся активные дебаты на этот счёт, однако до сих пор нет убедительных данных, целиком и полностью подтверждающих эту гипотезу. Как и опровержений, собственно говоря.

Как известно, диагностические возможности, в том числе и при онкологических заболеваниях, не стоят на месте. Только в столичном регионе с помощью КТ, МРТ и ПЭТ ежегодно выявляются около тысячи новых случаев опухолевого поражения центральной нервной системы и головного мозга в частности. Статистика поступает в ДЗМ, задачей которого среди прочих является выявление данной патологии на максимально ранних этапах усилиями подведомственных учреждений. Наряду с этим необходимо понимать, что лечение злокачественных глиом – это командный подход. В одиночку с этим недугом не справиться. Отдельно взятый метод лечения (хирургия, химиотерапия, лучевая терапия) в таких ситуациях малоэффективен. Только мультидисциплинарный подход (нейрохирург, онколог, лучевой терапевт и рентгенолог) может хоть как-то повлиять на относительно благоприятное (и то – в незначительной степени – **Д.В.**) течение этой суровой болезни. Долгожителями в данном случае именуют пациентов, перешагнувших 4-летний рубеж с момента постановки этого страшного диагноза.

История болезни

Осенью 2015 г. в одну из столичных частных клиник поступил 56-летний пациент с жалобами на внезапное нарушение речи, письма, невозможность счёта. Всё это происходило на фоне повышения АД до 220/120 мм рт.ст. Перечисленные жалобы появились во время отдыха в одной из стран Европейского союза. Европейские доктора, что логично, заподозрили у больного острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу, однако проведённая в местной клинике МРТ, продемонстрировала наличие опухоли головного мозга. В этой связи мужчине была назначена гормональная терапия с целью относительной компенсации состояния для возможности транспортировки без угрозы для жизни в страну проживания. Несколько дней спустя пациент поступил в частную клинику Москвы.

При поступлении был заторможен. Доктора выявили сенсорную афазию, акалькулию, правостороннюю гомонимную гемианопсию и незначительный гемипарез справа. Примечательно, что лабораторные и инструментальные методы обследования не выявили ни

Онкология – не только бич, но и один из главных трендов клинической медицины на современном этапе. В экономически развитых странах именно злокачественные новообразования лидируют в структуре общей смертности населения, обходя на «крутом вираже» сердечно-сосудистые катастрофы. Более того, в этих государствах образовательная программа на предмет той или иной патологии включает в себя онкологический раздел. Иными словами, с раком в экономически развитых странах, так или иначе, сражаются клиницисты практически всех специальностей.

Отдельный интерес не только с научно-практической, но и социальной точки зрения представляют онкологические патологии центральной нервной системы. В частности, злокачественные новообразования головного мозга рецидивируют практически в 100% случаев, безжалостно унося людские жизни. Более того, рак главного органа человеческого организма «молодеет» с каждым годом, поражая всё более юные группы населения.

Клинический разбор

Злокачественный рецидив

Возможно ли победить рак головного мозга?



Внутренняя аудитория мероприятия

единой сопутствующей патологии. Это подтвердили и родственники – с их слов пациент ни разу не обращался ранее за медицинской помощью. Больному повторно выполнили МРТ, по результатам которой в левом полушарии головного мозга на границе затылочной, височной и теменной долей отмечалось объёмное образование, окружённое зоной отёка белого вещества, демонстрирующее признаки злокачественности.

По результатам МРТ перед докторами стоял выбор: биопсия с целью верифицированного гистологического диагноза с частичным удалением опухоли или же так называемая максимально безопасная её резекция. На основании данных мировой литературы и личного опыта врачи выбрали второй вариант, удалив опухоль в пределах здоровых тканей. С целью убедиться в радикальности удаления новообразования на следующие сутки пациенту повторно выполнили МРТ головного мозга. Заключение: остаточная опухолевая ткань в области проведённой операции в объёме 2 см³. Таким образом, опухоль была удалена на 98%.

Врачи добились главной своей цели. После проведения хирургического лечения у пациента нивелировались речевые расстройства и гемипарез – клинические улучшения были, что называется, и налицо, и на лице. Удалённая опухоль была отправлена на гистологическое исследование. Морфологи заключили: глиобластома – диагноз, при котором одного хирургического лечения недостаточно. Такие больные нуждаются в адъювантной терапии, включающей в себя фракционную лучевую терапию наряду с химиотерапией,

после проведения которых каждые 3 месяца больным с данной онкологической патологией необходимо делать МРТ головного мозга.

Итак, через 3 месяца после операции по месту жительства на МРТ у пациента отмечалось увеличение объёма зоны головного мозга, накапливающего контраст, а также нарастание отёка белого вещества вокруг. Это было трактовано как прогрессирование заболевания, в связи с чем больной вновь обратился в частное учреждение, где доктора констатировали ложное прогрессирование опухолевого процесса.

Дело в том, что, согласно международным критериям, регламентирующим наблюдение за пациентами с глиобластомой на фоне лечения в течение 12 недель с момента окончания лучевой терапии, критерием истинного прогрессирования онкологического процесса является только появление новых очагов накопления контрастного вещества вне зоны облучения. Как известно, каждый третий пациент, получающий химиотерапию, демонстрирует псевдопрогрессирование опухоли на МРТ.

8 месяцев спустя от начала лечения клинически и по данным МРТ у больного доктора заподозрили рецидив малигнизующего процесса. Однако вышеотмеченных методов обследования для столь серьёзного резюме не всегда достаточно. С целью детального ответа на свои многочисленные вопросы в той же частной клинике пациенту была проведена ПЭТ, подтвердившая предположения клиницистов. Несмотря на клиническую сохранность, у пациента нарастала

Очаговая симптоматика. Было принято решение о повторной резекции опухоли посредством ультразвука с интраоперационным облучением. На следующие сутки больному в очередной раз провели МРТ, продемонстрировавшую эффективность проводимого лечения. 3 месяца спустя (декабрь 2016 г.) – плановое МРТ. Данных за рецидив опухолевого процесса выявлено не было.

Именно об этом шла речь на очередной Московской городской клинико-анатомической конференции, собравшей руководителей столичных учреждений, а также главных специалистов Департамента здравоохранения Москвы и прошедшей, по традиции, под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития, профессора, заслуженного врача РФ Леонида ПЕЧАТНИКОВА. Забегая вперёд, хочется отметить, что у проводимого мероприятия отсутствовал так называемый анатомический компонент – на суд клинической общественности был вынесен случай без летального исхода. Тем не менее эта история вызвала неподдельный интерес у собравшихся.

Мы искренне верим, что пациенту с нашей помощью удалось если не победить, то хотя бы приостановить злокачественный процесс головного мозга на какое-то время. Больной не выпадает из нашего поля зрения, тщательно соблюдая все рекомендации нашей команды, – сказал А.Кривошапкин.

Слово экспертов

Салим НИДАЛЬ – главный специалист по лучевой терапии ДЗМ:

– Лучевая терапия – неотъемлемый компонент комплексного лечения пациентов с глиобластомой. Несмотря на радикальное хирургическое удаление этой опухоли в 100% случаев происходит её рецидив. Лучевая терапия – единственный метод, дающий таким больным и их родственникам надежду на более-менее достойное качество жизни в течение нескольких последующих лет. Именно это является главной нашей задачей на сегодняшний день.

Сергей МОРОЗОВ – главный специалист по лучевой диагностике ДЗМ:

– В рамках ОМС в столичном регионе функционируют 3 позитронно-эмиссионных томографа. Данный вид диагностики доступен всем столичным жителям при на-

личии соответствующих показаний. Что касается обсуждаемого пациента, то, с моей точки зрения, залогом весьма эффективного лечения является междисциплинарный подход к его ведению. Для меня этот больной представляет как научно-практический, так и общечеловеческий интерес. Я искренне надеюсь, что в итоге ему удастся одержать победу над своим заболеванием. Я от души желаю ему этого.

Жан-Мишель ДЕРЛОН – профессор, руководитель отделения нейрохирургии Канского университета (Франция):

– Я занимаюсь ПЭТ более 20 лет. Это, без преувеличения, – диагностика будущего. КТ и МРТ уступают ей в несколько раз. Особенно этот метод актуален и просто незаменим при диагностике опухолей головного мозга, позволяя визуализировать опухолевый процесс размером в доли миллиметра, тем самым предотвращая его рецидив, что называется, на корню.

Эвалдас ЧЕСНУЛИС – нейрохирург, профессор Цюрихского университета (Швейцария):

– ПЭТ – лучший помощник для нейрохирурга: мы оцениваем опухоль на молекулярном уровне. Совершенно неинвазивно, кстати говоря. Это даёт клиницистам возможность в высшей степени персонализировано подходить к больным. Я очень рад за российских коллег, столь успешно сражающихся с опухолями головного мозга. Обсуждаемый случай – тому пример.

Дэвид БЭРИН – рентгенолог, профессор Вашингтонского университета (США):

– Рак головного мозга приобретает характер эпидемии. Так что инновации в плане диагностики и лечения этой серьёзной патологии целиком и полностью клинически обусловлены. Приятно констатировать, что наши коллеги из Москвы идут, что называется, в ногу со временем. Мы всегда рады поделиться с ними накопленным опытом, а также позаимствовать кое-какие их наработки.

**Резюме
председателя**

– На прошлой такой конференции мы с вами, уважаемые коллеги, вспомнили нашего незаурядного соотечественника – академика Сергея Юдина, очень справедливо заметившего в своё время, что профессионализм хирурга измеряется не количеством эффективных проведённых операций, а количеством воздержаний от хирургического вмешательства. В те времена такое воздержание диктовалось опытом и практическими навыками хирурга. К счастью, в настоящее время существует целый ряд объективных методов обследования больных, который и помогает хирургу вовремя воздержаться от оперативного лечения. Одним из таких методов является ПЭТ.

То, что подчас кажется первой или второй стадией онкологического заболевания, при ПЭТ может оказаться четвёртой, когда хирургическое лечение совершенно не показано. Нетрудно догадаться, что во всём мире хирурги, мягко говоря, не слишком жалуют ПЭТ-сканирование, которое им снижает операционную активность.

Я убедительно прошу коллег-хирургов не стесняться снижать свою операционную активность, если она направлена в никуда. Необходимо использовать весь арсенал диагностических методов, чтобы понапрасну не прибегать к интервенции в организм пациента. Руководство ДЗМ будет только поощрять это, уверяю вас. К счастью, некоторые наши хирурги осознали это в полной мере. Надеюсь, что и ко всем придёт понимание этой концепции, – завершил конференцию Л.Печатников.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ, обозреватель «МГ».

1 января 2017 г. в России стартовала пилотная часть проекта системы индивидуальной маркировки и мониторинга движения лекарственных препаратов. Его основная цель – обеспечить эффективный контроль качества в сфере лекарств и борьбу с фальсификатами и контрафактом.

По второму кругу

Данный масштабный проект разработан в соответствии с поручением Президента РФ по итогам совещания с членами Правительства РФ 4 февраля 2015 г. Его суть состоит в том, чтобы сделать историю движения лекарства с момента производства на предприятии до покупателя в аптеке максимально прозрачной. Для этого на каждую упаковку препарата будет наноситься специальная метка – контрольный идентификационный знак. В нём будет закодирована основная информация о ЛП (идентификационный номер серии продукции, уникальный идентификационный номер вторичной упаковки, дата истечения срока годности и дополнительные данные).

За основу взят передовой международный опыт – аналогичные системы слежения за ЛП существуют в разных странах мира. Прежде всего, они помогают бороться с лекарственным фальсификатом.

По разным оценкам, от 2 до 10% обращающейся на рынке продукции является фальсифицированной или недоброкачественной. В РФ только за первое полугодие 2016 г. было заведено 12 уголовных дел в отношении мошенников, промышляющих подделкой лекарств. Вот лишь один из примеров: МВД пресечена деятельность организованной преступной группы, осуществляющей производство и сбыт в Люберцах фальсифицированных ЛС. В общей сложности преступниками было реализовано 17 тыс. упаковок поддельного кларитина и 20 тыс. упаковок псевдопрепарата энтеродез.

– Значительную опасность для населения представляют также недоброкачественные лекарственные средства, абсолютно преобладающие в количественном отношении среди изъятых из обращения серий, – отметила начальница Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора Валентина Косенко, выступая на Международном деловом медико-фармацевтическом форуме. – Кроме того, существует

проблема так называемого «повторного вброса», когда на рынок поступают лекарства, закупленные за счёт бюджетных средств и уже реализованные – якобы выданные по рецепту или в лечебное отделение, украденные или числящиеся уничтоженными как пришедшие в негодность. Ежегодный объём рынка «повторного вброса» лекар-

ли препарат подлинным, а также не была ли отозвана конкретная серия ЛС из оборота.

– Информация о выявленных недоброкачественных лекарствах размещается на сайте Росздравнадзора, но у нас нет такой «кнопки», нажав на которую можно было бы одновременно запретить продажу этих препаратов. В этой си-

Перспективы

Прозрачная история

В России внедряется система мониторинга движения лекарств



ственных препаратов исчисляется миллиардами рублей.

Нажми на кнопку

Система мониторинга позволит решить не только проблему фальсификата. Благодаря отслеживанию движения лекарств можно будет также управлять запасами и резервами ЛС на всех уровнях, мониторировать государственные закупки и т.д. Что касается производителей, то они смогут снизить издержки за счёт более эффективного управления логистикой, уменьшить упущенные выгоды, обусловленные контрафактной и фальсифицированной продукцией.

Воспользоваться системой для получения информации смогут и рядовые покупатели. С помощью персонального мобильного устройства, используя специальное приложение, они смогут самостоятельно проверить – является

ли ситуация мы можем надеяться только на добросовестных участников системы продажи и использования лекарственных средств, что, к сожалению, не всегда оправдано, – посетовала В.Косенко.

Иными словами, если работник оптовой организации или фармацевт в аптеке не отследит эту информацию (по забывчивости или намеренно), то забракованная серия поступит в продажу и будет реализована. Сегодня именно так и происходит в подавляющем большинстве случаев.

Система мониторинга должна стать той самой «кнопкой». В случае выявления недоброкачественных, фальсифицированных или незарегистрированных лекарств, регулятор получит возможность автоматически остановить обращение данной продукции по всей товаропроводящей цепочке: ни аптека, ни дистрибьютор не смогут её продать.

Аналогичная система обязательной маркировки уже внедрена Федеральной налоговой службой России в отношении меховых изделий. Вместе с тем, как подчеркнула В.Косенко, масштабы этого рынка не сопоставимы с рынком лекарственных средств. При полном охвате лекарственных препаратов, находящихся в обороте, система

кументе, в частности, прописано, что лекарственные средства, не имеющие соответствующей маркировки, с определённого периода (обсуждается срок – 2019-2020 гг.) не смогут находиться в обращении на рынке.

Кроме того, приказом Минздрава России № 866 от 30.11.2015 утверждена концепция «Федеральной государственной информационной системы мониторинга движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя с использованием маркировки». Также разработан проект плана мероприятий («дорожная карта») по разработке и внедрению данной системы, в настоящее время он находится на согласовании в Правительстве РФ.

На первом этапе, в пилотном проекте (с 1 января по 31 декабря 2017 г.), на добровольной основе примут участие 15 производителей, 4 оптовые организации, одна крупная аптечная сеть и 38 отдельных аптек, расположенных в Москве и разных городах Московской области, Нижнем Новгороде и Санкт-Петербурге, а также 26 медицинских организаций. Первоначально будет отслеживаться ограниченный набор препаратов преимущественно из перечня «Семь высокозатратных нозологий» по полной модели товарной цепи от производителя до конечного потребителя.

На втором этапе в 2018 г. будет введена обязательная маркировка всех 100% наименований лекарственных препаратов, выпускаемых в гражданский оборот.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Дорожная карта

Как сообщила В.Косенко, в настоящее время разработан проект федерального закона, предусматривающий внесение изменений в Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». В этом до-

Кстати

В рамках контроля за обращением лекарственных средств за 9 месяцев 2016 г. Росздравнадзором установлено 1553 правонарушения обязательных требований, допускаемых медицинскими, аптечными и иными организациями при обороте лекарственных препаратов. По результатам контрольных мероприятий назначено административных штрафов на общую сумму свыше 23 млн руб. (основные нарушения – несоблюдение правил хранения, особенно лекарственных препаратов, относящихся к группе термолабильных, и несоблюдение правил розничной торговли).

Благодаря контрольным мероприятиям, проводимым ведомством, в первом полугодии 2016 г. изъято из обращения и уничтожено 3 234 580 упаковок недоброкачественных и фальсифицированных лекарственных средств. Предотвращено обращение незарегистрированных медицинских изделий (503 596 единиц), недоброкачественных (1 009 035 единиц), фальсифицированных (11 020 единиц), приостановлено применение 889 499 единиц и 17 411 единиц медицинских изделий с истёкшим сроком годности.

В рамках контроля за обращением медицинских изделий за 10 месяцев 2016 г. Росздравнадзором составлено 1348 протоколов об административных правонарушениях на общую сумму более 20 млн руб.

Соб. инф.

Фармаконадзор

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

Клофарабин

Регуляторный орган США – Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих противоопухолевое средство клофарабин, информацией о риске развития нежелательной реакции с возможным летальным исходом – гепатит и печёночная недостаточность.

Источник: <http://www.fda.gov>

Энфувиртид

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих противовирусное (ВИЧ) средство энфувиртид, информацией о риске развития кожного амилоидоза в месте инъекции.

Источник: <http://www.fda.gov>

Миртазапин

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пост-

регистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих антидепрессант миртазапин, сведениями о риске развития нежелательных реакций: рабдомиолиз, повышение уровня креатинкиназы крови.

Источник: <http://www.fda.gov>

Азацитидин

Регуляторный орган США (FDA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих противоопухолевое средство азацитидин, сведениями о риске развития некротического фасциита.

Источник: <http://www.fda.gov>

Эстрадиол

Регуляторный орган Великобритании Агентство по контролю оборота лекарств и медицинских товаров (MHRA) на основании результатов пострегистрационных исследований принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, относящихся к группе «бифосфонаты» (ЛС, содержащие

алендроновую, ибандроновую, золедроновую кислоты), информацией о риске развития остеонекроза наружного слухового канала.

При этом, как сообщает MHRA, данное осложнение регистрировалось у онкологических больных и пациентов с остеопорозом при внутривенном или пероральном назначении препаратов через 2 года и более с момента начала лечения. Были выделены следующие сопутствующие факторы риска: химиотерапия, приём кортикостероидов, инфекционные заболевания и травмы уха и слухового канала, клинические признаки холестеотомы. Специалисты здравоохранения рекомендуют врачам предупреждать своих больных о необходимости информировать их в случае появления симптомов поражения уха (боль, выделения из ушного канала и т.д.).

Источник: <http://www.gov.uk/drug-safety-update>

Ирина АНДРЕЕВА.

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

Ситуация

По данным аналитической компании RNC Pharma, с января по ноябрь 2016 г. в Россию было ввезено готовых лекарственных препаратов (ГЛП) на общую сумму 442,1 млрд руб. (в ценах выпуска в свободное обращение). Ещё на 91,9 млрд было поставлено продукции в виде in-bulk (нерасфасованные лекарственные препараты).

ли к ноябрю 2015 г. «всего» +8% в рублёвом эквиваленте, то поставки нерасфасованных ЛП выросли за год сразу на 42%. И это притом, что по ряду лекарственных препаратов ввоз in-bulk проводится по ценам, существенно заниженным (иногда в 30-50 раз) по отношению к той цене, по которой препарат затем реализуется на внутреннем рынке. Натуральный объём поставок

Таможня даёт добро

Динамика к аналогичному периоду предыдущего года составила 8,1% при расчёте в рублях, а поставки «балка» за год выросли на 17,3%. Натуральная динамика импорта ГЛП намного скромнее: за 11 месяцев 2016 г. в страну было ввезено 1,75 млрд упаковок, всего на 0,4% больше, чем годом ранее.

Как отмечают эксперты, ноябрь в полной мере продемонстрировал тенденции «высокого сезона». Глубоко позитивной динамикой характеризовались поставки как готовых форм, так и in-bulk. Причём если темпы роста по ГЛП состави-

ГЛП и in-bulk, при расчётах в минимальных единицах дозирования, составил с начала 2016 г. 38,6 млрд единиц, динамика к аналогичному периоду предыдущего года достигла 8,4%.

Доля самостоятельной таможенной очистки по итогам отчётного периода упала до исторического минимума: сейчас только 21% от денежного объёма ввозимых в нашу страну ЛП оформляется без привлечения таможенных представителей.

Анна КРАСАВКИНА.

Исследования

В ПОМОЩЬ МОЗГУ

Те же самые химические соединения, которые окрашивают некоторые растения – например морковь – в яркие цвета, а в человеческом организме работают как антиоксиданты, могут иметь дополнительные полезные свойства. Так, в Университете Джорджии (США) учёные с помощью функциональной магнитно-резонансной томографии выяснили, что высокий уровень каротиноидов в организме может содействовать более эффективной работе мозга. Об этом свидетельствуют данные небольшого исследования, в котором участвовали более 40 людей в возрасте от 65 до 86 лет.

Ранее публиковавшиеся научные работы уже подтверждали, что каротиноиды, в частности, лютеин и зеаксантин, положительно влияют на здоровье глаз и работу когнитивной функции мозга. Однако механизм работы этих микроэлементов, по словам одного из авторов текущей работы доктранта Каттера Линдберга, до сих пор изучен не был. Второй автор работы, профессор психологии Стефен Миллер, добавил, что понимание того, каким образом каротиноиды влияют на когнитивную функцию, может помочь пожилым людям сохранить мозговую активность путём приёма определённых количеств лютеина и зеаксантина в качестве пищевых добавок.

Участникам исследования

специалисты из Университета Джорджии предлагали пройти тесты, заключающиеся в воспроизведении пар слов, которые они слышали ранее. Во время прохождения тестов мозговую активность отвечавших измеряли с помощью функциональной МРТ. Уровень каротиноидов в крови респондентов определили с помощью анализа сыворотки крови, а также показаний неинвазивной фликкер-фотометрии, которая показывала, каково содержание лютеина и зеаксантина на сетчатке глаз участников.

Выяснилось, что те пожилые люди, в организме которых было много этих микроэлементов (группа 1), справлялись с задачей по воспроизведению слов эффективнее – они тратили меньше

ресурсов мозга на то, чтобы напрячь память, по сравнению с теми людьми, у которых уровень каротиноидов в организме был невысоким (группа 2). Активность мозга у участников из первой группы была ниже, а результат – приблизительно таким же, как и у участников из второй, то есть КПД мозга был выше в первой группе.

К.Линдберг прокомментировал, что внешне все пожилые люди выглядели примерно одинаково, однако в работе мозга в зависимости от количества каротиноидов в организме у участников наблюдалась существенная разница. У людей с низким уровнем каротиноидов мозг компенсировал естественные разрушительные процессы, подключив для решения задачи различные области, которые у участников с высоким уровнем лютеина и зеаксантина задействованы не были.

В будущем учёные планируют изучить, поможет ли работе мозга повышенное содержание в рационе содержащих каротиноиды овощей или введение в рацион пищевых добавок с лютеином и зеаксантином.

Идеи

Во избежание преждевременных родов

Специалисты из Университета Аделаиды (Австралия) работают над новым средством, которое поможет избежать преждевременных родов. При исследовании на мышах препарат показал высокую эффективность, и учёные назвали этот успех обнадеживающим. Действующее вещество лекарства – налоксон, опиоидный ненаркотический анальгетик, способный противодействовать другим опиоидам. Налоксон можно принимать и в период беременности.

Серия экспериментов на ждущих потомства мышках показала, что разработанный научной группой препарат, названный специалистами налоксон, существенно снижает риск наступления преждевременных родов у мышечей, заражённых бактериальной инфекцией. Кроме того, лекарство было полезно и для

мышат, чьи матери на поздних сроках беременности были инфицированы кишечной палочкой – обычно в таких случаях у новорождённых наблюдается недостаток веса, но этого в данном случае не произошло.

Руководитель исследования профессор Сара Робертсон заявила, что благодаря терапии с применением налоксона преждевременных родов, спровоцированных бактериальными инфекциями, среди наблюдаемых мышечей не было. Также не было мертворождённых или умерших вскоре после рождения мышат, а те особи, которые появились бы на свет слишком маленькими, благодаря налоксону родились нормальными.

Как известно, воспаление часто является катализатором преждевременного начала родового процесса. К повышению уровня воспаления в организме могут в том числе вести болезнетворные

бактерии, стресс или какой-либо вред, нанесённый плаценте. При этом срабатывает рецептор TLR4 – он и запускает процесс, который в нормальных условиях мог бы начаться намного позже. Лекарственное средство, разработанное австралийскими учёными, блокирует действие этого рецептора и, как показали эксперименты на животных, не даёт родам начаться раньше времени.

До полноценного препарата, который можно было бы приобрести в аптеке, ещё далеко: необходимы дальнейшие исследования, поиски нужной концентрации, испытания с участием людей. Но в целом, как говорит С.Робертсон и её коллеги, результаты исследования позволяют предположить, что множество преждевременных родов в будущем удастся предотвратить, используя комбинации лекарств, выборочно влияющих на воспалительные процессы в организме.

Почему бы и нет?

Как известно, стресс проявляется в нашей жизни в множестве ситуаций – от финансовой сферы до проблем с здоровьем. Высокий уровень гормона стресса, кортизола, со временем может начать влиять на физическое, эмоциональное и психологическое состояние. Во время стресса человек вырабатывает устойчивость к нему, и учёные решили исследовать, каким образом люди справляются со стрессом, что при этом происходит.

Результаты «свежей» научной работы показали, что у крыс, испытывающих стресс из-за нарушения социальной иерархии, производилось намного меньше количество нейронов в гиппокампе – части мозга, ответственной

Стресс тому виной

за память и регулирование уровня стресса. Животные реагировали на изменение ситуации поиском других животных, знакомых им. Это показывает, что снижение выработки нейрогена играет активную роль в социальном поведении крыс и, возможно, людей.

Элизабет Гулд, ведущий автор исследования, заявила, что даже перед лицом действительно сложной ситуации организм не даёт каких-то негативных патологических ответов, а старается приспособиться к новым условиям.

Наряду с этим стресс может привести к смерти нервных кле-

ток. Кортизол провоцирует серию реакций, в результате которых нейроны перенасыщаются кальцием и погибают, причём это могут быть даже те нейроны, которые были произведены только что. Кроме этого, стресс значительно снижает количество появляющихся новых нервных клеток и негативно влияет на скорость, с которой клетки гиппокампа передают друг другу сигналы. Если у организма не выработается устойчивость к стрессу, он может погибнуть.

В экспериментах участвовали несколько групп крыс, каждая

Автономному учреждению Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Советская районная больница»

СРОЧНО

требуется для временного или постоянного трудоустройства ВРАЧ-НЕФРОЛОГ (в центр амбулаторного диализа).

Предоставляется служебное жильё, социальный пакет согласно ТК РФ, заработная плата договорная.

Контактные телефоны:

8 (922) 433-93-03 – главный врач Антонов Владимир Валентинович
8 (34675) 3-41-20 – отдел управления персоналом.

Официальный сайт: совбольница.рф

Адрес: ул. Гагарина, д.62/а, г. Советский 628240, ХМАО – Югра (местность приравнена к районам Крайнего Севера).

Резюме направлять по адресу: sovhospital@совбольница.рф

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте www.совбольница.рф

Современные технологии

Новые возможности

Группа врачей из китайской провинции Шеньси прооперировала 46-летнюю женщину, страдавшую трахеобронхомаляцией.

Это один из врождённых пороков развития трахеи и бронхов, характеризующийся нарушением развития поддерживающих мышечных элементов. У пациентов возникают сложности с дыханием и увеличивается вероятность «схлопывания» дыхательных путей. Больных мучает кашель и одышка.

Установить традиционный стент не представлялось возможным, так как в самом узком месте просвет трахеи был шириной всего 3 мм. Пытаясь облегчить страдания пациентки, врачи решили соз-

дать полимерный стент, который был изготовлен из биodeградируемого поликапролактона.

Хирург Цао Тишенг объясняет, что при создании стента применили технологию 4D-печати. Созданные с её помощью биопротезы могут менять свою форму со временем и под действием окружающих тканей, растягиваясь и сжимаясь. Установленный стент постепенно будет увеличиваться в размерах, а через 2-3 года растворится. Повторной операции для удаления стента не потребуются.

Доктора отмечают, что сейчас пациентка чувствует себя хорошо и восстанавливается после операции. В ближайшее время её выпишут из больницы, и она будет наблюдаться амбулаторно.

Эксперименты

Кровь из кожи

Учёные из Сингапура научились делать клетки крови из клеток кожи. Они провели эксперимент на мышах – созданные таким образом клетки крови разных типов циркулировали в организме грызунов в течение нескольких месяцев. В ходе предыдущих подобных экспериментов продолжительность жизни клеток, введённых в результате однократной инъекции, не превышала пары недель.

Авторы поясняют, что клетки крови и кожи отличаются друг от друга по множеству признаков и сложно найти более непохожие типы клеток. Для того, чтобы перепрограммировать клетки кожи, учёные подвергли их действию комбинации из четырёх различных факторов, которые в норме экспрессируются в клетках крови.

Исследователи планируют теперь опробовать разработанную ими методику на человеческих клетках. В том случае, если это им удастся, это может стать важным этапом в развитии регенеративной медицины. Учёные пояснили, что созданные таким образом клетки смогут использоваться для лечения пациентов, страдающих иммунными расстройствами или нуждающихся в переливании крови. Они необходимы при проведении хирургических операций, сопряжённых с большой кровопотерей, а также нужны онкологическим больным или с анемией.

Примечательно, что это не первый впечатляющий эксперимент, связанный с перепрограммированием клеток. Не так давно учёным удалось получить из клеток кожи мышинные яйцеклетки.

Подготовил Марк ВИНТЕР.

По материалам Medical Xpress, Journal of Neuroscience, medicaily.com.

Однако

Уникальные мутанты

Жители больших городов вздохнули с облегчением – тараканы стали исчезать. Хотя...

Есть версия, что какой-то вирус поразил бедных тараканов, и они повымирили, по крайней мере, в европейских столицах. Но специалисты в эту версию не верят. Обобщая их мнения, можно отметить, что примерно 15 лет назад для тараканов вообще во всех больших городах мира и особенно Европы настали плохие времена, потому что владельцы квартир стали покупать новое поколение чёрных пластмассовых ловушек, после которых тараканы действительно стали исчезать. Разбрызгивая по квартире яд, к которому насекомые быстро приспосабливаются, мы невольно способствуем выведению их новых видов, которые генетически устойчивы к этому веществу. Мы как бы устраиваем среди них естественный отбор и выводим всё время новую и новую породу тараканов, которые устойчивы к яду.

Так вот вместо того, чтобы разбрызгивать яд по чуть-чуть, лучше ставить ловушки с очень сладкой ядовитой приманкой. Все животные в природе сладкое считают признаком калорий, признаком ценной еды. Тараканы чувствуют вкус примерно как мы. И, как и люди, они очень любят десерты. Сладкий яд всегда поедается в больших количествах, действовал в полную силу, и никто не мог уйти после такой казни. Получается, что мы надёжно убиваем тараканов и не ищем среди них какой-то 1% уникальных тараканов, устойчивых к этому яду. Ни одного процента не остаётся. И они погибают.

Это хорошая новость. Но есть и плохая, состоящая в том, что эта эпоха, кажется, заканчивается. Потому что недавно немецкие учёные заметили, что в последние годы тараканы стали снова размножаться в больших количествах в городах, не обращая внимания на отраву в пластмассовых ловушках. Поймав некоторое количество таких успешных тараканов, учёные поставили несколько экспериментов и увидели, что они вообще не любят сладкое. И это уникальные тараканы. Что они о себе думают?

И этот вопрос учёные задали себе. Их инструменты сегодня настолько изысканны, что они позволяют залезть в голову таракана и действительно узнать, что он думает. Давайте разберёмся на

уровне нейронов. На поверхности клеток, которые находятся на языке, есть особые молекулы – рецепторы. Они позволяют различать вкус: сладкое, горькое, солёное и т.д. Каждый рецептор соединён с клетками мозга, с нейронами. И когда на язык попадает сладкое, срабатывают рецепторы сладкого, в мозгу зажигаются нейроны сладкого, от них идёт сигнал в разные отделы мозга. Отдел эмоций говорит: о, круто, хочешь ещё. Отдел долговременной памяти говорит: а, я помню, это конфета «Мишка на Севере»; а моторный отдел приказывает челюстям жевать, а руке – хватать побольше и побольше, потому что есть инстинкт, что это калории, что это очень ценно, поможет тебе выжить и оставить больше потомков.

У тараканов всё как у людей. Но только нет языка. Зато эти рецепторы разбросаны по всем усикам и даже по ногам. И учёные смогли разобрать сигналы, которыми обмениваются нейроны обычных и сверхживучих новых насекомых. И выяснили поразительную вещь, что, когда этим сверхживучим тараканам попадает сладкое, оно кажется им горьким. Это уникальные мутанты. А горькое в природе, как правило, ядовитое. Поэтому мы не любим горькие вещи. Это нужно, чтоб мы их не ели и не отравились. Новые тараканы не только не едят сладкую приманку, они вообще

обходят ловушки стороной, потому что уже выучили, что там вот эти сладкие гадости. И дальше, что очень интересно в этой немецкой работе, они наловили очень много диких тараканов, которые никогда не были в городах и не видели ловушек. И оказалось, что среди них тоже есть такие странные умники. Очень маленький процент. Они медленно растут, потому что избегают самых калорийных поддочек судьбы. Их умение не идти в ногу со всеми приносит им счастье. И эти времена как раз наступили в последние десятилетия. Учёные создали условия предпочтения для таких странных мутантов.

В России пока «умных» тараканов нет. Но очень скоро мы начнём их привозить из Европы в чемоданах и в карго. И, может быть, мы, россияне, москвичи невольно будем способствовать отбору среди диких тараканов. Они постепенно за несколько десятилетий начнут заселяться в наши города, и, скорее всего, это приведёт к появлению новых приманок, в которых будет что-то привлекательное для этих уникальных тараканов, которые сладкое считают горьким.

Наши яды постоянно создают какие-то новые формы живых существ. Самый страшный и важный пример – это антибиотики. Если доза будет не очень большой, то часть микробов может выжить. И среди них, возможно, есть такие же необычные существа, которые лучше других переживают действие отравы. Именно из-за этого в больницах, то есть там, где чаще всего применяются антибиотики, появляются особые сверхустойчивые микробы. Если на них не будут действовать антибиотики, эти микроорганизмы могут наделать большую беду, заражая людей.

Давид АКУЛОВ.

По материалам Nature.

Взгляд

Каждый шестой взрослый гражданин США минимум один раз принимал лекарственные препараты от психических заболеваний: антидепрессанты, седативные средства или анксиолитики. К такому выводу пришли учёные из Института безопасной медицинской практики (США).

В исследовании отмечается, что 8 из 10 человек принимают такие лекарства регулярно и на протяжении многих лет. Однако, по мнению учёных, в действительности статистика может быть ещё хуже, поскольку пациенты зачастую не сообщают врачам о том, какие препараты принимают.

Эхо великой депрессии

Команда исследователей во главе с Томасом Муром проанализировала данные по применению лекарств от психических расстройств за 2013 г. и обнаружила, что 16,7% взрослых жителей США хотя бы один раз обращались к врачу с просьбой выписать рецепт на эти препараты. Оказалось, что около 12% пациентов применяли антидепрессанты, более 8% использовали анксиолитики и седативные средства и 1,6% – нейролептики.

Результаты исследования также показали, что приблизительно четверть людей старше 60 лет употребляют лекарства от психических заболеваний. Среди пациентов от 18 до 39 лет этот показатель составляет 8%. Кроме того, женщины чаще, чем мужчины, сообщают о применении подобных препаратов.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам JAMA Internal Medicine.

Ну и ну!

Главное – знать меру?



Умеренное употребление алкоголя может быть полезнее для здоровья, чем полный отказ от него. Об этом заявили учёные из Университета Тасмании (Австралия). По их словам, алкоголь в количестве, эквивалентном 10-20 г этилового спирта, снижает риск развития метаболического синдрома.

В сравнении с людьми, которые употребляли алкоголь в совсем небольших количествах, у участников со средним уровнем употребления вероятность развития метаболического синдрома была меньше. У тех респондентов, кто почти не пил, совсем не пил или пил больше среднего, шансы возникновения заболевания были практически одинаковыми. У людей, отказавшихся от употребления алкоголя полностью, окружность талии в среднем была выше, а количество «полезного» холестерина в организме – ниже. При среднем и высоком уровне употребления алкоголя концентрация «полезного» холестерина была выше, чем при низком уровне. Однако у тех, кто ежедневно выпивал более 20 г спирта, кровяное давление было значительно выше.

Специалисты приняли также во внимание такие факторы, как уровень физической активности участников и наличие или отсутствие у них депрессии. Дук Ду и его коллеги подчеркнули, что прямой причинно-следственной связи между уровнем употребления алкоголя и риском развития метаболического синдрома они не нашли, однако молодым людям следует принимать во внимание и позитивные, и негативные стороны алкоголя, когда они принимают решение о том, пить или не пить.

Валерия БЕЛОСТОЦКАЯ.

По информации Live Science.

Гипотезы

Бессимптомный Альцгеймер

Небольшое исследование, проведённое учёными из Северо-Западного университета в Иллинойсе (США), показало, что даже у очень пожилых людей, страдающих болезнью Альцгеймера, симптомы этого недуга могут не проявляться. Возможно, мозг этих людей каким-то образом защищает себя, сохраняя когнитивную функцию и не допуская разрушения нейронов и связей между ними.

Исследователи во главе с неврологом Чангизом Геулой выбрали 8 человек в возрасте 95-100 лет, которые при прохождении тестов на память показывали результаты выше среднего, а также были полностью умственно осознаны для своего возраста. Затем, когда эти 8 человек отошли в мир иной, научная группа изучила их мозг с тем, чтобы выяснить, страдали ли эти люди при жизни болезнью Альцгеймера или каким-либо другим подобным расстройством. Анализу подверглись 4 региона мозга каждого умершего, связан-

ные с памятью, эмоциями и речью. В 5 случаях из 8 обнаружено не было, однако в 3 оставшихся учёные нашли большое количество амилоидных бляшек и нейрофибриллярных клубков – такая гистологическая картина обычно характерна для болезни Альцгеймера. Таким образом, несмотря на диагноз, этим людям всё же удалось сохранить свои умственные способности до конца жизни, но учёные пока не знают, каким образом. Ранее уже проводились исследования, которые показывали, что нейродегенеративные расстройства не всегда сопровождаются угнетением когнитивной функции, однако работа Ч.Геулы и его коллег стала самым явным примером этого феномена – особенно с учётом возраста участников.

Обычно, как известно, при болезни Альцгеймера образование амилоидов и нейрофибриллярных клубков приводит к нарушению транспортировки питательных веществ в мозгу и гибели нейронов и синапсов. Сотрудники Северо-Западного университета

выявили, что в ключевых регионах мозга трёх участников нейроны не были повреждены. Исследовав мозг ещё 5 человек, которые при жизни имели симптомы болезни Альцгеймера и у которых когнитивная функция серьёзно пострадала из-за заболевания, специалисты увидели, что значительная часть нейронов погибла. Таким образом, три участника первоначального исследования каким-то образом защитили себя от болезни – или же умерли раньше, чем она себя проявила (но если это так, то каким образом такие большие скопления бляшек и клубков не повлияли на мозг – вот вопрос).

Существует две гипотезы на эту тему. Во-первых, учёные предположили, что 3 человека из 8 создали некий «когнитивный резерв», поддерживая активность мозга на протяжении всей жизни. Вторая гипотеза касается того, что эти люди неизвестным образом выработали устойчивость к болезни, благодаря которой амилоидные бляшки и нейрофибриллярные клубки не нанесли их мозгу серьёзного ущерба. В любом случае, группа Ч.Геулы планирует продолжить свою работу, повторив исследование на более большой выборке людей. Кроме того, специалисты попробуют найти факторы, смягчающие эффект болезни.

Валентин СТАРОСТИН.

По информации Science Alert.

Когда я работал в одной маленькой психиатрической больнице, то благодаря советам старших коллег, чтению специальной литературы, а также обретая собственный опыт, сумел постичь некоторые существенные для психиатрии положения. Бывший психиатр А.Б. (назовём его двумя первыми буквами русского алфавита), высказывая суждение по поводу Героя Советского Союза Зои Космодемьянской и определив ей диагноз психического расстройства, счёл возможным отойти от этих положений. Чему же нас учит психиатрическая наука и практика?

**Сначала – симптом,
потом – диагноз**

Мутизм (лат. mutus — немой) – состояние, при котором пациент не заговаривает с окружающими, не отвечает на их вопросы и даже знаками не показывает, что намерен вступить с ними в контакт. Не следует его путать с нежеланием человека общаться с какими-то конкретными персонажами – при этом, что контакт с другими лицами – возможен.

Мутизм может быть симптомом многих психических расстройств: от последствий психической травмы и селективного мутизма – до шизофрении и органического заболевания головного мозга. Диагноз в психиатрии следует ставить, поднимаясь от симптома к синдрому и далее – к нозологической формулировке, а не спускаясь от готовой диагностической дефиниции к ловле отдельных клинических феноменов с целью подвергнуть их лыком в строку.

В диагностике психического расстройства надо уделять внимание так называемым объективным данным: свидетельствам людей, могущих свясно и беспристрастно рассказать о деталях поведения диагностируемого. Ссылаясь на материалы исследований коллег других специальностей (заключение по ЭЭГ, записи невролога, терапевта, выводы клинического психолога и иные медицинские документы), необходимо приложить их к истории болезни. Шизофрения – весьма мультиформное психическое расстройство, в силу чего один или даже несколько симптомов не дают ни права, ни возможности определить этот диагноз у кого бы то ни было. У шизофрении нет патогномичных признаков.

При этом мутизм, о котором говорит А.Б., не подтверждается словами людей, ставших свидетелями гибели героини, сообщивших, что она вовсе не молчала, когда её вели на казнь.

Как известно, диагностический путь А.Б. имеет траекторию, исходящую от диагноза к симптому: вначале бывший психиатр говорит, что у Космодемьянской-де «была шизофрения», оттого она ничего и не сказала палачам, что было, по его мнению, «мутизмом», подтверждающим диагноз. Это выглядит почти так же странно, как если бы некто заявил, что некоторые высказывания А.Б. оскорбляют память миллионов мёртвых и чувства миллионов живых, а посему свидетельствуют

Точка зрения

«Пятая колонна» против «Бессмертного полка»

Кому и зачем понадобилось «развенчивать» Зою Космодемьянскую?



душе? Неужели врач с десятилетним стажем позабыл о том, что сначала выявляется симптом, потом ставится диагноз? Что для диагноза шизофрении требуется более чем один признак? Что молчание мутизма распространяется психически больным не на отдельных представителей человеческого рода, но на всех окружающих его людей? Вопросы риторические: ответы-то понятны.

«Окно Овертона»

Мне представляется, что этот поступок был совершён с определённой целью. А.Б. умышленно посеял отравленное зерно, из которого должна была вырасти новая гнусность.

В середине 1990-х годов американский юрист и политик Дж. Овертон предложил концепцию существования рамок спектра публичных высказываний, допустимых с точки зрения морали. Эта модель получила название «Окно Овертона». Согласно ей, одни идеи соответствуют критериям текущей социально-этической нормы, другие – нет. Для оценки допустимости идей была предложена шкала: Немыслимые; Радикальные; Приемлемые; Разумные; Стандартные; Нормативные. Допустимыми были сочтены идеи, начинающиеся с категории Приемлемых. Появление и закрепление новых идей в социуме, по модели Овертона, происходит при перемещении Окна, что позволяет обсуждать соображения, прежде считавшиеся радикальными и одиозными. Растущая поддержка идей, расположенных вне пределов Окна Овертона (радикальные и немислимые) способна изменить рамки приемлемости. В этом случае постепенно происходит эволюция отношения социума к любым идеям, смещаясь от категории: «это невозможно» – через тезис «в этом что-то есть» – до формулировки «кто же этого не знает». Классическим примером может быть фраза, немислимая и радикальная ещё лет 20-40 тому назад, а ныне лишь констатирующая непреложный нормативный факт: «В Амстердаме будет мечеть» (сегодня их в столице Нидерландов уже 29). Окно Овертона сместилось, идея неприметно прижилась, материализовалась, воплотилась и продолжает успешно развиваться.

Создаётся впечатление о том, что А.Б. вбросил информацию, сочтённую большинством «немислимой» и «радикальной» (в случае А.Б. – просто гнусной). Однако

некоторое меньшинство, ратуя «за правду», уже переместило для себя Окно Овертона к категории, как минимум, «приемлемости» этого пассажа. Дальнейший дрейф и легитимация тезиса становятся почти неизбежными. И вот что могло быть (если бы социум не отреагировал на инвективы А.Б.), а, быть может, ещё случится.

Спустя некоторое время, психиатр А.Б. вспомнит о том, что кататоническая форма шизофрении сопровождается ещё и ступорозными явлениями, а эта симптоматика обладает таким патофизиологическим свойством, как «запредельное (охранительное) торможение». При этом феномене пациент не чувствует причиняемой ему боли.

В одном из советских фильмов о большевике Камо есть эпизод: революционер, находясь в тюрьме, симулирует кататонический ступор. Дифференциальная диагностика проста: болевой раздражитель вызовет у симулянта расширение зрачков, диаметр зрачков кататоника не изменится. Немецкий психиатр, прижигая Камо раскалённой железкой, видит, как расширяются зрачки заключённого, но тот не реагирует на ожог. Врач заключённого не выдал, но это уже – другая история.

И вот А.Б., «внезапно вспомнив» о запредельном торможении и симптоме, названном именем психиатра О.Бумке, сообщает: «Её пытали, а ей не было больно. Какой же в этом подвиг?!» И далее его слова подхватят те люди, которые прежде отнесли к его предыдущему тексту не как к мерзости, но как к открытию взыскуемой ими «правды», без коей им и жизнь не мила. При этом они не обратят внимания на «папу-танкиста», не слишком рифмующегося с «честностью» текстостивика-затейника А.Б., но ведь он же из «своих». Они заголосят о том, что «вот весь ваш героизм, вот ваш «Бессмертный полк» – кто не репрессирован, тот безумен, о каких подвигах тут можно говорить, эту страну могут защищать только сумасшедшие...» и пр. (Только не надо произносить здесь слово «паранойя»: я же могу опять уличить оппонента в незнании терминов. И потом – все приведённые в кавычках реплики уже и так прозвучали в некоторых ТВ-программах и текстах).

Текст А.Б. стал тестом на этическое вшивость. Невозможно поверить в моральную тупость (психиатрический симптом, между прочим) тех, кто радостно замахал стягами, приветствуя очередной

«прорыв к правде». Невозможно объяснить им, что есть такие вещи, которые нельзя трогать немтыми, хоть и трижды «рукопожатными» руками. Невозможно в их присутствии говорить о тех вещах, которые всегда подвергались ими ироническому стёбу и ёрническому переосмыслению – у них нет, никогда не было и не будет Родины, оттого они никогда не почувствуют ни гордость за Россию, ни боль за неё, называя её не иначе, как «эта страна». А.Б. и живёт-то в Италии. А потом они формулируют филологические конструкции типа: «...или у тебя есть Родина, или – совесть» (реальная цитата из небеллетристической книги одного из персонажей этого круга).

Что же касается «подиума», которым А.Б. назвал смертный эшафот, то «Как ваш поганый язык только повернулся!?!», – как воскликнула героиня одного из советских фильмов, сегодня – увы – более известная иными достижениями...

Диссидентская фронда всегда вовлечена в структуру существующей государственной схемы и зависит от правил, установленных властью. Инакомыслие парадоксальным образом оказывается частью социального строя, который диссиденты считают «тоталитарным» и называют не иначе как «режим». «Амбивалентность и полярность свидетельствуют о взаимных дополнительных функциях в рамках одной системы», – заметил М.Элиаде. Танго танцуют вдвоём. Именно в силу этих обстоятельств, как кажется, многие оппозиционные движения не могут и никогда не смогут генерировать принципиально новую идеологическую концепцию: они принадлежат к той же парадигме, что и существующий строй, и немислимы вне сложившейся схемы, против которой сами же и восстают. Стоит убрать стену, в которую они упираются, как тотчас окажется, что стена эта была их единственной опорой. Казус А.Б. подтверждает то обстоятельство, что эти фрондёры могут обсуждать только то, что создано не ими, критиковать и «разоблачать» исключительно тех, кто сделал что-то неверно (назначив при этом ориентиром и эталоном правильности – себя), иронизировать лишь по поводу чужих подвигов, ибо собственных они не совершают.

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

Веки

В 2017 г. в названиях городских объектов увековечат имена гематолога Олега Гаврилова, хирурга Бориса Петровского и клинициста Максима Кончаловского. Именами трёх выдающихся докторов назовут улицу, станцию переливания крови и городскую больницу.

В честь одного из основоположников реконструкционной и восстановительной хирургии – Б.Петровского – назовут улицу в Северном административном округе Москвы. Сегодня это 700-метровый Проектируемый проезд № 6368. Он расположен между улицей Маргелова и 2-м Боткинским переулком, и здесь нет домов с адресами. Неподальку от будущей улицы Бориса Пе-

Именами великих

тровского располагается городская клиническая больница им. С.П.Боткина.

Имя ещё одного известного московского врача-гематолога О.Гаврилова увековечат в назва-

нии станции переливания крови Департамента здравоохранения Москвы на улице Поликарпова в Северном округе. О.Гаврилов впервые сформулировал определение трансфузиологии как научной дис-

циплины. По его инициативе были начаты исследования по созданию искусственных заменителей крови.

А столичной городской клинической больнице № 3 в Зеленограде будет присвоено имя врача-кли-

нициста Максима Кончаловского – основателя школы лечения и профилактики внутренних болезней. В 2012 г. в честь него назвали ГКБ № 63, но через год эта больница присоединилась к ГКБ № 1 им. Н.И.Пирогова и утратила своё наименование.

Предложения по сохранению памяти о выдающихся московских врачах в названиях медучреждений были внесены столичным Департаментом здравоохранения. Все инициативы одобрили на заседании Городской межведомственной комиссии по наименованиям под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития профессора Леонида Печатникова.

Герман КОЛЧИНСКИЙ.

МИА Сити!

СПРАВКА «МГ»

Борис Петровский (1908-2004) – крупный советский и российский хирург, учёный и педагог, специалист в области реконструктивной и восстановительной хирургии. С 1965 по 1980 г. был министром здравоохранения СССР. Создал одну из крупнейших научных хирургических школ. Среди его учеников 150 докторов наук, 70 из которых являются руководителями клиник и крупных стационаров. В 2011 г. в России вышла почтовая марка, посвящённая Борису Васильевичу.

Олег Гаврилов (1922-2008) – советский и российский учёный-гематолог, академик РАН и доктор медицинских наук. Он начал первые исследования по созданию искусственных заменителей крови.

Максим Кончаловский (1875-1942) – советский и российский врач, крупный клиницист, основатель школы клиники внутренних болезней. Его родной брат – живописец Пётр Кончаловский.

«Доброй раніцы, сябры!» Это я к вам обращаюсь, дорогие читатели, не к ВИА «Сябры» и не к ВИА «Песняры», а к вам... в общем, если переводить с белорусского на русский: «Доброе утро, друзья!» Какое доброе, солнечное приветствие!

Это то немногое, что осталось на задворках моей памяти спустя два десятка лет, как я уехала из Белоруссии. Но это тёплое дружеское обращение всё-равно ласкает слух и берedit воспоминания тех лет, когда я ехала сюда на работу совсем ещё молодым врачом и немного волновалась: пусть мы все родом из СССР, но всё-таки это другая республика, другой язык. Как я буду работать, не зная его?

Моему удивлению не было предела – я практически всё и вся понимала... ведь мы братья-славяне! Для меня белорусский язык тогда выглядел так: это почти по-русски, только надо «гэкать», «акать» и «цекать», иногда вставляя в речь их чисто народные, специфические слова. В общем, я не только всех прекрасно понимала, но через месяц начала, как мне казалось, «размаляляць» на их белорусском...

Однако на первом же «корпоративе» (тогда это звучало несколько иначе) мои белорусские коллеги-врачи после «принятия на свою грудь» того, что было предназначено для чужих «кумпякоў» задали мне такой вопрос: «Колосова, вы ведь русская? Так почему тогда вы так плохо говорите по-русски?»

Моё «эго» взбунтовалось! Это я-то плохо говорю по-русски? Это я, делая реверанс в сторону вашего неблагозвучного языка, учу его и говорю на нём! Всё – бойкот «Беларускай мове»! Только «русский», причём «высоким штилем», на уровне Пушкина, Лермонтова... Но как показала практика – долго так не протянешь: если в городе тебя ещё понимают, то в деревне, где все говорят на какой-то адской смеси русского, белорусского, польского и литовского (что вы хотите – пограничный район) мой «высокий штиль» не прокатывал.

Придётся всё же серьёзно «обратить взоры» на «беларускую мову».

Я давно заметила, что после смены они все куда-то вместе собираются и вслух это обсуждают. Называется это место «вёска» – и употребляется в разных интерпретациях: сегодня, завтра, сразу, потом – но обязательно – ТУДА... Маскируя своё любопытство под жгучее желание изучить их «чудный» язык,

А ещё был случай

Беларуская мова



интересуюсь, что такое «вёска». И мне тут же поясняют: «Это у нас так деревня называется»...

Я в недоумении – вот это «кланнище», вот это «родные узы» – одной деревней «захватили» всю «скорую», ВСЕ ТУТ РАБОТАЮТ! Удивляюсь, но надо мной опять смеются: «Ну, ты, Колосова, даёшь! «Вёска» – это не название деревни, а деревня по-белорусски, а все мы из разных вёсок». Пусть вдоволь смеются, главное – это не клан, а их неблагозвучную «мову» со временем подучим, благо – времени для этого достаточно!

Это я так думала, что времени достаточно. А времени оказалось «в обрыз». Вскоре Батька издал приказ о «Возрождении родного языка» и на следующее утро все белорусы должны были не только «казаць», «пісаць», но и «думаць» на «родной мове»!

Тут уж и я поулыбалась всласть: оказалось, они её сами давно позабыли, и то, что им представлялось недавно «родной мовой», было не иначе как дикой смесью четырёх языков.

Исполнение приказа вождя всех белорусов началось с замены всех вывесок. То, что гастроном и книжный магазин стали теперь «Гастрономам» и «Книгарняй» – не страшно – мы же помним, что там продавали. С баней посложнее –

«лазня». Кто и зачем теперь туда лазает? На всякий случай заранее интересуюсь, чтобы впросак не попасть. Нет, всё нормально, я правильно «залезла» попариться. В общем, всё вроде ничего – народ ходит весёлый, читает вывески и улыбается, вспоминает дни юности, когда «мы все учились понемногу, чему-нибудь и как-нибудь»...

Не представляю, что творилось в школах, но в детских садах происходило следующее. Пыхтя и заикаясь, воспитатель что-то настойчиво читал воспитующимся. Все они настороженно прислушивались, сидя на горшках и ковыряя в носках, но речь не идентифицировали и на всякий случай пока не плакали – потому что очень страшно звучали неизвестные слова: «рыдлёўка», «каўнерык», «гаршчок». Но на прочтении сказки «Як курачка пеўня ратавала» беззащитные детские нервы не выдерживали и срывались в многоголосый плач. Единственное знакомое здесь слово «курачка», такое узнаваемое и милое, но кто такой этот «певень», и что он с ней сделал? Дочь из сада забираю в истерику.

Дальше – больше. Все наши скоромощные пациенты уверены, что продолжают жить на улице Победы, 50 лет Октября, Освобождения. Наивные. Лично мы выезжаем на какие-то другие улицы

– «Перамогі», «50 год Кастрычніка», «Вызвалення» и подолгу ищем своих клиентов. Сначала я вообще не волновалась по этому поводу – у меня степенный и знающий водитель с «королевской» фамилией и пролетарским происхождением (Иван Король). Он живёт в городе Лиде лет сто, он всё тут знает. Но когда мы ночью 2 часа искали проспект Строителей, в десятый раз прочёсывая каких-то «Будаўнікоў», я поняла, что во избежание жалоб и гибели населения я должна срочно учить белорусский язык. Сама!

Приступила сразу, на следующем дежурстве, благо что работала в бригаде с «носителем языка» фельдшером Фёдором. С утра он «нашпиговывал» мой ум всякими замысловатыми словечками и уже к вечеру я рвалась «практиковаться». Тут и случай представился – выезд на их эту самую «вёску».

Захожу, улыбаюсь, приветствую с порога по-белорусски. Взамен получаю ответную улыбку. Значит, я говорю правильно. Но вот «сбор анамнеза» и осмотр вызывает у меня затруднения. Пациентка, бабушка лет под 90, терпеливая и незлобивая, сидит смиренно у окошечка в белом платочке и толстой телогрейке и кашляет. Давно кашляет. А что сподвигло родственников именно сегодня вызвать к ней «хуткую дапамогу» – никак понять не могу. Взглядом прошу помощи у Фёдора – «носителя языка и медицинского чемодана». В ответ – молчание; правда, как от чемодана! Подумаешь, какой строгий экзаменатор выискался, и так справимся. Надо только эту бабушку раздеть и осмотреть. Но никак не получается, не понимает бабушка мой русский... Нет, уважаемые, «я не впаду в отчаяние... при виде того, что...» (это наш И.С.Тургенев) предо мной просто сидит старушка в толстой душегрейке и не собирается её снимать ни на какие мои просьбы и ухищрения. «Зніміце... валёнак, кажух, кашулю...» – просто боюсь насмерть перелугать пациентку своими «глубокими познаниями»... Чёрт знает, что она должна снять, чтобы я добралась до её тщедушно-

го тельца, разве же можно на себя такое напяливать – невообразимо как называемое! И тут меня осеняет: это у них называется «хустачка», очень простенько.

Бабушка смотрит на меня всего лишь мгновение, и за этот миг в её глазах сначала пронисется искорка изумления, потом интереса, потом доверия... потом я вижу перед собой её наклонённую голову, уже без платочка... Всё, не раздеть никак!

Залезла в свой кожух, или телогрейку, или как её там... и собралась сидеть в нём до самой смерти! Нетушки, я молодой и успешный советский врач, воспитанный на рассказах Булгакова и Чехова, я тебя всё равно раздену и осмотрую, я тебя вытряхну из мохнатого невежества и твоей старой... кацавейки? Нет, похоже, всё-таки надо вытряхивать из «хустачки» – на неё хоть какая-то реакция. При повторе моей просьбы: «Зніміце хустачку, слухаць буду» – бабуля взбрыкивает головой, секунду удивлённо смотрит мне в глаза, а затем опять набычивается. Прямо коза-дереза какая-то! Привязывай её на верёвочку и вези в стационар.

Тревожно оборачиваюсь от «бодливой» бабули на какие-то непонятные звуки за моей спиной. Согнувшись в три погибели на медицинском сундушке, бьётся в конвульсиях мой фельдшер, и уже практически «умирающий», практически «задушенный» смехом едва шепчет мне: «Колосова, «хустачка» на голове... хе, хе, хе, хе...»

Нет, не получилось у нашей пациентки пройти «новый метод исследования» – прослушивание черепа при помощи фонендоскопа; не получилось у меня овладеть в совершенстве белорусским языком. Но всё же в моей голове что-то да осталось; там, на «задворках» памяти...

Так что: «Доброй раніцы, сябры!», «Калі ласка» и «Усяго вам добрага!» «Зразумелі?»

Если нет, вот вам маленький словарик:

Размаляляць – разговаривать. Казаць, пісаць, думаць – говорить, писать, думать.

Хуткая дапамога – скорая помощь.

Валёнак, кажух, – валенок, кожух. Хустачка – косынка.

Калі ласка – пожалуйста. Лазня – баня.

Любовь КОЛОСОВА, врач.

Москва.

Орган у насекомых	Кальцитонин	Освет. прибор	«Девятая ...»	Гнойник	Азелаиновая кислота	Герой у Дюде	С К А Н В О Р Д	«Ранний ...» Поленов	Прус. роман	Материал, шляпа	«Принц ...» Стивенсон	Античный сосуд	Рус. типограф
				Озеро-море	Неск. человек (устар.)	Бактерия		Базель, река	Топливо			Подольный камень	
	Рос. трубач	Цетиризин	«Жесткие ...» Арбузов	Рос. унтер-офицер		Север					Франц. физик		
			Рубенс, картина	«...» Рой», Скотт		Демоны в инд. мифологии		Кисло-молоч. продукт	Нем. писатель	Погашение облигаций			
	Шиповник	Холм (стар.)		Шерст. ткань	Соблазн	Разряд, вост. борьба						«Дворянское гнездо», перс.	
			Город, Оренб. обл.		Мон-кхмерский народ	Рос. актер 19 века		Калашников					
	«Па-яцы», перс.	Нем. микробиолог		Вступление к опере									
Автор Валерий Шаршуков			Город, Япония	Обезьяна									

К И Х О Т З П У Ш К А О

Б И А Д А Л А Т Г Е Л И Й Р А А К

У Ж У Р П В А Л К Г И Т Ш А Л О Т

Н У П А Д О К П Р О К С Л А В Я Н Е И Т А

Г А Й Р О И Д У Е Г О Р Е Д О Г Л У С О Н

А Г Р О Т П А Р К Р Л Д А Л Ь А Н Т

Л И Я Ш Р У Р К Л И Д А П

О Г Е Н Р И И К К Ю О Р А Н

А И Х И Н А Ч А Н А Х И

Ответы на сканворд, опубликованный в № 98 от 28.12.2016.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты. Материалы, помеченные значком публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

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

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
 Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
 Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
 Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, пом. XI, ком. 52 Москва 129110.
 E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
 «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
 ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в АО «ЭКСТРА-М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-12-00490 Тираж 23 742 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – Д.ВОЛОДАРСКИЙ.
 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.

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

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