Медицинская газета®

3 февраля 2016 г.
среда
№ 7 (7627)

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

Николай ГОВОРИН, депутат Госдумы РФ, координатор центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, доктор медицинских наук, заслуженный врач РФ:

Когда возникает возможность сверхприбыли, то, как известно, нравственность дремлет.

Стр. 4

Анна ЛОБАНОВА, заместитель главного врача Краевого наркологического диспансера по медицинской части (Чита):

«Мамочка» без замечаний проходит курс реабилитационного лечения, а диспансер ходатайствует о возвращении ей родительских прав.

Стр. 5

Валерий САВЧЕНКО, главный гематолог Минздрава России, академик РАН:

Залог эффективного развития медицины – создание клиник, где в равной степени сочетались бы наука, образование и практика.

Стр. 7

События

Праздник в университете

Со ставропольскими студентами встретилась наш министр здравоохранения

Ура! Зимняя сессия сдана

В День российского студенчества Ставропольский государственный медицинский университет (СтГМУ) посетила делегация, возглавляемая министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

Среди высоких гостей были заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Яковлева, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, доктор медицинских наук, профессор Леонид Рошаль, руководитель Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения Михаил Мурашко, директор Департамента медицинского образования, кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций министерства Олег Салагай, а также руководители здравоохранения Ставропольского края.

В холле главного корпуса почётных гостей встречал ректор СтГМУ, доктор медицинских наук, профессор Владимир Кошель.

Праздничные мероприятия начались с церемонии возложения цветов к памятнику сотрудникам и студентам вуза, погибшим в годы Великой Отечественной войны.

Студенческий союз СтГМУ представил гостям театрализованную программу, в которой была рассказана история праздника российского студенчества, учреждённого приказом императрицы Елизаветы в 1755 г. в День святой Татьяны. «Императрица» явилась из небытия и сразу взяла бразды правления в свои руки. Так, по указу «Ея Величества» принесли сахар, и почётные гости по существующей студенческой традиции стали посыпать зачётные книжки сахаром, чтобы сессия была лёгкой и «сладкой».

Затем министр здравоохранения РФ В.Скворцова провела встречу со студентами СтГМУ, во время которой ответила на вопросы будущих врачей.

(Окончание на стр. 2.)

В центре внимания

Глава Минздрава России — о готовности к эпидситуации

Президент РФ Владимир Путин провёл совещание с членами Правительства России, посвящённое мерам поддержки ряда отраслей экономики и другим актуальным вопросам.

В начале встречи глава государства попросил министра здравоохранения РФ Веронику Скворцову сообщить о ситуации, связанной с эпидемией гриппа.

– К эпидемической ситуации этого года мы начали очень серьёзно готовиться с лета прошлого года и более 45 млн россиян, – сказала В.Скворцова.

В настоящее время превышен эпидпорог в 47 регионах всех федеральных округов, кроме Крымского. По всем критериям эпидемию на сегодняшний день можно считать средней интенсивности.

Преимущественно это свиной грипп H1N1, от 75 до 95%. Тяжесть эпидемии не превышает аналогичных в предыдущие годы. Надо отметить, что ситуация полностью держится под контролем.

Мы увеличили рынок противовирусных препаратов в этом году в 1,5-2 раза по сравнению с предыдущими годами. Препараты есть во всех регионах с «несгораемым» запасом до 2 недель. Ситуацию в аптечной сети можно считать стабильной. В тех регионах, где превышен эпидемический порог, бывает периодический ажиотажный спрос, но, как правило, это временные трудности.

Полностью приведена в готовность сеть инфекционных больниц, развёрнуто 100 тыс. инфекционных коек и 15 тыс. инфекционных реанимационных коек, полностью оснащённых, в том числе дыхательным оборудованием, на случай тяжёлых форм гриппа и развития вирусных пневмоний.

В целом ситуацию мы держим под контролем.

Соб. инф.

Перемены

ФАПы спешат на помощь

Новые фельдшерско-акушерские пункты, построенные в Лазовском районе Приморского края, переданы в ведение центральной районной больницы. В этих сёлах ФАПов никогда не было. Часто жителям сёл и посёлков приходилось обращаться за медпомощью на расстояния в 10-20 км.

Новые ФАПы отвечают всем санитарно-эпидемиологическим требованиям, предъявляемым сегодня к учреждениям здравоохранения. В каждом пункте предусмотрены несколько кабинетов, а также технические помещения и просторный холл для посетителей.

В фельдшерско-акушерских пунктах можно подключить рентгенологическое оборудование. Кроме того, здесь созданы самые благоприятные условия для работы выездных врачебных бригад центральной районной больницы и краевых учреждений здравоохранения. А в перспективе на базе ФАПов планируется открытие аптечных пунктов.

Кстати, на этом продвижение современных медицинских технологий в приморскую глубинку не закончится. В наступившем году власти намерены ввести в строй ещё несколько сельских медицинских пунктов. А в селе Галёнки Октябрьского района в рамках реализации программы по строительству объектов первичной медико-санитарной помощи планируется возвести сельскую амбулаторию. Технология её строительства идентична возведению ФАПов, но объект будет по площади в 2 раза больше.

Николай РУДКОВСКИЙ, соб. корр. «МГ».

Приморский край.

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

КОМПЛЕКСНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ОПЕРАЦИОННЫХ БЛОКОВ

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

Новости

Логистика в БСМП: с чего начать?

Чем рациональнее организована работа приёмного отделения стационара, тем эффективнее работа всего учреждения. В этом уверены в Департаменте здравоохранения Томской области, по инициативе которого в 2016 г. начинается реализация проекта по созданию условий оказания экстренной и плановой помощи в больницах скорой медицинской помощи региона.

Как уточняют в департаменте, в рамках проекта из бюджета будут выделены деньги для реконструкции приёмных отделений в каждой из БСМП, вслед за чем в учреждениях будет внедрена принципиально новая организационная система обслуживания пациентов. По замыслу, сама служба «приёмный покой» поделится на два подразделения – одно для больных в жизнеугрожающих состояниях и второе – для пациентов, состояние которых стабильное. То есть потоки этих пациентов будут изначально разделены.

В зоне «экстренного» приёмного покоя оборудуют диагностические кабинеты, операционную и реанимационный зал. Это исключит необходимость транспортировки пациентов по корпусам и этажам больниц и обеспечит возможность начать оказание помощи немедленно.

Второй приёмный покой будет предназначен для больных, которым необходим осмотр врача и малое оперативное вмешательство в амбулаторных условиях, без госпитализации в круглосуточный стационар.

Пока речь идёт об участии в проекте только двух городских БСМП – детской и взрослой, – хотя фактически в режиме дежурства «по скорой» работают ещё несколько томских стационаров.

Елена БУШ.

Томск.

Памяти академика

В Медицинском радиологическом научном центре Обнинска прошла конференция «Персонализированная медицина для мужского здоровья».

Участники конференции, представители медицинского сообщества России и других стран Европы и Азии, работающие над актуальными проблемами общественного здоровья, урологии, кардиологии, репродуктивной медицины и онкологии, в течение 2 дней читали лекции, которые касаются развития новых методов диагностики и терапии мужских заболеваний, обсуждали их широкое внедрение в медицинскую практику.

Международные чтения, посвящённые проблемам мужского здоровья и репродукции, проводятся в память выдающегося учёного-медика, внёсшего огромный вклад в развитие медицинской радиологии – академика Анатолия Цыба. Почти 50 лет его медицинской карьеры связаны с Институтом медицинской радиологии, а ныне – Медицинским радиологическим научным центром, который носит его имя. Около 35 лет он возглавлял это медицинское учреждение. Именно А.Цыб вывел его на нынешний уровень, сделал одним из самых передовых научных институтов в нашей стране. Значительная часть его научной деятельности была посвящена развитию инновационных методов диагностики и лечения мужских онкологических заболеваний.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Калужская область.

Додиализная пересадка почки выгодна для бюджета

В минувшем году трансплантологи Кемеровской областной клинической больницы выполнили 21 пересадку донорской почки на додиализной стадии почечной недостаточности. Благодаря этому они не только существенно повысили качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью, но и сэкономили почти 16 млн руб.!

Кузбасские хирурги начали проводить додиализные трансплантации почки в 2002 г. – одними из первых в России. С тех пор в регионе выполнено уже более 100 таких операций.

– Они предпочтительнее с медицинской точки зрения, поскольку выполняются на более ранней стадии заболевания, когда функция почек уже снижена, а изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата и органов кроветворения ещё только начинают проявляться, – сказал главный трансплантолог Департамента охраны здоровья населения Кемеровской области Александр Сальмайер. – Додиализная трансплантация позволяет на долгие годы сохранить человеку здоровье: он может работать и вести активный образ жизни. А женщины из этой категории пациентов могут рожать детей, и такие примеры в Кузбассе имеются. Но помимо этого у ранней трансплантации есть и серьёзные экономические преимущества.

Очередь в листе ожидания на пересадку почки составляет в Кузбассе в среднем около 2 лет. За это время пациент проходит через гемодиализ более 300 раз. Стоимость одной процедуры диализа – около 5 тыс. руб. Соответственно в течение 2 лет лечение одного пациента обойдётся казне в 1,5-1,6 млн, тогда как операция по трансплантации почки в Кемеровской области стоит 810 тыс.

– За счёт трансплантаций мы сократили очередь на гемодиализ и дали возможность получать эту высокотехнологичную медицинскую помощь другим пациентам. И в итоге сберегли больше жизней.

Валентина АКИМОВА.

Кемерово.

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

События

Праздник в университете

Возложение цветов к памятнику

(Окончание. Начало на стр. 1.)

– Рассматривается ли возможность прохождения студентами медицинских вузов военной подготовки и последующего получения военной специальности?

– Потребности в военных специалистах определяет Министерство обороны РФ. У нас есть 4 вуза (2 в Москве, в Ростове-на-Дону и Владивостоке), которые имеют военные кафедры и центры и дают специальную военную подготовку. В настоящее время Минобороны не даёт нам дополнительную заявку на военные специальности: сейчас много медиков – офицеров запаса, которые ранее получили подготовку на военных кафедрах, но каждый год эти цифры пересматриваются. И если такая заявка поступит, мы её рассмотрим, тем более – ваш вуз – ведущий, головной в СКФО.

– В настоящее время среди студентов-медиков стало популярным участие в волонтёрском движении. В нашем университете это движением охватывает более половины студентов. Как вы оцениваете работу волонтёров?

– Очень положительно. В последние 2-3 года произошли события, когда вся страна увидела мощь этого волонтёрского движения. Когда было наводнение на Дальнем Востоке, студенты трёх вузов этого региона прервали свои летние каникулы, создали целую волонтёрскую армию и пришли на помощь. Они посещали жителей, которые отказались покинуть свои дома, работали в пунктах временного размещения пострадавших и в других местах. В результате у нас не только не было эпидемии, но и распространение кишечной инфекции было совсем незначительным.

Думается, каждый из вас, кто хочет приобщиться к профессии, должен пройти через волонтёрство.

– Помогает ли медицинское сообщество врачам, которые оказались в сложной ситуации – нуждаются в защите чести и достоинства после неправомерных словесных нападок?

– Это вопрос чрезвычайно важный. В последнее время участились случаи, когда в прессе из-за непристойного поведения одного льётся грязь на всё медицинское сообщество. Хочу сослаться на присутствующего у нас в зале замечательного доктора Л.Рошаля, который возглавляет крупнейшую профессиональную ассоциацию – Национальную медицинскую палату, имеющую своих представителей во всех регионах страны. Задачей этой ассоциации, в том числе, является проведение досудебного расследования по защите чести и достоинства врачей и других медицинских работников.

Вручение зачётной книжки (слева направо): Т.Семёнова, В.Кошель, В.Скворцова, М.Мажаров

– Будет ли введено тестирование при поступлении в медицинский вуз, чтобы определить профпригодность к будущей медицинской деятельности?

– У медицинских вузов и сейчас есть такое право проводить дополнительное тестирование, но если говорить об исследовании на профпригодность, на мой взгляд – это очень рискованное дело. При первом знакомстве, когда молодой человек волнуется, переживает, как вообще можно определить какие-то особенности его души? Существуют ведь различия и внутри самой профессии медика: хирург отличается от терапевта и т.д. С одной стороны – это было бы неплохо, но, с другой стороны – это всегда субъективно. На мой взгляд, всё должно быть в меру. Возможно, когда-нибудь мы и придём к такой дополнительной оценке.

– Как вы оцениваете доступность и качество медицинской помощи в Ставропольском крае?

– Ставропольский край – важнейший регион не только СКФО, но и всей страны. За последние годы здесь произошли очень позитивные изменения. Прежде всего – здесь выстроена трёхуровневая система оказания медицинской помощи, фактически за несколько лет был налажен так называемый второй уровень экстренной медпомощи с соответствующей работой бригад скорой помощи, что очень важно для сохранения жизни людей в сложной ситуации.

Кроме того, существенно развивается третий уровень: в Ставропольском крае появляются учреждения, которые могут оказывать очень качественную высокотехнологичную медицинскую помощь по всем основным направлениям.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставрополь.

Фото автора.

Проекты

Видеозапись операций могут узаконить

После последнего ЧП с роженицей в Первом меде Санкт-Петербурга, где врачи после операции кесарева сечения забыли в животе роженицы простыню, в Госдуме РФ предлагают узаконить право пациентов на видеозапись хирургических операций под общим наркозом. Соответствующий законопроект уже внесён на рассмотрение депутатов.

Рожала петербурженка по имени Юлия в Первом Санкт-Петербургском государственном медицинском университете им. И.П.Павлова ещё в ноябре. Самостоятельно произвести на свет ребёнка девушка не смогла, и врачи решили сделать ей кесарево сечение. Однако после операции у пациентки появилось такое ощущение, будто её живот стал больше, чем был до родов. Кроме того, она постоянно чувствовала резкие боли в животе и неоднократно жаловалась на них врачам больницы. Роженице 4 раза делали УЗИ, однако анализ не помог определить причину возникновения болей. Врачи списывали всё на гематому, образовавшуюся после операции.

Через месяц после родов Юлия обратилась за помощью в другую больницу, где её повторно прооперировали. Хирурги в ходе 5-часовой операции извлекли из живота своей пациентки медицинскую простыню, забытую там их коллегами. Пока пострадавшая не обращалась с заявлением в полицию. Юлия надеется прийти к мирному соглашению с врачами, которые допустили халатность в ходе операции.

По новому законопроекту, видеозапись операции позволит повысить ответственность медиков. В то же время она возможна только с предварительного письменного согласия пациента. Кроме того, запись может быть выдана по запросу правоохранительных органов, пациента, родственников пациента и вышестоящих медицинских организаций. Если пациенту такая операция будет проводиться по экстренным показаниям, и он не сможет дать своё согласие, видеосъёмку будут проводить по решению главного врача клиники.

По мнению авторов законопроекта – депутатов Александра Агеева и Олега Нилова, такие изменения необходимы из-за участившихся случаев неправомерных действий медиков при проведении операций с применением общей анестезии. По статистике, которую приводят депутаты, в течение года было обнаружено около 3 тыс. забытых в теле пациентов предметов. Так, после операции по удалению камней из почек у москвички позже врачи нашли забытый кусок марли. В Энгельсе местный житель подал в суд на районную больницу, в которой ему провели операцию по удалению аппендицита, забыв внутри медицинский тампон.

Председатель комиссии Общественной палаты РФ по социальной поддержке граждан и качеству жизни Владимир Слепак также выступил за ужесточение персональной ответственности врачей. Вплоть до того, что в некоторых случаях их следует отстранять от медицинской деятельности пожизненно.

– Я считаю, что с этим необходимо бороться только при помощи ужесточения персональной ответственности всех лиц, причастных к оказанию медицинской помощи. В случае установления вины (с ситуацией в Орле) необходима однозначная дисквалификация с установлением запрета заниматься медицинской деятельностью по любому профилю, – говорит В.Слепак. По его словам, практика показывает, что большинство подобных дел заканчивается административными штрафами или увольнениями, однако этого недостаточно.

Игорь ГЕРБИНСКИЙ.

Акценты

Псков принимает все ранние роды

За прошедшее десятилетие в Псковском перинатальном центре удалось снизить в 10 раз показатель ранней неонатальной смертности, причём в ушедшем году он был самым низким, составив 0,7 промилле. Эти оптимистичные цифры прозвучали в стенах главного роддома Псковщины на совещании по совершенствованию организации родовспоможения, которое провела первый заместитель губернатора области Вера Емельянова.

Как информировал участников совещания главный врач Псковского перинатального центра Сергей Сукманюк, в своё время в структуре родовспомогательного учреждения развернули консультационно-диагностический центр, куда в круглосуточном режиме стали поступать сведения о случаях выявления патологии у беременных жительниц Пскова и районов области. Будущих мам из группы риска заблаговременно госпитализируют в ППЦ, не считаясь с местом их регистрации. Вот почему 40% всех пациенток – не псковянки, а представительницы областной глубинки. С введением в стране новых критериев живорождения несколько лет назад центр «замкнул» на себя все ранние преждевременные роды. Как следствие – в 2015 г. более 90% недоношенных детей весом до 1 кг родились в Пскове. А всего в минувшем году в здешнем перинатальном центре состоялось 3979 родоразрешений, в результате чего на свет появились 4011 детей.

По мнению первого заместителя губернатора области, служба родовспоможения региона в прошлом году, как никогда, продемонстрировала движение вперёд. Суммируя итоги совещания, Вера Емельянова напомнила, что областная власть продолжает поддерживать и сохранять родильные отделения в 7 межрайонных центрах и в районных больницах двух приграничных муниципальных образований – Себежа и Гдова. Значительно прибавит в возможностях родовспоможение Псковщины уже очень скоро, когда войдёт в строй ещё один перинатальный центр, рассчитанный на одномоментное пребывание 110 пациенток. Строящийся под государственным патронажем по соседству с действующим роддомом, где происходят более 60% всех родов в регионе, он будет сдан в эксплуатацию в середине этого года.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Псков.

Дословно

Обнадёживающая стагнация

По оценкам сетевых частных клиник, минувший 2015 г. не продемонстрировал снижения объёмов медицинской помощи, оказываемой в рамках ДМС. Более того, представители частного сегмента отрасли утверждают, что в прошлом году им удалось даже увеличить объём продаж медицинских услуг, оплаченных страховыми компаниями, – в среднем на 30%.

Несмотря на серьёзное снижение бюджетов на ДМС и общее сокращение объёмов рынка в 2015 г. наше сотрудничество со страховыми компаниями стало более интенсивным. Число пациентов, обратившихся за медицинской помощью по полисам ДМС, значительно выросло, уверяют частники.

По словам экспертов, дополнительным стимулом для страховых компаний в этих условиях выступает разработка новых более интересных программ и инструментов сотрудничества. В свою очередь и страховщики, стараясь удержать старых и привлечь новых клиентов, более тщательно подходят к выбору партнёров в лице медицинских учреждений, отдавая предпочтение крупным, проверенным клиникам, которые имеют хорошую репутацию и современную технологическую базу.

«В прошлом году объём помощи, оказанной в рамках ДМС, в нашей сети вырос на 7%. Не думаю, что он продолжится в следующем году, но и падение рынка тоже маловероятно. Я бы скорее оценил прогноз на 2016 г. как ситуацию стагнации, отнюдь не рецессии», – прокомментировал генеральный директор одной из наиболее крупных сетей частных клиник Москвы.

Наряду с этим председатель гильдии производителей медицинских товаров и услуг Московской торгово-промышленной палаты Олег Рукодайный констатировал некоторый спад в основном в линейке дорогостоящих страховых продуктов:

– По итогам года мы действительно наблюдаем некую смену тенденций в отношении корпоративных программ ДМС. Это выражается как в подборе более дешёвых программ для корпоративного страхования, так и в отказе от дорогостоящих видов лечения. То есть, по сути, в новых условиях работодатели стараются обеспечить сотрудникам некий минимум, но не более. В то же время у нас есть прецеденты, когда сотрудники сами объединяются и приобретают групповой контракт на ДМС. В этом случае он стоит дешевле. В целом мы не ощущаем оттока пациентов. Однако, насколько мне известно, у тех клиник, которые только выходят на рынок, имеются проблемы.

Алина КРАУЗЕ.
МИА Cito!

Санитарная зона

Доктора были готовы

Руководитель Департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун провёл экстренную пресс-конференцию, посвящённую проблемам сезонной заболеваемости гриппом.

– Сейчас об эпидемии в Москве речи не идёт, это лишь массовое заболевание, – подчеркнул А.Хрипун. – Да, сейчас превышен пороговый уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ на 37% среди взрослого населения и на 45% среди детей, однако столичные доктора к таким показателям были готовы.

Как рассказал А.Хрипун, подъём заболеваемости объясняется и тем, что в новогодние праздники в Москве было как никогда много приезжих (в другие регионы грипп пришёл раньше, чем в Москву). Сейчас на 53% возросло количество людей, обращающихся за медицинской помощью. В стационарах в 2 раза увеличен коечный фонд для инфекционных больных, запрещено посещение пациентов родственниками и друзьями.

В авральном режиме в столичном регионе работают как «скорая», так и поликлиники. Теперь врача на дом можно вызвать до 21 часа, а посетить больного доктор может до 23:00. «В поликлиниках введена 6-дневная рабочая неделя», – акцентировал глава ведомства.

Примечательно, что на конференции призвали понапрасну не беспокоить работников «скорой». Объективными причинами для вызова экстренной службы или «неотложки» названы температура 39-40^{0}С и дыхательная недостаточность, ощущение одышки, нехватки воздуха. Как правило, госпитализацию могут спровоцировать несколько дней самолечения.

Самыми уязвимыми в плане ОРВИ категориями населения названы студенты, школьники, медицинские работники и люди в возрасте старше 60 лет. Им надо обязательно прививаться, но принудительной вакцинации в стране нет, а осенью эту процедуру прошли лишь 36% москвичей и все медики, среди которых нет заболевших.

Вирус гриппа, в том числе H1N1, не является смертельным для человека, если не применялось самолечение. По состоянию на декабрь в Москве от осложнений гриппа умерло 7 человек, количество госпитализаций по сравнению с прошлым годом увеличилось. Вирус гриппа не поражает нервную систему, не вызывает энцефалита или слабоумия, как многие думают.

Мерами предосторожности названы ограничение поездок в общественном транспорте, особенно в метро, отказ от участия в массовых мероприятиях, полноценное питание, отсутствие стресса, переохлаждения. Марлевую повязку посоветовали носить не здоровым, а тем, кто уже заражён. Давно испытанная оксолиновая мазь названа бесполезной.

Иван МАГЕР,
корр. «МГ».

Криминал

Пойман с поличным

По подозрению в получении незаконного денежного вознаграждения задержан врач одного из медицинских учреждений, расположенного на территории Адмиралтейского района Санкт-Петербурга.

В ходе проведения оперативно-розыскных мероприятий сотрудниками отдела экономической безопасности и противодействия коррупции УМВД России по Адмиралтейскому району Санкт-Петербурга по подозрению в получении взятки задержан заведующий отделением сестринского ухода одной из городских больниц. Данное отделение предназначено для граждан преклонного возраста с ограниченными возможностями, которым необходим постоянный уход.

Специалист был задержан в момент получения 5 тыс. руб. от женщины за продление нахождения своего знакомого в палате данного медицинского учреждения.

Возбуждено уголовное дело по признакам состава преступления, предусмотренного частью 3 статьи 290 УК РФ (получение взятки). В настоящее время полицейскими устанавливаются другие факты преступной деятельности подозреваемого.

Валентин СТАРОСТИН.

Санкт-Петербург.

Ситуация

ЖНВЛП: остановить рост цен

Парламентарии и общественность поддерживают санкции к аптекам

Росздравнадзор подготовил проект федерального закона, позволяющего приостанавливать работу аптек, повторно уличённых в завышении цен на жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты (ЖНВЛП). На встрече с Президентом РФ глава Минздрава России Вероника Скворцова информировала Владимира Путина об этих и других мерах, позволяющих в условиях сжимающихся бюджетных возможностей не снижать качество оказания медицинской помощи.

Законопроект Росздравнадзора не приведёт к сокращению доступности аптечной сети для населения

«Мы сейчас вносим изменения в законодательство, которые позволят приостанавливать деятельность тех аптек, которые повторно пойманы на завышении цен на жизненно необходимые и важные лекарственные препараты», – сказала В.Скворцова, пояснив, что соответствующие законодательные инициативы разработаны Росздравнадзором и сейчас находятся на согласовании.

В поддержку инициативы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор) высказался заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Дорофеев («Единая Россия»). «Я ничего плохого в законопроекте не вижу. Эта мера лишний раз заставит руководителей учреждений задуматься о соблюдении норм закона», – сказал депутат. Он не исключил, что в дальнейшем можно предусмотреть лишение лицензий аптек за неоднократное завышение цен на ЖНВЛП.

«Надо вести учёт компаний и аптечных сетей, злоупотребляющих повышением цен на жизненно важные лекарства», – считает председатель Комитета Совета Федерации по социальной политике Валерий Рязанский. По его словам, возглавляемый им профильный комитет Совета Федераций держит на контроле вопросы цен на ЖНВЛП и готов к выработке дополнительных законодательных решений медицинской повестки дня.

По оценке экспертов, за прошлый год цены на ЖНВЛП выросли почти на 8%. В.Рязанский пояснил, что в связи с этой проблемой Минздрав России и предлагает приостановить деятельность аптек, которые уже неоднократно были замечены в повышении цен на эти лекарства.

По словам сенатора, уже подготовлены изменения в законодательство, что позволит приостановить деятельность аптек, которые повторно будут уличены на повышении цен на эту группу лекарств. «Созданная информационная система будет дополнена новой составляющей, и у Росздравнадзора появится эффективный инструмент в части централизованного, объективного, оперативного ценового контроля, – считает В. Рязанский. – Накопление этой информации позволит ведомству принимать оперативные решения по этой проблеме».

Глава сенатского комитета напомнил, что Росздравнадзор ежемесячно осуществляет мониторинг цен и ассортимента лекарственных препаратов в медицинских и аптечных организациях. «Это надо делать. Особенно, если наживаются на населении», – убеждён он.

При этом законодатель уточнил, что надо начинать с ЖНВЛП, учитывая, что это – государственные закупки. «Рыночные цены, конечно, сложнее регулировать, но мы должны вести учёт, какие из фармкомпаний и аптечных сетей этим злоупотребляют», – полагает он.

В.Рязанский напомнил, что в конце прошлого года Перечень ЖНВЛП был расширен и составляет сейчас более 23 тыс. лекарственных форм, цены на которые регулируются.

Законопроект, приостанавливающий работу аптек, повторно пойманных на завышении цен на ЖНВЛП, будет поддержан Общероссийским народным фронтом. Как заявил координатор центра ОНФ по мониторингу качества и доступности здравоохранения, депутат Госдумы РФ, заслуженный врач РФ Николай Говорин, данная мера ранее обсуждалась на форуме фронта «За качественную и доступную медицину!». «Если эта инициатива выльется в поправки к закону, мы её поддержим», – подчеркнул он.

«Когда возникает возможность сверхприбыли, то, как известно, нравственность дремлет, поэтому никакими другими увещеваниями на эти аптеки воздействовать невозможно», – подчеркнул Н.Говорин. При этом, как заверил депутат, законопроект Росздравнадзора не приведёт к сокращению доступности аптечной сети для населения даже в малых городах. Проблема завышения цен на ЖНВЛП в большей степени характерна для крупных городов.

Депутат также подчеркнул, что при прохождении документа через Государственную думу РФ парламентарии внимательно рассмотрят «формулу закона», а при необходимости внесут коррективы. В целом же он считает, что концепция законодательной инициативы правильная.

В конце декабря Счётная палата РФ представила итоги контрольных мероприятий, касающихся реализации обязательств государства по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан. Главный вывод, сделанный ведомством, – это диспропорции в работе федеральных и региональных программ льготного лекарственного обеспечения, в результате чего до 74% всех расходов на лекарства занимают личные средства граждан.

Отдельно выделены проблемы в отношении лекарственного обеспечения пациентов с редкими заболеваниями. Так, проверка показала, что по 5 из 24 орфанных болезней стандарты медпомощи отсутствуют, и на каких основаниях осуществляется лекарственное обеспечение этих больных, неясно. По остальным болезням стандарты есть, но 50% препаратов из них в Перечень ЖНВЛП не входят, и соответственно регионы их не закупают.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Перспективы

Как бороться с пьянством?

В этом деле могут очень помочь специальные инструкции

В Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М.Сеченова на заседании регулярно действующего в вузе дискуссионного клуба ведущие медики, аддиктологи, психологи и представители Русской православной церкви обсудили проблему алкоголизма и наркомании, а также новые методы борьбы с этими заболеваниями. Если суммировать сказанное, то усилия государства и общества участники дискуссии считают недостаточными.

«Проблема становится особенно актуальной после новогодних праздников, в течение которых в России выпивается 14 млн дл спиртного – немыслимое количество», – открыл дискуссию заведующий кафедрой истории медицины Первого МГМУ им. Сеченова профессор Дмитрий Балалыкин.

Существующие в России методы помощи больным алкогольной и наркотической зависимостью несовершенны. Стране не хватает реабилитационных центров, помощь в которых была бы комплексной. Конечно, это не только медицинская проблема, но и социальная, психологическая. У больного изменено «Я», – считает директор Института наркологического здоровья нации Олег Зыков. Для его восстановления и нужны реабилитационные центры.

«Без реабилитации ничего не будет», – утверждает заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова член-корреспондент РАН Николай Иванец. По его мнению, прозвучавшее недавно из Общественной палаты РФ предложение вернуть вытрезвители рационально, так как они помогают пьяным не погибнуть на улице, однако к лечению не имеют никакого отношения. Кроме того, необходимо заняться подготовкой соответствующих специалистов, которых катастрофически не хватает, отметили эксперты.

Помощью реабилитационным центрам могли бы стать программы, предлагаемые церковью, считает руководитель центра помощи зависимым от алкоголя и наркотиков «Метанойя» при Даниловом монастыре игумен Иона (Займовский). По его мнению, помощь алко- и наркобольным – чуть ли не единственный пример удачного сотрудничества и диалога между наукой, церковью и обществом, где духовная сторона дополняет медицинскую и социально-общественную. «В группах самопомощи по программе «12 шагов» бывают очень хорошие результаты. Зависимые полностью выздоравливают», – сказал игумен Иона. Получить помощь в группах может любой человек, вне зависимости от его религиозных взглядов. Подход к реабилитации комплексный, заключён в том, чтобы не только освободить человека от зависимости, но и возродить его социально, психологически и духовно.

Участники дискуссии также обсудили возможность создания и распространения под эгидой Минздрава России специальных инструкций, адресованных, в первую очередь, соцработникам, госслужащим, педагогам, религиозным деятелям, членам семей химически зависимых. В инструкциях, аналоги которых давно существуют на Западе, должны содержаться сведения о научном понимании алкоголизма и наркомании, симптомах и стадиях заболевания, а также о возможных путях оказания помощи. Такой документ необходим, поскольку в нашем обществе до сих пор бытует много предрассудков о том, что алкоголизм, наркомания – это проявления слабоволия и моральной несостоятельности.

Проблема помощи больным тесно связаны с недофинансированием профилактических мер, – добавила научный сотрудник Национального научного центра наркологии Минздрава России Виктория Аршинова. Государство выделяет на профилактику алкоголизма и наркомании 600 млн руб. в год. Казалось бы, это внушительная цифра, но на каждого жителя страны приходиться всего лишь 4 руб. В развитых странах тратится в разы больше.

Впрочем, по официальной статистике Минздрава России, количество лиц, употребляющих алкоголь и наркотики, с каждым годом неуклонно сокращается, заявил руководитель отделения детской и подростковой наркологии Федерального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии им. В.П.Сербского Минздрава России Алексей Надеждин. Большую роль в этом сыграли последние меры государства – ограничение мест и времени продажи алкоголя, повышение акцизов, борьба с контрафактом.

Аналогичная картина наблюдается и в сфере наркотиков – число потребляющих тяжёлые наркотики, в том числе героин, с каждым годом сокращается примерно на 3-4%. Однако, отметил А.Надеждин, на смену героину приходят природные наркотики и их синтетические аналоги, доля которых растёт. А.Надеждин при этом признал, что система учёта больных нуждается в совершенствовании, а наркологическая служба в нашей стране ещё молодая и пока не отвечает требованиям общества.

Алексей ПАПЫРИН,
корр. «МГ».
Москва.

Инициатива

Счастливый выход для «мамочек»

В стремлении сократить масштабы сиротства в Забайкалье предложили свою идею врачи краевого наркологического диспансера

Трепетное слово «мамочка», обращённое к родильницам, можно часто услышать из уст акушеров-гинекологов. Но не так давно оно вошло органично и в лексикон забайкальских наркологов – в Чите стартовала программа медицинской реабилитации тех женщин, которые за пристрастие к алкоголю либо потребление иных психоактивных веществ были лишены родительских прав.

Попытка сократить масштабы социального сиротства в Забайкалье вследствие неисполнения пьющими родителями своих обязанностей предпринимается на основе соглашения, подписанного

Краеугольный принцип индивидуальных консультаций специалиста по социальной работе Н.Бобровой – доверительность и сотрудничество

краевым наркологическим диспансером и краевой комиссией по делам несовершеннолетних. В рамках совместного проекта диспансер выделяет квотированные места районам для прохождения «заблудившимися» мамочками абсолютно бесплатного для них лечения. Участницами программы, рассчитанной на 6-месячное пребывание в отделении медико-социальной реабилитации, в прошлом году стали около полусотни женщин. Критериями для включения в программу являются наличие одного или нескольких несовершеннолетних детей, неисполнение или ненадлежащее исполнение родительских обязанностей, установленная зависимость от алкоголя средней стадии в соответствии с МКБ-10, высокий реабилитационный потенциал, информированное согласие на участие в прохождении длительного реабилитационного курса. Количество пациенток, прошедших его до конца и в результате вновь обретших радость материнства, уже измеряется двухзначным числом.

Среди них – молодая женщина Ольга, воспользовавшаяся дарованным ей шансом начать новую жизнь, сейчас, как никогда, счастливая мать двух дочерей. Благополучный конец её горькой истории был «первым абзацем» разработанной в учреждении эксклюзивной программы, принятой на «ура» краевой комиссией по делам несовершеннолетних.

А началось всё с того, что безработная 30-летняя жительница Забайкалья обратилась с просьбой о госпитализации в «острое» отделение диспансера, поводом чему послужил длительный алкогольный запой. Обращало на себя внимание, что на первый план клинической картины болезни выступает серьёзная депрессивная симптоматика. Тогда в медикаментозную схему лечения врачи добавили препараты, положительно влияющие на аффективную сферу больной. Подключились психолог и психотерапевт, тут и выяснилось: причина депрессии кроется в длительной психотравмирующей ситуации, и главным образом – в лишении Ольги родительских прав. Почему её девочки оказались в детском доме? Несколько лет назад из семьи ушёл муж, она потеряла жильё, а после того, как стала прикладываться к бутылке, и постепенно сформировалась зависимость, – органы опеки и районная комиссия по делам несовершеннолетних оградили от неё детей.

– В то время, когда Ольга обратилась за наркологической помощью, как раз открылось 25-коечное отделение медико-социальной реабилитации, которое возглавила молодой кандидат медицинских наук Татьяна Нечаева, – рассказывает заместитель главного врача краевого наркологического диспансера по

Путь к выздоровлению редко минует палату интенсивной терапии

В швейном цехе

медицинской части Анна Лобанова. – Мы предложили безутешной «мамочке» такой выход: она без замечаний проходит полный курс реабилитационного лечения, и в случае хорошего прогноза и длительной ремиссии диспансер будет ходатайствовать о возвращении ей родительских прав.

Желание выздороветь подкреплялось замечательной мотивацией, и примерно через полгода женщина получила подписанное главным врачом Олегом Дубининым то самое ходатайство. Врачи долго не владели информацией, насколько помогло дисциплинированной пациентке рекомендательное письмо, и даже немного забеспокоились.

Ольга объявилась в диспансере через 3 месяца. Она держала за ручку трёхлетнюю дочь и с благодарностью улыбалась врачам и «сестричкам». Слов было не нужно…

Владимир КЛЫШНИКОВ,
спец. корр. «МГ».

Чита.

Фото автора.

Тенденции

Губернатор стал пациентом

Он на собственном опыте узнал, как работают медики

Губернатору Челябинской области Борису Дубровскому предложили пройти маршрутом обычного посетителя Челябинской областной клинической больницы.

На входе в Диагностический центр глава региона зарегистрировался в терминале, выбрав из трёх возможных функций направление «Бесплатная диагностика», получил талончик с номером и, услышав по громкой связи вызов диспетчера, направился к окну регистратуры. Там первое лицо области внесли в специальную программу и отправили в кабинет эндоскопических исследований.

– Во-первых, электронная очередь дисциплинирует людей, – считает главный врач ЧОКБ Дмитрий Альтман, – во-вторых, когда люди стоят в очереди и дышат в затылок друг другу, нарушается их личное пространство, и они чувствуют себя некомфортно. Поэтому мы сформировали такую систему, при которой пациент чувствует себя наиболее удобно. Это помогает человеку легче переносить волнения, связанные с процедурами и их ожиданием.

Диагностические возможности областной больницы учитывают практически все потребности пациентов. Здесь проводят все известные на сегодня исследования – лабораторные, ультразвуковые, компьютерная и магнитно-резонансная томография, эндоскопическая диагностика, функциональная диагностика, рентген.

Ежедневно в Диагностический центр приходит более тысячи человек, в месяц – около 26 тыс. При достаточно небольшой площади потоку в 150-200 человек одновременно разместиться весьма проблематично. Прямая электронная связь с поликлиникой посредством уже отлаженной программы помогает регулировать потоки и направлять пациентов на процедуры строго по времени.

Б.Дубровскому продемонстрировали работу эндоскопического кабинета, показали, как заполняется электронная карта пациента, а также ознакомили с работой проекта «Телемедицина» на примере реального сеанса связи с Копейской ЦРБ. Специалисты вышли на связь с просьбой о консультации главного специалиста травматолога Минздрава Челябинской области Леонида Поляка со случаем тяжёлого перелома.

– Эта современная система позволяет за короткое время принять оптимальное решение о дальнейших действиях врачей – транспортировать ли пациента в больницу или отправлять специалиста оперировать на месте, – уже очень хорошо, – сказал руководитель региона. – Но никто, конечно, никогда не заменит врача. Система только позволяет ему делать меньше ошибок.

Губернатор пообещал, что информационные технологии в областной больнице и в остальных лечебных учреждениях региона будут постоянно развиваться. А также порадовал сообщением, что из бюджета области выделены средства на покупку новейшей аппаратуры экспертного класса, которая сегодня есть только в зарубежных клиниках, для диагностического центра областной больницы. Установка и тестирование новинок должно произойти в ближайшие полгода.

Б.Дубровский пообещал лично приехать на запуск новой техники.

Наталья МАЛУХИНА.
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

Проблемы и решения

Запланированная беременность – желанные дети

Это – один из признаков цивилизованного общества

Какой урон наносит женщине прерывание беременности? Этот вопрос, которые сегодня остро беспокоит медиков, обсуждался на ряде встреч видных специалистов с общественностью столицы.

Тревожные факты

Извечная тема абортов рассматривалась в числе других на 7-м Общероссийском научно-практическом семинаре «Репродуктивный потенциал России: версии и контраверсии», состоявшемся в столице. Здесь шла речь не только об угрозе абортов для женского здоровья, но и о его влиянии на демографическую ситуацию.

– Сейчас аборты допускаются в большинстве стран, хотя в некоторых – возможны только в случаях угрозы жизни и здоровью женщины, – напомнила в своем выступлении доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников Российского университета дружбы народов Ирина Шестакова и привела такие данные: ежегодно в мире аборты делают примерно 55 млн женщин, то есть 21% всех беременностей прерывается искусственным путём. При этом около 70 тыс. женщин умирают от различных осложнений, явившихся результатами данного вмешательства.

Не менее тревожным является и тот факт, что каждая пятая женщина в результате первого аборта становится бесплодной.

Ежегодно в России по официальным данным выполняется более 6 млн абортов, и это является достаточно серьёзной демографической проблемой.

Настораживает и тот факт, что каждый пятый аборт приходится на девушку-подростка в возрасте от 10 до 18 лет (что примечательно, средним возрастом начала половой жизни считается 15-16 лет).

По мнению психологов, это напрямую связано не только с недостаточной информированностью, но и с низкой самооценкой молодых женщин – они боятся реализовать свои права на контрацепцию из-за недостатка опыта общения с противоположным полом, особенностью менталитета, воспитания, гендерного неравенства и т.д.

И здесь закономерно возникает вопрос: когда же в таком случае начинать разговоры о безопасном сексе и возможностях контрацепции?

Врач акушер-гинеколог, гинеколог-эндокринолог, международный эксперт по репродуктивному здоровью Любовь Ерофеева уверена: говорить об этом необходимо с самого детства.

Не каждый родитель готов к такому общению, но, возможно, именно это поможет существенно снизить печальную статистику заболеваемости репродуктивной системы у девочек. Тем более что согласно исследованию ВЦИОМ, сегодня 50% россиян считают беседу с родителями наиболее приемлемым и эффективным способом получения информации о сексуальной жизни. В 1990 г. такой вариант сексуального просвещения считал подходящим только каждый пятый россиянин (19%).

– Практически во всех странах Европы, а также в странах Азии есть специализированные образовательные программы, которые приоткрывают завесу «тайн взрослой жизни» перед молодыми людьми, рассказывают о том, как себя защитить от инфекций, передающихся половым путём, тем более от ВИЧ-инфекции, и, конечно, от нежелательной беременности. И только наша страна до сих пор стоит на позициях нейтрального наблюдателя. В России эти программы уже 18 лет пылятся на полке, – сетует Л.Ерофеева.

Рождение ребёнка всегда должно оставаться радостным событием для всех

Так стоит ли ждать появления образовательных программ? Быть может, начать пропаганду сексуального воспитания с собственной семьи? Согласно Семейному кодексу РФ, ответственность за воспитание детей ложится на родителей. Чтобы избежать нежелательной беременности своего ребёнка, в первую очередь нужно донести до него элементарные правила сексуальной жизни, обсудить вопросы контрацепции.

– От 25 до 40% женщин, ведущих активную сексуальную жизнь и не планирующих беременность, используют неэффективные способы контрацепции, такие как календарный метод и прерванный акт. Это приводит к высокому риску нежелательной беременности, – рассказывает Любовь Ерофеева.

Восполнить пробел в сексуальном воспитании и повысить уровень медицинской грамотности нужно и можно. Просто следует пересмотреть своё отношение к разговору о сексе с подрастающим поколением.

К слову, такой опыт есть в РУДН. Более 6 лет преподаватели кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии проводят подобные просветительские занятия с первокурсниками всех факультетов, причём, ни много ни мало – по 2 часа в неделю! Результатом, по словам профессора доктора медицинских наук Марины Хамошиной, стало реальное уменьшение числа абортов в студенческой среде.

Живи настоящим, планируй будущее

Специалисты уверены: аборты должны быть правом выбора женщины. Впрочем, так же, как и рождение ребёнка. Но для того, чтобы это рождение было в радость, оно должно быть своевременным и ожидаемым.

Планирование беременности напрямую связано с «наукой о контрацепции». Специалисты уверены: именно благодаря популяризации таких знаний аборты перестают быть методом регулирования количества и времени рождения детей в России. Эти показатели ежегодно снижаются, хотя и остаются сравнительно высокими (К слову, здесь мнения медиков несколько расходятся, и эти данные также обсуждались на семинаре: кто-то считает, что количество абортов не идёт на спад. Но то, что не увеличивается – факт).

Постоянно улучшаются и средства контрацепции: если в первом оральном контрацептиве – эновиде, выпущенном в США в 1960 г., были буквально «лошадиные» дозы гормонов, то современные – немного щадящие.

В СССР гормональные контрацептивы появились в начале 70-х годов и завозились из Венгрии. В настоящее время более 150 млн женщин во всём мире принимают подобные препараты. В США и Европе этим методом пользуются более 40% женщин, в России – 5%. В чём причина столь высокой разницы? В неосведомлённости? В гормонофобии? В приверженности традициям и стереотипам? Некоторые ответы дают данные социологического опроса, проведённого в крупнейших городах России.

В исследовании, проведённом в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону и Казани, впервые приняли участие не только женщины (69%), но и мужчины (31%). Всего было проинтервьюировано 1662 человека в возрасте 20-30 лет. Молодые люди ответили на вопросы, позволяющие выяснить их отношение к планированию беременности, степень информированности о рисках, связанных с незащищённым половым актом, приоритеты в выборе контрацептивов, а также основные источники получения информации о них.

Оказалось: несмотря на декларируемый респондентами высокий уровень знаний о методах контрацепции, многие молодые люди всё ещё недостаточно осведомлены о современных достижениях науки в этой области.

Иллюзия информированности

– Около 33 млн незапланированных беременностей в мире происходят из-за неправильного использования (или полного неиспользования) контрацептивов, – говорит профессор Марина Хамошина. – Однако если ещё 10-20 лет назад это можно было объяснить недостатком знаний, то сейчас, в эпоху Интернета, мы обеспокоены избытком самых разнообразных (часто бессистемных и непрофессиональных) сведений и источников.

При этом критерии выбора способа контрацепции часто субъективны, например, максимальное сохранение ощущений во время интимной близости мужчины ставят во главу угла (53%), а надёжность в предотвращении нежелательной беременности занимает второе место (51%).

Комментируя эти данные, М.Хамошина привела слова Льва Толстого, как нельзя более подходящие к ситуации: «Не бойся незнания, бойся ложного знания!».

Ответственная свобода

Основной плюс контрацепции, по мнению как женщин (35%), так и мужчин (25%), – это возможность сделать осознанный выбор и насладиться отцовством и материнством именно тогда, когда оба партнёра к этому готовы. Кроме того, современные средства контрацепции позволяют полностью подготовиться к рождению ребёнка – физически, материально, эмоционально. С этим согласен каждый четвёртый из опрошенных молодых людей.

Благодаря контрацептивам 24% женщин и 17% мужчин могут чётко планировать свою жизнь и получать дополнительную свободу, которая необходима в первую очередь мужчинам (17%) и во вторую – женщинам (7%). На последнем месте в пятёрке главных плюсов контрацепции – возможность методом проб и ошибок найти более подходящего спутника жизни: это оказалось важным для 4% женщин и 5% мужчин.

Главным минусом незапланированной беременности 77% женщин назвали «невозможность заранее проверить своё здоровье и позаботиться о здоровье ребёнка». Кроме того, представительницы прекрасного пола отметили, что подобное событие влечёт за собой целый «букет» проблем: непредвиденную нагрузку на семейный бюджет (56%), риски для успешной карьеры (39%), проблемы в личной жизни (20%) и даже угрозу для фигуры (9%). Незапланированные беременности были у каждой пятой (!) из опрошенных женщин, причём 79% из них не сомневается в том, что современные средства контрацепции помогают сохранять женское здоровье и способность родить ребёнка.

Женщина предъявляет к своему методу контрацепции гораздо более высокие требования, чем мужчина. Помимо защитной функции (от нежелательной беременности и заболеваний, передающихся половым путём), они ждут от контрацептива лечебных и даже косметических свойств. Для 17% женщин важно, чтобы «идеальный контрацептив» способствовал лечению сопутствующих гинекологических заболеваний, 15% хочет, чтобы он благотворно воздействовал на кожу, нормализуя работу сальных желёз и помогая избавиться от угревых высыпаний, 14% необходим «интимный и оздоровительный эффект» – устранение предменструальных симптомов и усиление либидо.

– Исследования показывают, что оптимальным вариантом для женщин, чьё либидо снизилось под влиянием других средств защиты или иных факторов, является оральная контрацепция с эстрадиолом. Гормон, идентичный эндогенному, способен оказать положительное воздействие сразу по двум направлениям – чувственному и телесному, – отмечает М.Хамошина.

У абсолютного большинства женщин не возникает сомнений в том, что современные средства контрацепции способствуют сокращению числа абортов (94%), позволяют им оставаться социально активными (90%), создают условия для рождения желанных и здоровых детей благодаря планированию беременности (88%), заботятся о репродуктивном здоровье (72%). Представители сильного пола более сдержанны в оценках, однако в одном они полностью солидарны с женщинами: 91% мужчин считают, что рождение ребёнка должно быть продуманным и запланированным, к нему необходимо готовиться заранее.

Очень важно, чтобы выбирая средства защиты, женщины больше доверяли врачу, а не Интернету и мнению подруг, мужчины – прислушивались к советам специалистов, а не только к субъективным ощущениям, и каждый человек защищал не только себя, но и партнёра, а значит – будущее.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Фото
Александра ХУДАСОВА.

Беседы с главными специалистами

На пути к совершенству

Каковы нынешнее состояние и перспективы отечественной гематологии

За последние 20-25 лет состояние гематологической службы в нашей стране существенно изменилось в положительную сторону. Развитие этой области клинической медицины происходит непрерывно даже в нынешних условиях, когда на отрасль обрушивается шквал критики – со стороны как государства, так и общества. Ключевым моментом в эффективности гематологического лечения является то, что достойный его уровень обусловливается развитием крупных медицинских учреждений, где исповедуется междисциплинарный подход к ведению пациентов, а также образовательный и исследовательский процессы интегрированы в клиническую практику.

О наиболее актуальных проблемах гематологии на современном этапе, а также о других немаловажных аспектах этой клинической специализации в интервью «МГ» рассказал генеральный директор Гематологического научного центра Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный специалист-гематолог Минздрава России, председатель Национального гематологического общества, академик РАН Валерий САВЧЕНКО.

– Валерий Григорьевич, в чём заключаются основные сложности в процессе диагностики и лечения гематологических заболеваний?

– В основном это связано с тем, что подчас просто-напросто диагностический процесс запаздывает в силу слишком позднего обращения пациента к врачу. Кроме того, если речь идёт о лимфомах, то зачастую страдает морфологическая служба диагностики этих заболеваний. Дело в том, что она не успевает за больными, которых, к большому сожалению, очень много. От этого зависит эффективность лечения. Если же говорить в целом по стране, то есть очень развитые регионы, где гематологическая служба ничем не уступает аналогичной в экономически развитых странах. Наряду с этим у нас есть ряд регионов, где в течение последних 25 лет не происходит никаких изменений. Они никуда не движутся, в буквальном смысле оставаясь в прошлом веке.

Для гематологии необходимы не только диагностика и лечение заболеваний крови на самом высоком уровне, но и развитие смежных направлений: трансфузиологии, цитогенетики, молекулярной биологии, морфологии, бактериологии, проточной флоуцитометрии и иммунологии. И продвижение этих направлений не должно носить прикладной характер. Такие лаборатории должны находиться в каждом медучреждении, где есть гематологическое отделение, не говоря уже о клиниках, специализирующихся на диагностике и лечении заболеваний крови, а также в областных больницах, которые при соответствующем оборудовании и должной подготовке специалистов смогут без особых проблем обеспечивать регион адекватным гематологическим лечением.

Однако словами такого не взрастишь. Для того чтобы всё это осуществить, следует отправлять врачей на повышение квалификации в ведущие клиники страны на регулярной основе, а также предоставлять им возможность зарубежной стажировки – практическую значимость обмена опытом на международном уровне переоценить невозможно. Я убеждён, что форпостом современной медицины является областная или краевая клиническая больница: 1-1,5 тыс. коек, большой коллектив с неплохим профессионализмом, нормальное оборудование… Этого достаточно для эффективного ведения пациентов со всеми заболеваниями. Другое дело – как всё это функционирует. К примеру, цитогенетика не должна быть направлена исключительно на поиск врождённых аномалий развития. И таких лабораторий в нашей стране должно быть сотни, а не 3-4, как сейчас. Это очень важный аспект. Почему это не развивается – мне не понятно. Особенно в виду того, что гематологические препараты экстремально дорогие. Деньги нужно вкладывать не только в медикаменты, но и в развитие эффективной диагностической инфраструктуры.

Наряду с этим болевой точкой нашей медицины вообще и гематологии в частности является уровень профессиональной подготовки докторов. К сожалению, наши клиницисты-гематологи делают вывод о состоянии пациента по данным заключений их коллег-диагностов. На мой взгляд, это не совсем правильно. Лечащий врач – главное действующее лицо в лечебном процессе, полностью отвечающее за ведение больного. Также нередки случаи, когда врачи не имеют понятия о заболеваниях по смежным специальностям. Рефлексирующее поведение налицо: у больного температура или желтушный синдром – в инфекционный стационар. О гемолизе – ни единой мысли. Очень жаль терять пациентов вследствие этого.

Что характерно, в настоящее время гематология занимает 7% всей онкологии во всём мире, в том числе – и у нас. Примечательно также, что инвестиции в развитие гематологии такие же, как в общую онкологию. Это во многом объясняет тот факт, что эффективность лечения заболеваний крови за последние 20-25 лет повсюду выросла в десятки раз.

– Выживаемость пациентов с хроническим миелолейкозом на сегодняшний день составляет 80%. За счёт чего удалось добиться столь позитивных показателей?

– Ещё каких-то 10-12 лет назад трёхлетняя выживаемость при этом заболевании была очень небольшой. В этом вопросе нам помогла цитогенетика: на заре нашего столетия было обнаружено, что между 9-й и 22-й хромосомами происходит обмен дистальными участками. Было установлено, что они обладают тирозинкиназной активностью, которая приводит к более длительной жизни клеток. На основании этого был разработан лекарственный препарат, который на протяжении последних 12 лет и обеспечил 80%-ную выживаемость больных хроническим миелолейкозом.

– Насколько профилактируемы злокачественные новообразования крови?

– Очень незначительно. Здесь скорее нужно думать о хроническом воспалении. Кроме того, это касается лимфом, которые зачастую развиваются на фоне иммунодефицита. Как естественных (у пожилых людей), так и ятрогенных (при трансплантации органов), когда происходит иммуносупрессия и подавляется лимфоидная ткань. На этот счёт не так много эпидемиологических исследований не только у нас, но и во всём мире. Профилактировать лейкемию и лимфомы, а также остальные опухоли крови практически невозможно.

– Что необходимо для выявления онкологических заболеваний крови на самых ранних стадиях?

– Практически это сложно сделать по разным причинам. Острые лейкозы весьма и весьма вариабельны. Манифестация этих заболеваний непредсказуема, и порой они скрываются за маской других патологий. Тем не менее это не отменяет ежегодного исследования периферической крови – это, если хотите, отражает уровень общечеловеческой культуры. В ряде случаев это позволяет выявить злокачественные новообразования крови на самых ранних стадиях, вполне операбельных и поддающихся терапии.

Вообще, в основе эффективности гематологии лежит терапия острых лейкозов и лимфом. На принципах терапии этих заболеваний строится наша специальность. Опухоли кроветворной ткани биологически излечимы. А единственным доказательством эффективности лечения являются контролируемые исследования. Это общемировая практика.

– Вы неоднократно заявляли, что клиника не может существовать без лабораторий генетики, бактериологии и т.д. Почему вы так считаете?

– Совершенно верно. Понимание этого должно формироваться у будущих специалистов ещё в студенческие годы. В этом отношении мне очень нравится подход к образованию в странах Западной Европы и США, где физика, биология, физиология, генетика и другие фундаментальные дисциплины преподаются применительно к клиническим дисциплинам, а не изолированно и даже порою формально, как у нас. Более того, попав в клинику, молодой врач видит взаимодействие фундаменталистов и клиницистов, впитывая в себя такой принцип ведения пациентов – единственно правильный, кстати говоря. Это должно стать основной формой образования врачей в нашей стране. Иначе – беда. Междисциплинарный подход – залог эффективного образования.

В нашей клинике мы стараемся придерживаться такого подхода. Главное, чему я стараюсь обучить ординаторов и аспирантов, – синтез информации, который, в отличие от анализа, даёт результаты. Главное, чему я стремлюсь научить молодёжь – синтезировать имеющиеся знания и навыки в единую систему. Остальное приходит с опытом при желании самообразования.

– Как вы относитесь к запрету материального вознаграждения за донацию крови?

– Крайне положительно. Это единственная гарантия вирусной безопасности. Во всех нормативных актах за рубежом даже подозрение на получение выгоды является поводом для отвода донора. Вирусологическая безопасность зависит от фактора возмездности. Как только появляется выгода, сразу же возникает искушение.

– Какова роль клинических рекомендаций в гематологии?

– Для того, чтобы принимать то или иное решение относительно пациента, нужно иметь необходимые составляющие: диагноз, лабораторное обеспечение, мониторирование эффективности и т.д. Это должно быть описано и экономически оправдано. Однако, решение применительно конкретного пациента должен принимать врач. Стандарты лечения, безусловно, нужны, однако с их помощью нельзя описать всё многообразие клинических случаев. Это – метод, а не цель. Нужно понимать, что стандарты лечения никогда не будут выполняться в полном объёме. Для этого нужен другой бюджет, в разы больше нынешнего.

Врач может ошибаться – это необходимо понимать. С моей точки зрения, протокол лечения наряду с тем, что защищает врача в юридическом аспекте, порождает в нём безответственность – дескать, я лечил так, как написано, и прав вне зависимости от исхода. Медицина так устроена, что нужно брать на себя ответственность за принятое решение.

– Насколько важна общетерапевтическая подготовка для гематолога?

– Сужу по своим ординаторам и аспирантам: гематология даёт прекрасную общую подготовку. И не только по терапии, но и по реаниматологии, интенсивной терапии, инфекционным заболеваниям, кардиологии, общей морфологии, токсикологии, морфологи и т.д. Во многих наших лабораториях работают клиницисты и очень успешно, замечу я вам. На мой взгляд, лучшие лабораторные специалисты – бывшие клиницисты. Человек, работающий в лаборатории, должен понимать, что на нём лежит точно такая же ответственность, как и на лечащем враче. Без клинического опыта осознание этого не представляется возможным.

Залог эффективного развития медицины – создание клиник, где в равной степени сочетались бы наука, образование и практика. Разделение специалистов на преподавателей, практических докторов и врачей-исследователей ограничивает профессиональный кругозор.

– Как вы оцениваете уровень профессиональной подготовки российских гематологов с позиции главного специалиста Минздрава России?

– Их всего 500-600 на всю страну. Этого очень мало. Каждые полгода в течение последних 25 лет мы их собираем в нашей клинике, а также в других крупных гематологических центрах, где проводим конгрессы, конференции, мастер-классы и другие отраслевые мероприятия, направленные, главным образом, на непрерывное повышение профессиональной подготовки наших гематологов. На мой взгляд, самое эффективное образование происходит на рабочем месте. Лекции несут в себе формальные знания, а профессионалы говорят коротко.

– Насколько востребована гематология среди выпускников медвузов?

– Это не самая простая область клинической медицины. Тем не менее молодёжь к нам идёт. Они заинтересованы. У них горят глаза. Задают много вопросов. Причём более пытливыми оказываются, как правило, девушки. На мой взгляд, это в силу того, что индивидуальная ответственность у них развита в большей степени. В то же время многие выгорают эмоционально: пациенты очень тяжёлые, не всегда есть лекарства. Вследствие этого многие доктора уходят из гематологии в смежные специальности. Хороший специалист заработает всегда и везде, пусть и не сразу. Очень многое зависит от личной заинтересованности в освоении специальности. У нас в клинике благодатная атмосфера для молодёжи: случаи, когда выпускник ординатуры не идёт в аспирантуру, – единичны.

– Отраслевое финансирование в нашей стране, мягко говоря, – скудное. Сказывается ли это на оказании гематологической помощи?

– В рамках семи основных гематологических нозологий финансирование не такое уж и плохое. Государство берёт на себя достаточно большие расходы – это достижение. Наше население обеспечено бесплатным лечением гемофилии, хронического миелолейкоза, лимфом, миелом и т.д. Тем не менее выделяемых денег гематологии не хватает. Хотя при условии эффективного их использования можно было бы существенно улучшить ситуацию в нашем здравоохранении. К сожалению, в некоторых регионах нашей страны отмечается явный дефицит средств, выделяемых на здравоохранение. С моей точки зрения, такие вопросы должны решаться на федеральном уровне, а не зависеть от главы конкретного региона. У меня нет уверенности в том, что везде региональное руководство заинтересовано в развитии медицины, и гематологии в частности. Она дорогая. Каждый больной «стоит» 50-100 тыс. долл. На мой взгляд, первым делом следует инвестировать в образование, здравоохранение и науку. Это три кита, на которых держится благополучие любого государства. Я твёрдо на этом настаиваю.

Беседу вёл
Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
обозреватель «МГ».

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 7 (1946)

Врождённая патология зубочелюстной системы встречается в среднем у 70% населения, 30% из них нуждаются в комбинированном ортодонтическом и хирургическом лечении. Современные методы лечения в челюстно-лицевой хирургии дают возможность устранения данных аномалий и деформаций. Лечение пациентов с аномалиями развития костей челюстей является одним из наиболее актуальных и динамично развивающихся разделов челюстно-лицевой хирургии. Такие аномалии приводят к серьёзным эстетическим и функциональным нарушениям. Пациенты с асимметричными аномалиями челюстей зачастую предъявляют жалобы не только на нарушение эстетики лица, но и функциональные нарушения: нарушения функции жевания, острые и хронические функциональные нарушения височно-нижнечелюстного сустава. На сегодняшний день принято считать, что основными факторами развития данной патологии являются генетические нарушения, травмы челюстно-лицевой области, гормональные нарушения (в том числе в пубертатном периоде).

Диагностика и комбинированное лечение пациентов с асимметричными аномалиями челюстей

Согласно классификации Kawamoto (2009) асимметричные аномалии принято разделять на врождённые, аномалии роста и развития и приобретённые аномалии и деформации. Также данная классификация разделяет асимметричные аномалии на аномалии развития основания черепа с асимметричным расположением анатомических структур и аномалии роста и развития нижней челюсти. Зачастую асимметричные деформации челюстно-лицевой области обусловлены аномалиями развития височно-нижнечелюстного сустава. Односторонняя гиперплазия головки мыщелкового отростка нижней челюсти – заболевание, при котором наблюдается спонтанный, неконтролируемый рост костной ткани в области головки мыщелкового отростка. При односторонней гипоплазии отмечают существенную задержку или полную остановку роста головки мыщелкового отростка нижней челюсти на поражённой стороне. Первое упоминание о данном виде патологии описано R.Adams в 1836 г. С того времени было опубликовано большое количество клинических случаев, но ключ к пониманию проблемы, первые классификации, попытки к установлению этиологии данной патологии предложил H.Obwegeser (1986). Он классифицировал данную патологию по типу роста и ввёл термины, широко распространённые на сегодняшний день: hemimandibular hyperplasia и hemifacial elongation, что дословно переводится как «гемимандибулярная гиперплазия» и «гемифациальная элонгация». Доказано, что консервативное лечение данной категории пациентов является неэффективным, а результат лечения крайне нестабильный. В связи с этим методы диагностики и комплексного лечения данной патологии постоянно совершенствуются, применение этих методов позволяет значительно повысить эффективность лечения.

Материалы и методы

Нами было проведено комплексное обследование 235 пациентов в возрасте от 16 до 44 лет с асимметричными деформациями челюстей. По результатам опроса пациентов было выявлено, что все пациенты исследуемой группы предъявляли основные жалобы на асимметрию и неудовлетворительную эстетику лица (рис. 1, 2, 3, 4). В зависимости от аномалии окклюзии зубных рядов пациенты были разделены на группы: 1-я группа – пациенты без нарушения окклюзии (10%); 2-я группа – пациенты с дистальной окклюзией (20%); 3-я группа – пациенты с мезиальной окклюзией (70%) (рис. 1).

У 35 пациентов в исследуемой группе наблюдались клинико-диагностические признаки гипо- и гиперплазии мыщелкового отростка нижней челюсти, из них 7 мужчин и 28 женщин.

Односторонняя гиперплазия мыщелкового отростка характеризуется рядом рентгенологических признаков: патологический рост половины нижней челюсти во всех направлениях, отграниченный подбородочным симфизом; увеличение длины ветви нижней челюсти; увеличение размеров головки мыщелкового отростка; увеличение длины шейки мыщелкового отростка; деформация ветви нижней челюсти с характерным изгибом в трансверзальной плоскости; деформация тела нижней челюсти на поражённой стороне (нижний край тела на поражённой стороне находится на гораздо более низком уровне, тело нижней челюсти на поражённой стороне резко увеличено в вертикальном измерении); нижнеальвеолярный нерв проходит непосредственно по нижнему краю нижней челюсти, что характерно проявляется в области премоляров и моляров; на контрлатеральной стороне, отмечается некоторое уменьшение вертикального размера тела нижней челюсти.

При односторонней гипоплазии наблюдались следующие рентгенологические признаки: недоразвитие подбородка; смещение

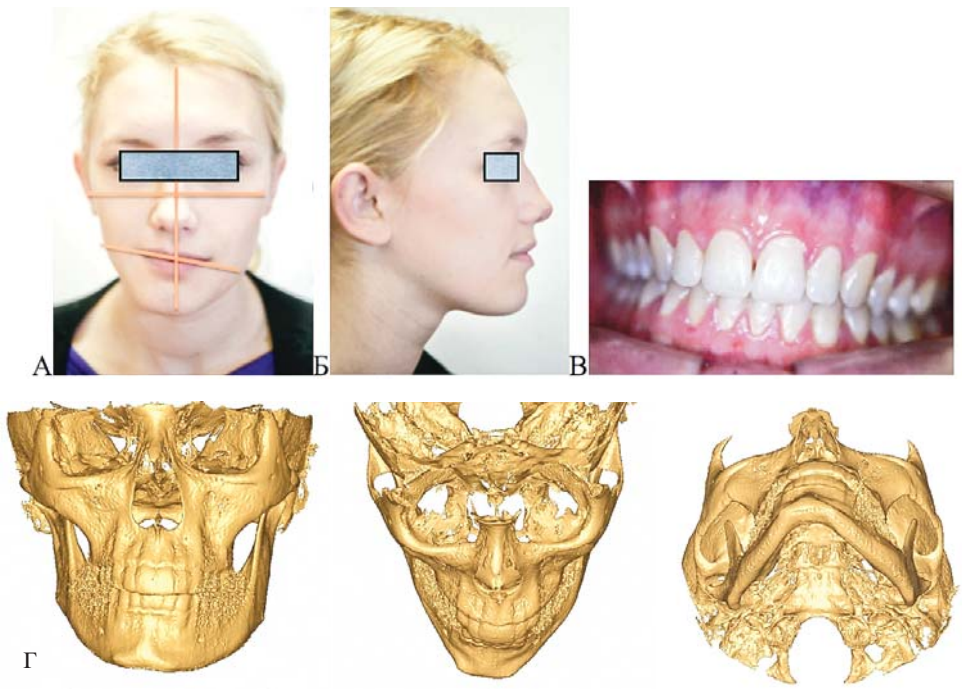

Рис. 2. Пациентка с физиологической окклюзией зубных рядов: А – анфас; Б – в профиль; В – в полости рта; Г – реконструкция компьютерной томографии

Рис. 1. Распространённость и распределение аномалий окклюзии зубных рядов в исследуемой группе

тельного захвата РФП на контрлатеральных сторонах в проекции головок левого и правого височно-нижнечелюстной сустав (ВНЧС). Данный метод отличается высокой точностью, и в то же время простотой интерпретации. Принято считать, что разница захвата РФП до 6% находится в пределах нормы, от 6 до 10% соответствует воспалительному процессу костной ткани с образованием костной мозоли при травме и демаркационного вала при воспалении. Соответственно при отсутствии признаков воспаления и разнице захвата РФП более 10% на контрлатеральных сторонах правомерно говорить о патологической активности зоны роста в субхондральном слое головки мыщелка (рис. 5).

Всем пациентам проводилась конусно-лучевая компьютерная томография на аппарате «I-CAT» (США). Планирование операции проводилось с использованием трёхмерного компьютерного моделирования при помощи программного обеспечения SurgiCase (Materialise).

Мы предложили трёхмерный цефалометрический анализ симметрии контрлатеральных сторон нижней челюсти, основанный на измерении линейных и угловых параметров нижней челюсти по трём стандартным точкам: Co, Go, Me, и параметры, основанные на них. Нами также предложен дополнительный

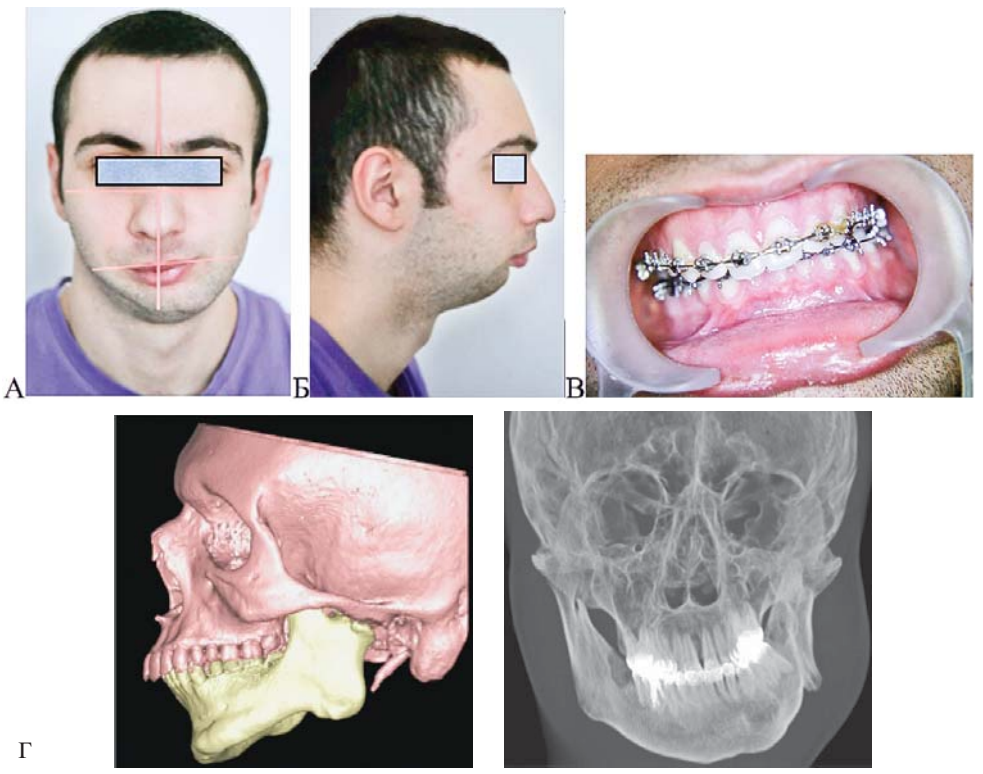

Рис. 3. Пациент с дистальной окклюзией зубных рядов: А – анфас; Б – в профиль; В – в полости рта; Г – реконструкция компьютерной томографии

его в поражённую сторону; выраженный вертикальный рост верхней челюсти; трансверзальный наклон окклюзионной плоскости; нормальные параметры роста и развития непоражённой стороны.

Степень активности односторонней гиперплазии мыщелкового отростка нижней челюсти оценивали при помощи остеосцинтиграфии или однофотонной эмиссионной компьютерной томографии – методы диагностики, позволяющие оценить потенциал роста костной ткани путём оценки захвата радиофармпрепарата (РФП) костной тканью. Механизм захвата радиофармпрепарата основан на связывании РФП со свободными кристаллами гидроксиапатита костной ткани, которые активно образуются в процессе роста кости или формирования костной мозоли. Иными словами, зона повышенного захвата РФП соответствует зоне роста и минерализации костной ткани с большим количеством свободных кристаллов гидроксиапатита, хорошей васкуляризацией, активными остеобластами и незрелыми клетками – предшественницами костного мозга.

Однофотонная эмисионная КТ (ОФЭКТ/КТ) проводилась на аппарате GE Discovery NM/CT/670 в планарном и гибридном режимах с применением РФП 99mTc-пирфотех через 30-40 минут после его введения при средней суммарной дозе облучения 2,6 мЗв и средней активности 500 мБк.

Нами использован метод анализа сравнительного параметр, позволяющий оценить анатомическую высоту мыщелкового отростка нижней челюсти у пациентов с односторонней гиперплазией мыщелкового отростка. Расчёт данного параметра проводился по следующей методике:

CondH – высота мыщелкового отростка, которая измерялась по линии Co – Go от точки Co до перпендикулярной линии, проведённой через наиболее нижнюю точку

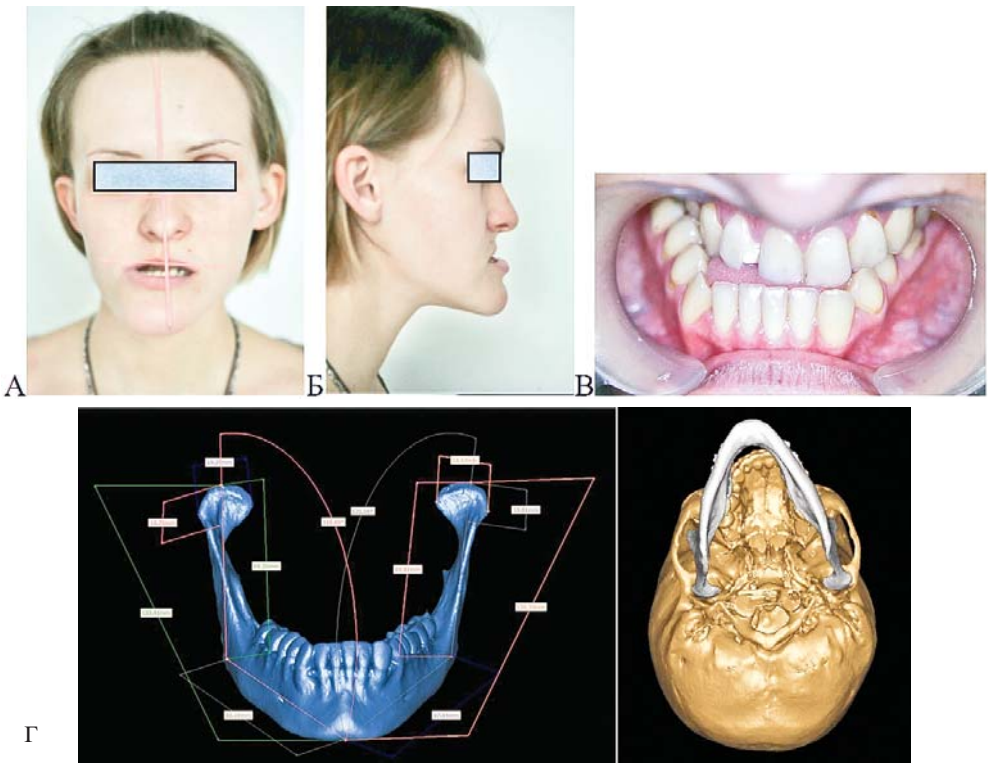

Рис. 4. Пациентка с мезиальной окклюзией зубных рядов: А – анфас; Б – в профиль; В – в полости рта; Г – реконструкция компьютерной томографии

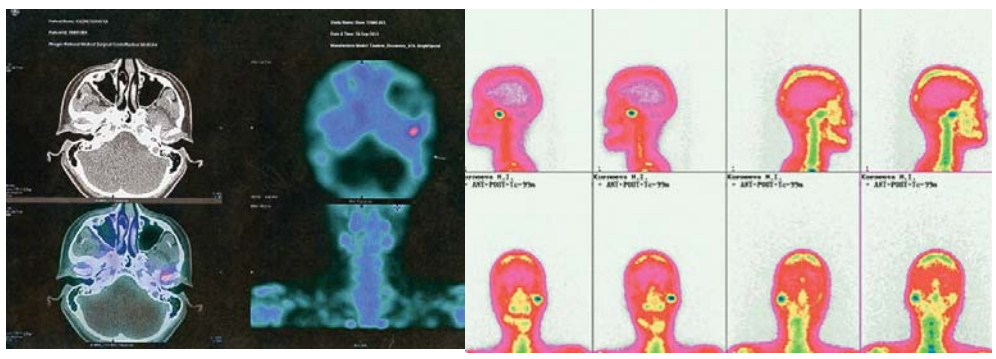

Рис. 5. Результаты радионуклидной диагностики пациентов с активной формой односторонней гиперплазии мыщелкового отростка нижней челюсти

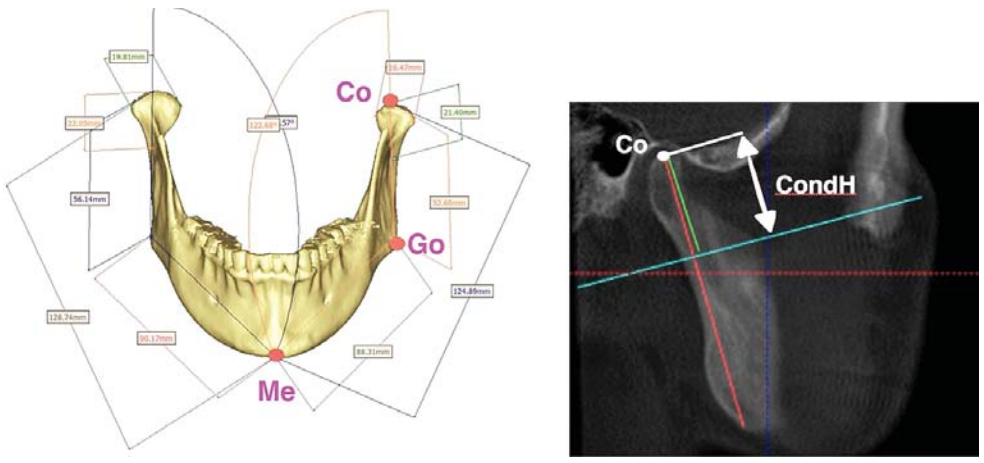

Рис. 6. 3-D-модель нижней челюсти с цефалометрическим анализом

венечной вырезки ветви нижней челюсти: CondHA – поражённая сторона, CondHN – непоражённая сторона (рис. 6).

Также на основе анализа R.M.Ricketts для телерентгенограммы в прямой и боковой проекциях нами были предложены новые цефалометрические точки и параметры: референтные плоскости (рис. 7) (1 – соответствующая франкфуртской горизонтали (FH), 2 – срединная плоскость (RmP), построенная через точки Ba, Se и N, 3 – окклюзионная плоскость (Ocp), 4 – фронтальная плоскость, построенная по точкам PoL, PoR и Ba; линейные параметры: вертикальные параметры относительно FH справа и слева от точек на краю нижней челюсти в проекции точки ментального отверстия (Me') и точек пересечения бугра верхней челюсти и скулового отростка (J) (рис. 8А), высота окклюзионной плоскости в области клыков (U3) и первых моляров (U6) (рис. 8Б); горизонтальные параметры относительно плоскости RmP; ширина верхней челюсти (от точек J), верхнего зубного ряда (от точек U6), нижней челюсти (от точек Go и Me') (рис. 8А), длина правой и левой половины тела нижней челюсти (CoR – Me, CoL – Me), длина правой и левой ветви нижней челюсти (CoL – GoL, CoR – GoR) (рис. 9); угловые параметры (измерялись углы, образованные между RmP к линиям, построенным между точками справа и слева Me', Go, J и плоскостью OcP).

При планировании операций большое значение имеет правильное и точное построение референтных плоскостей. По значениям параметров можно определить тип лица, его гармоничность и эстетику, пропорциональность и симметрию челюстных костей. Методом компьютерного моделирования планируемой операции можно определить характер изменений, которые позволят достичь наилучших результатов. Поэтому при планировании операций следует учитывать все факторы изменений и находить баланс между ними.

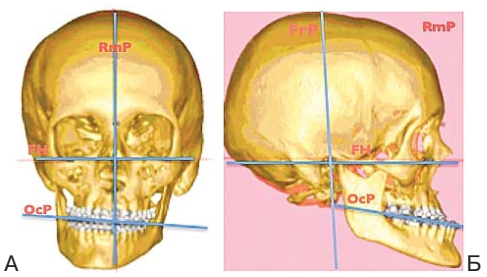

Рис. 7. Определение референтных плоскостей на 3D-модели: А – в прямой проекции, Б – в боковой проекции

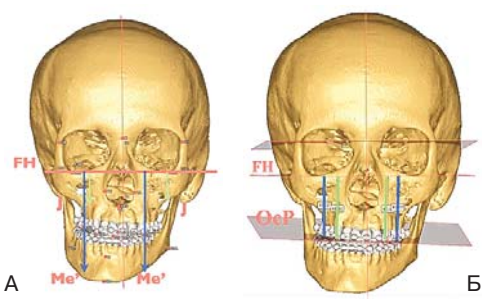

Рис. 8. Вертикальные параметры относительно FH: А-высота верхней и нижней челюсти, Б – высота окклюзионной плоскости

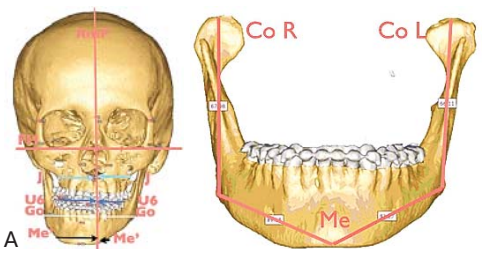

Рис. 9. Горизонтальные параметры справа и слева: А – измерения

Результаты исследования

Цефалометрический анализ по предложенной методике был проведён всем пациентам в исследуемой группе. Все данные, полученные в результате обследования, заносили в сводные таблицы для каждой из нозологических форм и проводили сравнительный анализ по исследуемым признакам до и после лечения.

Результаты цефалометрического анализа у пациентов с физиологической окклюзией зубных рядов до и после лечения.

У пациентов с физиологической окклюзией зубных рядов до лечения имелись отличия между правой и левой стороной по нескольким параметрам: расстояние от точек J, Me', Go до срединно-сагиттальной плоскости, что подтверждает наличие скелетной асимметрии верхней и нижней челюсти. Также имелись различия в размерах верхнего зубного ряда и в размерах тела нижней челюсти. После лечения все параметры слева и справа практически не различались (табл. 1)

Что касается параметров после лечения, вероятность найти различия составляла всего 0,67 по показателю ширина верхней челюсти U6 – RmP. При изучении медианных значений линейных параметров до и после лечения наблюдались абсолютные различия от – 2,0 до 1,0 мм; а относительные: от – 50,0 до 2,3% (табл. 2). При изучении медианных значений линейных параметров до лечения абсолютные различия в диапазоне от – 5,8 до 3,5 мм, после лечения – от – 2,2 до 1,1 мм; а относительные различия до лечения от – 18,7 до 12,1%, а после – от 4,7 до 4,7% (табл. 3).

При изучении абсолютных и относительных изменений медианных значений угловых параметров до и после лечения различия были в диапазоне от 0,6 до 6,0 мм и от 0,6% до 7,4% соответственно (табл. 4).

Таблица 1

Описательная статистика линейных параметров у пациентов 1-й группы

Параметр	До лечения						После лечения					
	правая сторона			левая сторона			правая сторона			левая сторона		
	Среднее	Стандартное отклонение	Медиана	Среднее	Стандартное отклонение	Медиана	Среднее	Стандартное отклонение	Медиана	Среднее	Стандартное отклонение	Медиана
Go-Me	79,3	6,4	83,0	77,7	7,0	77,0	84,0	5,6	85,0	84,7	5,0	84,0
U3-FH	51,3	2,1	52,0	52,0	4,6	51,0	49,0	1,7	48,0	49,3	2,3	48,0
U6-FH	47,7	2,5	48,0	47,0	5,2	44,0	45,3	2,3	44,0	46,0	1,7	45,0
Me – RmP	4,0	0,0	4,0	3,5	3,5	3,5	0,4	0,3	0,4	0,2	0,0	0,2
U6-RmP	25,3	1,2	26,0	28,7	2,1	28,0	26,7	0,6	27,0	25,3	0,6	25,0
N-U3	79,0	4,4	81,0	79,0	5,6	78,0	77,0	3,6	76,0	77,3	3,5	77,0
Me' – RmP	24,6	4,6	25,2	20,1	3,9	20,5	23,7	2,2	22,8	23,5	1,41	23,9
J – RmP	28,2	3,3	29,2	31,8	2,4	32,7	27,9	1,3	28,0	29,0	4,0	29,0
J – Me'	57,4	5,9	59,4	60,0	6,6	59,6	58,1	3,7	59,4	59,8	0,5	59,8
Or – Me'	83,3	3,1	84,0	83,4	5,6	86,2	83,1	4,2	85,1	84,2	2,4	85,4
J – Or	27,1	2,1	26,9	25,2	2,7	23,9	25,6	1,2	25,2	25,3	1,7	25,6
Go – RmP	47,7	1,3	48,0	42,0	1,2	42,2	47,8	1,2	48,0	45,3	2,8	45,8

Таблица 2

Различия медианных значений линейных параметров (часть 1) до и после лечения пациентов с физиологической окклюзией

Параметр	Медиана до лечения	Медиана после лечения	Различия	
			Абс., мм	Отн., %
Go – Me	85,0	84,0	-1,0	-1,2
U3 – FH	48,0	48,0	0,0	0,0
U6 – FH	44,0	45,0	1,0	2,3
Me – RmP	0,4	0,2	-0,2	-50,0
U6 – RmP	27,0	25,0	-2,0	-7,4

Таблица 3

Различия медианных значений линейных параметров (часть 2) до и после лечения пациентов с физиологической окклюзией

Параметр	Сторона лица				Различия			
	правая		левая					
	Медиана		Медиана		Абс., мм		Отн., %	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Me' – RmP	25,2	22,8	23,2	23,9	-4,7	1,1	-18,7%	4,7
J – RmP	29,2	28,0	31,2	29,0	3,5	1,0	12,1%	3,5
J – Me'	59,4	59,4	58,8	59,8	0,3	0,5	0,4%	0,8
Or – Me'	84,0	85,1	80,7	85,4	2,3	0,3	2,7%	0,4
J – Or	26,9	25,2	24,8	25,6	-3,1	0,5	-11,4%	1,8
Go – RmP	48,0	48,0	46,0	45,8	-5,8	-2,2	-12,2%	-4,7

Таблица 4

Различия медианных значений угловых параметров до и после лечения пациентов с физиологической окклюзией

Параметр	Медиана		Различия	
	до лечения	после лечения	абс., мм	отн., %
< Occ – RmP	84,6	88,9	4,3	5,1
<FH – RmP	88,9	89,4	0,6	0,6
<GoP – RmP	86,1	86,8	0,7	0,8
<Me' – RmP	81,2	87,2	6,0	7,4
<JP – RmP	86,7	88,8	2,1	2,4

(Продолжение следует.)

Инициатива

Точка опоры в борьбе с онкологией

В Тверской области пациенты стали волонтёрами

Проблема распространённости рака молочной железы в медицинском мире вот уже многие десятилетия подряд является своеобразным краеугольным камнем. Одно из самых злокачественных и опасных в отношении прогнозов новообразований в общей картине онкозаболеваемости по-прежнему уверенно занимает лидирующие позиции, несмотря на все завидные успехи мировых специалистов, предлагающих инновационные способы диагностики и альтернативные методы лечения.

Ведущие учёные современности бьют тревогу – рак стремительно молодеет, и этот факт свидетельствует о том, что нужно менять подходы к диагностике и лечению заболевания, ведь зачастую диагноз выставляется тогда, когда коварный процесс перерождения здоровых тканей уже трудно приостановить и тем более победить.

Мы уже рассказывали нашим читателям о том, что в Тверской области проблема ранней диагностической выявляемости онкопатологии молочной железы и женских репродуктивных органов давно является приоритетным направлением регионального здравоохранения (см. «МГ» № 3 от 20.01.2016). Здесь, помимо оснащённого многопрофильного онкодиспансера областного значения, проводящего не только хирургические операции, но и весь комплекс лучевых и химиотерапевтических видов лечения, в процесс комплексной диагностики онкопатологии на амбулаторном этапе вовлечены и другие государственные учреждения. Ведущую роль в этом смысле выполняет бывший кожно-венерологический диспансер, перепрофилированный его главным врачом Каринэ Конюховой в крупный областной Центр специализированных видов медицинской помощи, где создано бюджетное амбулаторное отделение цифровой маммографии, активно работает передвижной мобильный маммограф, позволяющий проводить диагностические рейды в отдалённые районы губернии, открыта многопрофильная Клиника женского здоровья, доминантой деятельности которой является реабилитация женщин, перенёсших операции по удалению молочной железы по поводу рака. Но существенный вклад в эту сложную и ежедневную работу привносят общественные организации, помогающие и тем, кто уже знаком с этим диагнозом, и тем,

кто стремится предвосхитить коварную болезнь. Именно для того, чтобы выявлять болезнь на ранних этапах, а также улучшить положение женщин с онкопатологией, и создаются в Тверской области уникальные социальные проекты.

Среди них наиболее ярким и востребованным звеном волонтёрского движения в помощь онкобольным женщинам является известная благотворительная программа «Женское здоровье», которая существует в России более 8 лет. На её основе в 2011 г. на верхневолжской земле была создана общественная организация «Всё в твоих руках», которая представляет собой некоммерческое объединение пациентов, их близких и родственников, а также неравнодушных людей, обеспокоенных проблемами онкологической патологии. В числе направлений движения – просветительские программы для женщин репродуктивного возраста, нацеленные на раннюю диагностику заболеваний репродуктивной зоны, социально-психологическая поддержка пациенток, перенёсших или переносящих хирургические и иные лечебные процедуры и вмешательства. Важнейшей задачей для себя организаторы считают создание особой, тёплой и доверительной атмосферы сотрудничества между доктором и пациентом.

С 2007 г. в Твери активно функционирует уникальная группа взаимопомощи. Она рассчитана преимущественно на тех, кто уже имеет диагноз рака молочной железы и неоднократно проходил по этому поводу медицинское лечение. Здесь каким-то совершенно удивительным образом женщины, перенёсшие тяжёлые органоуносящие операции, мучительные сеансы химиотерапии и лучевого лечения, находят в себе силы и мужество не только самим излечиваться от недуга, но и дарить оптимизм и веру в лучшее своим коллегам по несчастью. Активисты движения, знающие проблемы реабилитации не понаслышке, в течение нескольких лет добровольно и безвозмездно посещают профильное отделение областного онкодиспансера, встречаются с выписанными пациентками, проводят обучающие тренинги и семинары для тех, кому близка эта непростая тема. Новоиспечённым пациенткам регулярно дарят специализированные послеоперационные наборы, в которые входят удобное бельё с протезом, набор информационных брошюр обо всех этапах лечения и деятельности групп взаимопомощи, заживляющие кремы и мази, профессиональный медицинский мяч для массажа руки, рекомендации по лечебной физкультуре.

– Женщина, которая перенесла такую операцию, обычно находится в крайне тяжёлом физическом и уязвимом психологическом состоянии, – рассказывает координатор программы в Тверской области Екатерина Грабельникова. – Подчас она не знает, как ей жить дальше, как выстраивать отношения с близкими, как правильно лечиться. Да чего уж говорить, ведь многие не представляют себе, что такое химиотерапия и радиооблучение, как к ним следует правильно подготовиться. Ощущение страха, одиночества, отчаяния нередко приводит к депрессии и усугубляет развитие и течение болезни. Кроме того, у многих пациенток возникают в дальнейшем проблемы с работой, серьёзные финансовые затруднения. И в этот момент очень важно поддержать человека и словом, и делом.

Наряду с информационными встречами в рабочих коллективах предприятий и социальных учреждений, специализированными конференциями и семинарами, тверские пациенты-волонтёры проводят выездные Дни здоровья. Совместно со специалистами онкодиспансера, которые обследуют жителей укромных и отдалённых городов и посёлков области на местах, активисты группы взаимопомощи проводят беседы, мастер-классы и тренинги с пациентами. Кроме того, получили широкую популярность и специальные акции, например, такие как месячник по борьбе с раком молочной железы, день открытых дверей в областном онкодиспансере, день массового маммологического обследования. Главная цель – своим энтузиазмом, позитивным отношением к окружающему миру эти благородные женщины наглядно показывают, как нужно правильно жить после принятия страшного диагноза, как сделать так, чтобы после этого жизнь не замерла на месте, а дарила оптимизм и надежду на исцеление.

Наиболее насыщенными для всех участников программы были последние месяцы минувшего года. Среди многочисленных событий можно отметить школу пациента в отделении патологии молочной железы Тверского областного онкодиспансера, на которой присутствовали 25 женщин. Ведущий психолог программы Лариса Пикалова не просто рассказала участницам встречи о том, как наименее болезненно для себя принять диагноз и как начать снова любить себя, но и провела необычное занятие с использованием различных техник арттерапии. Для пациенток, которые подчас не находят возможности и сил выехать за пределы своего удалённого населённого пункта, такое внимание – не просто развлечение и отвлечение от тревожных мыслей, но и праздник, дарящий надежду.

Именно поэтому в ближайших планах волонтёрского движения бывших пациенток, перенёсших вмешательства на молочной железе, организовать подобные группы взаимопомощи в малочисленных городах и районных центрах Верхневолжья. Примечательно, что эту идею озвучили сами женщины, в гости к которым периодически приезжают областные активисты. С января 2016 г. аналогичной благотворительной деятельностью занимаются группы взаимопомощи в городах Осташков, Удомля, Торжок, Вышний Волочок, райцентрах Конаково, Максатиха, а также в селе Вахонино Конаковского района Тверской области. И это, судя по всему, только начало, безусловно, имеющее самое перспективное и благодатное продолжение…

Максим СТРАХОВ,
сосудистый хирург,
внешт. корр. «МГ».

Тверская область.

Пресс-конференции

«Проклятые жиры»

«Трансжиры – один из ключевых факторов роста сердечно-сосудистых заболеваний в России». Под таким девизом прошла мультимедийная пресс-конференция в Москве. Открывая её, представители Малазийского совета производителей пальмового масла заверили, что их продукт вполне может заменить трансжиры во всём мире – рынок пальмового масла в последнее время развивается по всей планете. В год импортируется 7,1 млн т этого продукта, а в этом году в странах ЕЭС импорт составит уже 8 млн т.

Миф о вреде пальмового масла должен быть развеян – так считает руководитель лаборатории химии пищевых продуктов НИИ питания РАН Владимир Бессонов. Жиры – необходимая часть питания человека, и связано это не только с калорийностью, но и со здоровым образом жизни. Ключевые проблемы питания – это не только обеспечение здоровья, но и новые источники пищи, ингредиенты и технологии. Поэтому не стоит бояться всего, что ввозят в Россию, – как было в 90-е годы с оливковым маслом холодного отжима.

Мы идём к тому, что переедаем жирные продукты, в то время как ВОЗ рекомендует больше внимания уделять растительной пище. Существует значительный перебор майонезов, в то время как в рационе не хватает молочных продуктов и рыбьего жира. В результате растёт масса тела и количество холестерина в крови. Но отказываться от жиров в принципе нельзя – липиды основная составляющая мембран в организме, и недаром в грудном молоке жиров такое большое количество. А без них невозможно сформироваться нервной ткани, мозгу ребёнка во время его активного роста.

Животные жиры – твёрдые вещества с высоким содержанием насыщенных жирных кислот. Растительный жир всегда будет менее насыщенный, чем животный, и это стоит помнить, чтобы не создавать ещё один миф, который необходимо будет развеять. Ни один из жиров, взятый в отдельности, не может полностью обеспечить организм жировыми веществами – оптимальное соотношение должно составлять 70% животных и 30% растительных жиров. Поэтому основной информацией для потребителя на этикетке должно стать указание о количестве насыщенных и ненасыщенных жиров в продукте. А трансжиров, по рекомендации ВОЗ, в продукте не должно быть более 1%.

Сейчас человек недополучает насыщенные жирные кислоты Омега-3, потому что мало ест рыбы и боится растительных масел. Но пугать едой потребителей не стоит. На сегодняшний день масла в России производятся в основном из подсолнечника, и разнообразие должно пойти только на пользу. Не обойтись и без технологий переэтерификации, для которых также необходимы новые источники растительных жиров.

Заведующий кафедрой фармакологии химического факультета Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова Олег Медведев отметил, что в течение длительного времени существовал большой недостаток в молочных жирах, сливочном масле, необходимых для изготовления хлебобулочных и кондитерских изделий. Поэтому были предложены технологии для получения более твёрдых жиров из жидких растительных. Этот процесс называется гидрогенизацией – жидкое растительное масло обрабатывается водородом с участием катализатора, например, никеля. При этом часть жирных кислот изменяется, масло становится твёрдым. И всё было хорошо, пока в исследованиях 90-х годов не было установлено, что трансжиры опасны для сердечно-сосудистой системы. Идёт повышение уровня холестерина и всей системы его регуляции, а за этим следует развитие атеросклероза, что повышает риск возникновения инсульта и инфаркта миокарда.

Также было установлено, что повышенное употребление трансжиров ведёт к ухудшению репродуктивной функции как у мужчин, так и у женщин, к более раннему развитию старческого слабоумия, болезни Альцгеймера, началу диабета.

Трансжиры есть и в жирах животного происхождения – от 5 до 7%, но отношение к ним более мягкое, во многих законодательных актах они не учитываются, поскольку мнения учёных об их вреде на здоровье расходятся. Особенно много таких жиров в кексах, печеньях, вафлях, различных продуктах фастфуда. К сожалению, в России не всегда есть соответствующая маркировка, информирующая о количестве трансжиров в продукте. А риск заболеваний растёт при увеличении содержания этих жиров в продуктах 1-3%. А вот употребление ненасыщенных жиров риск сердечно-сосудистых заболеваний существенно снижает. Поэтому задача учёных – в ближайшее время найти достойную замену трансжирам.

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
корр. «МГ».

Москва.

Ситуация

Больше видеокамер в больницы?

А лучше увеличить время преподавания биомедицинской этики!

В течение ряда лет на факультете повышения квалификации проводился опрос врачей разных специальностей с просьбой назвать основные 10 принципов Клятвы Гиппократа или их современную форму – 8 принципов «Клятвы врача России». Уважаемый читатель-врач, попробуйте, назовите и вы их сейчас. Думаю, справитесь. Но на занятиях, как правило, практикующие врачи давали только один ответ – «Не навреди». В очень редких случаях вспоминался принцип отрицательного отношения к эвтаназии. И всё.

Звучит «Клятва врача»

Нас это обстоятельство каждый раз поражало: как же работают медики без фундаментальных ориентиров? Как они находят правильные ответы на сложные моральные вопросы врачебной практики? На каком основании принимаются решения о том, как поступать в том или ином конкретном случае? Что является главным в отношении к пациенту: интуиция или личный опыт?

Как известно, принципы профессиональной медицинской этики – это сконцентрированный многовековой врачебный опыт. Истинность их выверена практикой отношений между врачом и пациентами, и следование им – основание верного профессионального решения в каждой сложной ситуации. Таким выверенным документом, безусловно, является Клятва Гиппократа. Очевидно, что античный стиль текста своеобразен по сравнению с общепринятыми сегодня способами выражения мысли. На современном языке Клятва Гиппократа включает в себя следующие принципы и обязательства:

1. Принцип профессиональной солидарности (обязательства перед учителями, коллегами и учениками).
2. Принцип заботы о пользе больного и доминанты интересов больного.
3. Принцип непричинения вреда.
4. Обязательство проявления справедливости.
5. Принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к эвтаназии.
6. Принцип уважения к жизни и отрицательного отношения к абортам.
7. Обязательство об отказе от интимных связей с пациентами.
8. Обязательство личного совершенствования.
9. Обязательства оказания компетентной помощи больному (принцип соблюдения профессиональной компетентности).
10. Обязательство о сохранении врачебной тайны (принцип конфиденциальности).

Собственно знание этих принципов, раскрытие их смысла и рационального содержания, подтверждение их верности на примерах медицинской практики и в условиях внедрения современных биомедицинских технологий – это одна из предметных областей дисциплины биомедицинской этики, которая начала преподаваться в российских медицинских вузах в 2000 г., что было поддержано медицинской общественностью. Но, к сожалению, количество часов на постижение этой дисциплины – самое минимальное в сравнении с любой другой изучаемой дисциплиной, а преподавание осуществляется на 1-м курсе, когда до выхода в практику реальных отношений «врач – пациент» остаётся долгих 6 лет, за которые можно многое забыть.

Нельзя отрицать, что в действующем порядке преподавания, то есть в учебных планах, сказывается и критическое отношение некоторых ответственных за медицинское образование лиц к гуманитарному знанию вообще – проявляется типичный естественно-научный сциентизм. Иногда, обосновывая свою позицию, они апеллируют к опыту медицинского образования в дореволюционной царской России, где, мол, такого предмета не было. Да, наряду со многими другими такой предмет отсутствовал. Но зато присутствовала общая морально-нравственная культура, основанная на моральных ценностях милосердия и добродеяния, освящённых авторитетом религиозного знания. Присутствовало социальное доверие к врачу, основанное на вере больного и врача в то, что его труд – высокое социальное служение, христианское значение и смысл которого не подвергались сомнению.

Сохранилось ли такое положение сегодня? Ситуация изменилась. Социальное доверие ко врачу, к сожалению, разрушается. Причины этого разрушения, как правило, не только в особенностях нравственной культуры конкретного врача, но и в особенностях нравственной культуры пациентов, которая формируется вульгарным либерализмом с его идеологией доминанты товарно-денежных отношений, вседозволенности «прав» и неограниченных свобод. Поэтому наряду с актуальностью проблемы нравственной культуры врача обостряется и вопрос о культуре пациентов, то есть не только о правах, но и его обязанностях.

Понимая значение этого фактора, исполком Общества православных врачей России им. Св. Луки (Войно-Ясенецкого) готовят документ «Кодекс пациента», размещение которого в лечебных учреждениях было бы далеко не лишним. Итак:

Кодекс пациента

I. Пациент признаёт, что любое заболевание нарушает его жизнедеятельность, но не лишает его достоинства и нравственных качеств.

II. Пациент считается со сложностью и величием медицинского знания и ценит врачей, им владеющих.

III. Пациент признаёт, что врачебная профессия выполняет гуманную миссию облегчения человеческих страданий, сохранения и спасения человеческой жизни.

IV. Пациент должен стремиться доброжелательно относиться к врачу и вправе ожидать встречное уважение, внимание и доброжелательность.

V. Пациент, несмотря на свой культурно-образовательный уровень, признаёт отсутствие полноценных профессиональных знаний в области медицины.

VI. Пациент понимает, что врач не обязан выполнять любую волю пациента и имеет право на собственную профессиональную позицию.

VII. Пациент признаёт, что принимает от врача, прежде всего, помощь и с уважением относится к его труду.

VIII. Пациент понимает, что возможности современной медицины не безграничны, несмотря на достижения медицинской науки.

IX. Пациент должен вести себя разумно, постигать суть своего лечения и выполнять медицинские предписания.

X. Пациент должен быть активным соучастником своего лечения, в полной мере разделяя с врачом ответственность за своё здоровье.

Информация, содержащаяся в данном «Кодексе», проста и очевидна, но всё же знакомство с ней, безусловно, полезно. Хотя бы потому, что защищает от «эффекта Маугли», когда отсутствие «слова», в нашем случае – знания о морали, порождает «бессловесность, аморальность».

После трагедии, которая произошла в белгородской городской больнице № 2, когда врач ударил пациента и тот скончался из-за черепно-мозговой травмы от удара, в обществе широко обсуждается предложение увеличить число видеокамер в больницах. Это, безусловно, действенная мера, которая будет формировать чувство ответственности за возможность поступить не так как надо и мотив узнать, как надо. Но уже со студенческой скамьи в медвузе надо чаще говорить об этом, учить этому, да и практикующему врачу чаще напоминать об этике. Тогда и видеокамер больницам понадобится куда меньше. Освоение знания о взаимоотношениях людей в медицине, безусловно, будет служить созданию благоприятных условий для практики. Не стоит забывать, что великая миссия медицины, особенно сегодня, вряд ли выполнима без знания гуманистических традиций врачевания, их оснований и значения не только для пациента, но и для совершенствования и защиты личности врача.

Ирина СИЛУЯНОВА,
заведующая кафедрой биоэтики РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор философских наук, профессор.
Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

События

Наука объединяет

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова стал площадкой для проведения секции «Медицина» Первого молодёжного инновационного форума стран БРИКС и ЕАЭС.

Примечательно, что вуз посетили молодые лидеры – учёные и предприниматели в возрасте 20-35 лет из Бразилии, России, Индии, ЮАР, Казахстана, Армении и Белоруссии. Они обсудили вопросы формирования общего информационного пространства в сфере молодёжной деятельности стран – участниц содружества.

Основными темами докладчиков явились инновационные технологии в области медицины. Работы выступающих оценивало жюри, в состав которого вошли опытные преподаватели РНИМУ: заведующая кафедрой неонатологии профессор Марина Дегтярёва, заведующая кафедрой фармации кандидат фармацевтических наук Светлана Рожнова, профессор кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии Александр Матюшин, а также председатель жюри – проректор университета по научной работе профессор Денис Ребриков.

Открывая мероприятие, Д.Ребриков сказал:

– Я очень рад приветствовать участников форума секции «Медицина» в стенах нашего университета. Хочется отметить, что подобные научные мероприятия, особенно международные молодёжные форумы, позволяют участникам понять специфику инновационных технологий в различных регионах. Сегодня у нас на площадке для зарубежных гостей предусмотрен синхронный перевод, но я советую всем нашим иностранным коллегам изучить русский язык, поскольку это – язык науки, язык будущего. Российскими учёными разработаны инженерные, биологические технологии высочайшего уровня. Некоторые научные материалы сейчас публикуются исключительно на русском языке.

– Подобные мероприятия позволяют нам обмениваться опытом, новыми идеями с нашими коллегами из разных стран, развивать навыки, узнавать о мировых инновационных проектах. Особенно актуален форум в современных условиях кризиса и санкций, ведь здесь мы делимся идеями проектов, которые можно реализовать и ни от кого не зависеть. Спасибо организаторам форума за такую возможность, – заявил декан по делам молодёжи Медицинского университета Астаны Алтынбек Нурмуханов.

– Данное мероприятие является хорошей площадкой для приобретения новых знаний, улучшения отношений между странами. Я считаю, что у науки нет границ, она объединяет все континенты – поделилась биолог из Бразилии Цубой Марсела Стефанини Феррейра.

В рамках мероприятия профессор Д.Ребриков прочитал увлекательную лекцию «Возможности и перспективы современной генетики», которая вызвала неподдельный интерес у публики и массу вопросов со стороны как студентов, так и преподавателей. После лекции для гостей была проведена экскурсия по университету – молодые учёные посетили музей истории РНИМУ им. Н.И.Пирогова и отечественной медицины, а также учебный центр инновационных медицинских технологий.

Анна ЛОХТИНА,
внешт. корр. «МГ».
Москва.

Осторожно!

Скупой платит дважды

Россия в тройке лидеров по количеству дженериков

За последнее десятилетие количество зарегистрированных в стране лекарственных препаратов выросло в несколько раз и с учётом различных лекарственных форм и дозировок составляет более 35 тыс. наименований.

Копия и оригинал

В России на долю дженериков приходится абсолютное большинство – около 77% от общего числа обращающихся на рынке лекарственных средств (ЛС). Впереди – лишь Индия и Китай. И если в других странах на одно лекарство приходится не более 4-5 воспроизведённых препаратов, то у нас их число насчитывает десятки и даже сотни. Безусловным лидером в этом плане является вольтарен (диклофенак), который представлен более чем в 200 дженерических копиях. Все эти препараты сильно отличаются по эффекту, качеству и, соответственно, цене.

Между тем по мере увеличения числа дженериков алгоритм подбора лекарственной терапии становится всё более сложной задачей. Врачу крайне трудно разобраться в многообразии лекарственных препаратов и соответственно не менее трудно сделать выбор при назначении лекарства конкретному больному.

– Снимая копию с паспорта, мы невооружённым глазом можем отличить её от оригинала. Но в отношении лекарств всё гораздо сложнее, – говорит заведующий кафедрой фармакологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова профессор Максим Максимов. – Насколько лекарственные препараты разных производителей являются взаимозаменяемыми? Это очень серьёзный и принципиальный вопрос.

Более того, на российском фармрынке представлены копии оригинальных препаратов, от которых во многих странах мира уже отказались. Например, 4 дженерика сибутрамина, оригинала уже нет в продаже. Этот препарат обладает серьёзными побочными эффектами, в частности, повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и небезопасен для пациентов с ожирением. Кроме того, в обращении находится 30 копий метамизола натрия, который также запрещён к применению в некоторых странах.

Точно такой же, но...

Все ли препараты одного МНН одинаково равны? Клиническая практика показывает, что это не всегда так. Проблема кроется в особенностях регистрации ЛС. Для того чтобы попасть на рынок, оригинальный препарат проходит через все стадии доклинических и клинических исследований, доказывающих его эффективность и безопасность. Копии оригинальных лекарств таких фундаментальных исследований не проходят. Дженерики выходят на рынок на основании сокращённого регистрационного досье и данных ускоренной процедуры экспертизы ЛС.

Согласно международным нормам, фармацевтическая, биологическая и терапевтическая эквивалентность – это обязательный стандарт. С недавнего времени и в российских нормативно-правовых документах появилось понятие терапевтической эквивалентности. Так, в Федеральном законе № 61-ФЗ указывается, что при ускоренной процедуре экспертизы ЛС производитель должен предоставить «документы, содержащие результаты исследования биоэквивалентности и (или) терапевтической эквивалентности ЛП для медицинского применения».

– Хотелось, чтобы в будущем слово «или» ушло из оборота, – прокомментировал М.Максимов. – Терапевтическая эквивалентность – это та сермяжная правда, которую мы хотим слышать о лекарственном средстве, это та информация доказательной медицины, которая сегодня необходима любому специалисту.

Есть дженерики, которые идентичны оригинальным препаратам, но есть и такие, которые существенно от них отличаются. К примеру, в США сведения о статусе лекарственных препаратов общедоступны и содержатся в справочнике, известном как «Оранжевая книга». Этот справочник служит многим целям, одна из основных – поощрение использования дженериков. Кроме того, в ней содержатся списки патентов различных препаратов с указанием даты, когда их действие закончится.

Включённые в справочник дженерики делятся на две группы. Код «А» присваивается препаратам, прошедшим исследования на терапевтическую эквивалентность и имеющим отличия в биоэквивалентности от оригинального ЛС не более 3-4%. Дженерики из этой группы являются полноценной заменой оригинальному препарату.

Код «В» получают препараты, не прошедшие таких исследований. Соответственно, они не могут быть автоматической заменой оригинальному препарату, а также другому дженерику с кодом «А». Кроме того, в аптеке провизор вправе отпустить больному препарат только с тем торговым наименованием, которое выписал врач.

В России единственный справочник, который хотя бы даёт намёк на то, какой препарат оригинальный, а какой дженерический, – это ежегодное издание «Синонимы лекарственных средств». Однако, по словам М.Максимова, этот справочник издаётся небольшим тиражом, и его не так просто достать. И производители дженериков, которые заботятся о своей репутации, должны популяризировать информацию о своих препаратах среди врачей и фармацевтов. В том числе, распространяя её среди профессиональной аудитории, считает эксперт.

Цена вопроса

Качество дженериков зависит не только от фармацевтической субстанции, но и от вспомогательных веществ, которые также могут оказывать влияние на биодоступность и приводить к развитию токсических и аллергических реакций. По мнению эксперта, надо усилить контроль за вновь появляющимися десятыми и сотыми по счёту дженерическими копиями. «Не только благодаря некачественным дженерикам, но и благодаря им тоже, мы имеем печальную статистику по неэффективности лекарственной терапии, которая достигает 40-70, а в некоторых случаях и 100%, – говорит М.Максимов. – Ежегодная экономия на лекарственных препаратах может быть в несколько раз перекрыта расходами на преодоление медицинских проблем, возникающих при лечении дженериками».

Выбирая лекарство в аптеке, потребитель ориентируется на известных фармпроизводителей, упаковку, срок годности и, конечно же, цены. Но сегодня стоимость препарата абсолютно не является показателем того, что дорогой препарат эффективный и качественный. Оригиналы не всегда дороже, а в некоторых случаях даже дешевле дженерических копий, предупреждает эксперт.

В то же время очень низкая цена по сравнению с оригинальным препаратом также повод насторожиться. Это может быть косвенным свидетельством об использовании производителем устаревшего оборудования и технологий или о лекарственном фальсификате (заниженной в несколько раз концентрации действующего вещества). Исключением могут являться разве что очень старые препараты, выпускающиеся ещё с советских времён.

«Скупой платит дважды» – когда речь идёт о лекарствах, эта поговорка приобретает особый смысл.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Исследования

Риск или польза?

40% больных при возникновении побочных реакций на лекарства прекращают их принимать

В России и больные, и врачи зачастую не знают, как реагировать на побочные реакции на лекарственные препараты или в большинстве случаев поступают в отношении их неправильно.

Только 13% врачей корректно трактуют термин «нежелательная побочная реакция» (НПР), треть затрудняются с ответом. Около 40% больных при возникновении нежелательной реакции просто прекращают приём лекарства, 5% уменьшают дозировку и кратность приёма, а 2% отдают препарат родственникам или знакомым. При этом с НПР в России сталкивается каждый второй пациент. Такие данные были получены в ходе исследований Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова в 2015 г.

В исследовании участвовали в общей сложности 1123 респондента, из них 385 врачей, 187 работников аптек и 551 пациент из различных регионов России. В ходе опроса удалось установить, что лишь 24% врачей и 5% фармацевтов в случае возникновения у пациента НПР заполняют специальную форму-извещение. 19% фармацевтов не сообщают данные о НПР ни представителю фармацевтической компании, ни заведующему аптекой.

В 2014 г. Росздравнадзор получил лишь 21,6 тыс. сообщений о НПР, то есть 152 жалобы на 1 млн россиян, тогда как согласно Всемирной организации здравоохранения нормой считаются 600 жалоб на миллион жителей страны. Таким образом, в России подобных обращений должно быть в 4 раза больше.

Большинство медиков объясняли своё бездействие в отношении передачи информации о НПР недостатком времени и сведений о том, куда направлять форму отчёта. Врачи вынуждены заполнять целые кипы бумаг, чтобы подать заявление о НПР. При активной лечебной практике на это сложно выделить время.

В июле прошлого года вступили в силу поправки в Федеральный закон № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Смысл изменений состоит в том, что прямая ответственность за качество и безопасность лекарственных препаратов отныне лежит на компании-производителе. Предприятие, не выполняющее необходимые процедуры фармаконадзора, может лишиться регистрационного права на лекарство. Фармкомпаниям же надо вести индивидуальную работу с врачами или врачебными коллективами, организовать возможность удобной коммуникации на веб-сайте компании для занесения информации, горячую линию и прочее, что, естественно, требует дополнительных ресурсов.

В Европе для учёта нежелательных явлений фармацевтические компании используют специальные автоматизированные программы по фармаконадзору, когда система сама подсказывает, как и что заполнять, а потом в электронном виде отправляет заполненный шаблон в государственный контролирующий орган. По оценкам экспертов, наличие автоматизированной системы позволяет фармкомпаниям адаптироваться к любым нововведениям в этой сфере достаточно быстро, даже при количестве сотрудников свыше тысячи человек.

Возможность быстро и эффективно собирать в автоматическом режиме большой объём данных о нежелательных реакциях – основа для повышения безопасности препаратов, считают эксперты. Очень часто проблема коренится не в самом лекарственном средстве, а в его некорректном применении. И только отслеживая такие ситуации, можно предотвращать врачебные ошибки и повышать безопасность применения препаратов.

Анна КРАСАВКИНА.

Фармаконадзор

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

Бупропион

Регуляторный орган США Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих бупропион, информацией о риске развития осложнения фармакотерапии со стороны органа зрения (повышенный риск развития закрытоугольной глаукомы).

Источник: http://www. fda.gov.

Вальпроевая кислота. В августе 2014 г. регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих вальпроевую кислоту (в форме кишечнорастворимых капсул), информацией о риске развития осложнений со стороны костно-мышечной системы, таких как переломы, остеопения, остеопороз.

Источник: http://www.fda.gov

Интерферон-бета

Регуляторный орган Великобритании Британское агентство по контролю за оборотом лекарств и товаров медицинского назначения (MHRA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих интерферон-бета, информацией о риске развития осложнения фармакотерапии со стороны мочеполовой системы, такой как нефротический синдром различного генеза (фокальный сегментарный гломерулосклероз, мембранопролиферативный гломерулонефрит, болезнь минимальных изменений, мембранозная гломерулопатия). При этом имеются данные о том, что возникновение данного патологического состояния может отмечаться спустя недели и годы от начала терапии интерфероном-бета.

Источник: http://www.mhra.gov.uk

Аглюкозидаза альфа

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкции по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих аглюкозидазу альфа, информацией о риске развития осложнений фармакотерапии, таких как анафилактический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, возможно связанная с перегрузкой жидкостью у пациентов с начальной стадией болезни Помпе и уже существующей гипертрофической кардиомиопатией, гриппоподобное заболевание или комбинация соответствующих симптомов (озноб, гипертермия, миалгия, артралгия и усталость), сохраняющихся в течение 1-3 дней после инъекции лекарственного средства, гиперпаратиреоидизм, некротические поражения кожи.

Источник: http://www.fda.gov

Палоносетрон и ондансетрон

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих палоносетрон и ондансетрон, информацией о риске развития серотонинового синдрома (включая изменение психического состояния, вегетативную дисфункцию и нарушения со стороны нервной и мышечной систем), как и при использовании других антагонистов 5-НТ3-рецепторов в комбинации с другими серотонинергическими препаратами. Специалистам здравоохранения рекомендуется регулярно контролировать психическое состояние пациентов.

Источник: http://www.fda.gov

Ирина АНДРЕЕВА,

По материалам журнала «Безопасность и риск фармакотерапии».

Перспективы

Размеры синапсов

Нейроны постоянно отмирают и нарождаются в древней структуре гиппокампа, или извилины морского конька, лежащей на основании височной доли и считающейся хранилищем памяти о времени и пространстве. Нейроны гиппокампа и других отделов коры «подпитываются» энергией от таламоса, или зрительного бугра. Нейрофизиологи знают, что он является релейной станцией всех сигналов, поступающих в головной мозг и «распределяемой» затем в различные отделы коры.

В Университете штата Индиана выяснили, что среди таламических клеток имеется около 20% нейронов, выполняющих функцию особых хабов – hubs, играющих важную роль в указанном распределении. Вполне возможно, что учёные мюнхенского Технического университета имели в виду те же клетки, которые формируют сеть обработки – процессинга сенсорной информации для последующей её оценки бодрствующей корой. На периферии зрительного бугра, обращённой к коре, они выделили переходную зону, которую назвали таламусом высшего порядка (higher-order), клетки которой посылают длинные отростки к коре. Последние ярко светились после раздражения мышиных вибрисс, или чувствительных волосков на мордочке.

Флюоресценция белка показывала прохождение сигнала к коре, возбуждение в которой сохранялось и по окончании действия на вибриссы. По мнению авторов, это «последействие» показывает роль таламических нейронов высшего порядка в усилении сигнала, идущего к коре. То, что таламус как бы подпитывает последнюю энергией, известно давно, однако в Мюнхене впервые удалось показать наличие особых нейронов для этого. В Колумбийском университете Нью-Йорка избрали другую локальную сеть, а именно одно из вестибулярных ядер в стволе мозга, к клеткам которого поступают импульсы от нейронов полукружных каналов внутреннего уха, которым мы обязаны прямохождением и сохранением равновесия (эти нервные клетки первыми «чувствуют» на себе действие алкоголя). Для конструирования «карты сайта» учёные использовали модифицированный вирус бешенства, который передаётся от одного нейрона к другому, но не убивает их на протяжении месяца и более. Вирус был использован для переноса гена флуоресцентного белка, что и позволило «высветить» сеть путём вирусной передачи через синапсы.

«Привычка свыше нам дана...», сказал поэт, который не мог знать о клеточных механизмах её формирования. Этим вопросом задались сотрудники Университета Дьюка в городе Дарем (Durham), которые обнаружили светящиеся красным нейроны осуществления привычных действий (Go) и зелёные Stop, этот клеточный переключатель, как оказалось, расположен в стриатуме, или полосатом теле, клетки которого, как и других подкорковых структур, регулируют наши движения. Сеть в стриатуме специфически «настроена» на привычные и тренированные движения, и некоторые специалисты уже используют её магнитную стимуляцию для борьбы с... зависимостью от наркотиков. С помощью светящихся протеинов в Фридмановском институте мозга при Медицинском центре Маунт-Синай, специалисты которого работали вместе с коллегами из балтиморского Института старения и Калифорнийского университета в городе Дэвис, было показано активное участие митохондрий (энергетических станций клетки) в образовании новых синапсов у нейронов предлобной коры, отвечающей за умственные – когнитивные способности человека, и в частности за функционирование рабочей памяти. Интересно, что за «восстановление» синапсов отвечает женский половой гормон эстроген, действие которого открывает «рамки считывания» соответствующих генов.

Неподалёку от Балтимора расположен Массачусетский технологический институт, учёные которого «сподвигнули» коллег из Института биоисследований в калифорнийском городе Ла-Джолла, а также университетов Сан-Диего и Техасского в Остине на создание микроскопической 3D-картины гиппокампа. Компьютерная реконструкция клеток хранилища памяти и их связей доказывает, что объём мозговой памяти намного больше, нежели считалось ранее. В частности, было показано, что проходящие длинные отростки нейронов (аксоны) могут образовывать не один, а два и более синапсов с другими нервными клетками, что и обусловливает «прирост» до уровня петабайтов (petabytes, что сопоставимо, по мнению авторов, со всем Интернетом). Синапсы различаются по размеру, и чем он больше, тем выше вероятность посылки через них импульса к другому нейрону. Остаётся надеяться, что эта информация окажется в поле внимания конструкторов чипов, число и характер контактов которых пока неизмены.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Reports.

Осторожно!

Учёные из Стэнфорда обнаружили сотни «врачей-убийц»

Правоведы из Стэнфорда и Университета Мельбурна обнаружили, что примерно треть всех жалоб на профессиональную некомпетентность врачей и их преступную небрежность идёт в адрес небольшой группы медиков, составляющей лишь 1% от числа врачей в США.

«То, что все эти «постоянные нарушители» заметно отличались от всех своих коллег – как по специализации, так и по возрасту, полу и по ряду других черт – было самым интересным открытием для нас. Это означает, что мы можем находить подобных «врачей-убийц» до того, как их послужной список обрастёт неприятными историями, и предпринять какие-то меры для их остановки», – заявил Дэвид Штуддерт (David Studdert) из Стэнфордского университета.

Штуддерт и его коллеги пришли к такому выводу, анализируя национальную базу данных по работе врачей, которую Конгресс США ведёт с 1986 г. в рамках проектов по улучшению качества здравоохранения. Эта база содержит в себе сотни тысяч описаний различных врачебных ошибок, из которых авторы статьи выбрали примерно 66 тыс. случаев, произошедших с 2005 по 2014 г.

Примерно треть историй, изложенных в этих записях, заканчивается смертью пациентов в связи с некомпетентностью или случаями халатности, совершёнными врачами, а большая часть остальных историй содержит в себе жалобы на травмы и инвалидность, полученные в результате врачебных ошибок. Лишь в 3% случаев суд наказывал врачей, а в большинстве других судебных споров врачи и родственники пациентов шли на мировую во внесудебном порядке.

Как показал анализ всех этих случаев, они были распределены по практикующим врачам крайне неравномерно – примерно 32% от всех случаев врачебной халатности приходилось всего на 1% американских врачей (540 медсотрудников). Это означает, что эти медики систематически допускали ошибки при проведении операций или лечения, которые при этом влекли за собой ущерб здоровью или смерть пациента, однако они не наказывались учреждениями, где они работали, или же надзорными органами.

У подобных «врачей-убийц» есть свой профиль – ими обычно бывают пожилые мужчины, работающие в сфере нейрохирургии, ортопедии, пластической хирургии и гинекологии. С другой стороны, врачи-женщины и более молодые медработники, занятые в других сферах, гораздо реже становились «рецидивистами».

Что интересно, в последние годы число подобных врачей заметно выросло по сравнению с предыдущими десятилетиями, несмотря на стремительный прогресс в биологии и медицине. Как считают учёные, это связано с тем, что почти все медицинские учреждения в США не ведут статистики подобных случаев и редко обращают внимание на то, что один из их сотрудников не справляется со своими обязанностями.

«Если клиники будут вести такую статистику, они поставят себя перед выбором. Самое очевидное решение – выгнать проблемных сотрудников, скинув с себя их на чьи-то чужие плечи. Но более конструктивный путь – это создание советов медиков, повышение квалификации и усиление контроля», – заключает Штуддерт.

Инга КАТАРИНА.

По материалам New England Journal of Medicine.

Vivat!

Тед Раммел – американский врач из Миссури, хирург-ортопед, который удивляет не только своих коллег. Так, Раммел, который не так давно оказался парализованным, вернулся к своей практике. Будучи прикованным к коляске, он выполняет сложнейшие хирургические операции.

Парализованный хирург спасает жизни

У Теда было всё, что нужно для счастливой жизни: любящая семья, достаток, а самое главное – любимая работа. Он был настоящим фанатом своего дела. Спасать жизни людей на операционном столе – это его призвание и самая большая в жизни страсть. За год хирург проводил более 1 тыс. операций, а за сутки мог принять до 50-60 пациентов! Коллеги не переставали восхищаться его работоспособностью и самоотверженностью. Но в один день жизнь врача навсегда изменилась.

Паралич стал огромным ударом для успешного хирурга. У него нашли каверному, которая разорвалась, повредив нервные волокна, ответственные за двигательные функции нижних конечностей. Его в срочном порядке госпитализировали и провели экстренную операцию. Жизнь врача удалось спасти, но на ноги он никогда уже встать не сможет. Смирившись с невесёлой действительностью и пройдя через годовую реабилитацию, Тед начал думать – как же ему вновь вернуться к работе?

– Когда я очутился в инвалидной коляске, я больше всего сожалел о том, что уже никогда не возьму в руки скальпель. Я больше никогда не зайду в свою клинику в качестве врача, – вспоминает Тед. Травма позвоночника стала для Теда той линией, которая изменила его жизнь на «до и после».

Прежнего Теда уже не было. Он просто перестал улыбаться. Больше всего он тосковал о своей работе, и мысли о том, что он больше туда не вернётся, его убивали. Он впал в тяжёлую депрессию.

Но беда не приходит одна. В течение нескольких месяцев он пережил три тяжёлые инфекции, которые едва не отправили его на тот свет.

Тед понимал, что дальше так продолжаться не может. Тогда ему в голову пришла невероятная мысль: «А что, если вернуться на работу? Да, ног своих я не чувствую, но ведь с моими руками всё в порядке».

Он стал усиленно работать над собой. Долгие месяцы восстановительной терапии привели его тело в тонус. Тед воспрянул духом. Перед ним открылись двери клиники, куда он въехал, но уже не как пациент, а как врач. Он нашёл способ, модифицировав своё инвалидное кресло. Для Теда клиника закупила специальную коляску с системой поддерживающих ремней и вертикализатором. Теперь его кресло позволяет ему стоять возле хирургического стола, ведь в большинстве своих операций (хирург-ортопед Раммел специализируется на операциях на суставах) он должен работать стоя.

– Теперь я иначе отношусь к пациентам. Побывав в их шкуре, я понял, насколько им тяжело и страшно. Я стал к ним внимательнее относиться, – говорит Тед.

Во время первой операции в новом кресле возле Раммела постоянно находился дублёр, также высококлассный хирург, который был готов подменить Теда, если что-нибудь пойдёт не так. Однако всё прошло просто прекрасно, и подменять Раммела не пришлось.

Позднее доктор Раммел рассказал, что после парализации ему пришлось много размышлять и переоценивать свою жизнь. И именно тогда к нему пришло понимание, что самое главное в его жизни – вовсе не работа, хотя она всегда была для него очень важна, но его близкие. И именно для них, для своих близких, он и решил не сдаваться и попробовать реализовать себя в новом качестве, в качестве парализованного человека.

Лучшим другом и помощником Теда является его жена Кэти, которая ни на минуту не дала ему повода подумать, что случилось что-то, с чем они вдвоём не смогут справиться.

Теперь Тед Раммел полон желания отплатить добром за добро – ему хочется помочь всем, кому он только в состоянии помочь.

Итак, доктор Тед Раммел сумел вернуть себе свою жизнь и даже свою профессию – он остаётся хирургом, которого знают и которому доверяют пациенты.

Юлия ИНИНА.

По материалам Associated Press.

Осторожно!

Ингалятор взорвался прямо во рту

В попытке бросить курить человек прибегает к разным ухищрениям. Одним из средств никотинозаместительной терапии является электронная сигарета. Нас уверяют, что она помогает бросить курить. Наркологи по этому поводу спорят и сомневаются, и до сих пор никто, кроме них, на сигареты не жаловался, электронные «пыхалки» пользуются большим спросом, несмотря на немаленькую цену.

Но на днях произошёл инцидент, который добавил весомый аргумент противникам этой никотинозаместительной терапии. Житель немецкого города Кёльн лишился нескольких зубов и попал в больницу с тяжёлыми ранениями, после того как у него во рту взорвалась электронная сигарета. 20-летний немец зашёл в специализированный магазин, чтобы купить «запчасти» для устройства. Не отходя от кассы, он заменил капсулу и изношенную деталь на новые, и как только затянулся – раздался взрыв. Сотрудница магазина сразу вызвала медиков, которые госпитализировали пострадавшего. Молодой человек получил сильнейшие ожоги лица и ротовой полости, а также лишился нескольких зубов.

Это не первый случай, когда люди получают серьёзные травмы из-за технической неисправности ингалятора специального назначения. Чаще всего это происходит во время зарядки устройства. Так, в августе 2014 г. 62-летний житель Великобритании погиб от взрыва сигареты, которую он поставил на зарядку. Эван Спахинглер из штата Флорида (США) подал иск, в котором требует от двух компаний – производителей электронных сигарет возместить моральный и материальный ущерб. Мужчина тоже купил устройство для сигарет, а через 3 месяца оно взорвалось у него во рту. Медики госпитализировали пострадавшего с ожогами лёгких, гортани и ротовой полости. Спахинглер некоторое время находился в коме, но затем пришёл в себя.

Несколько лет назад электронная сигарета, взорвавшись во рту у жителя Флориды Тома Холуэя, лишила его зубов и части языка. Ветеран вьетнамской войны уже 2 года пытался отучиться от вредной привычки, поэтому и курил электронные сигареты. И вот, во время очередной затяжки электронное устройство взорвалось. В итоге – полностью выбитые зубы, частично оторванный язык, ожоги лица и психологическая травма. Крик пострадавшего услышала его жена, которая и вызвала «скорую», а затем и пожарных: из сигареты вылетела раскалённая батарейка и подожгла шкаф.

А житель Индонезии потерял 6 зубов в результате взрыва сигареты у него во рту, на который врачам понадобилось наложить 51 шов. В момент взрыва 31-летний Анди ехал на мотоцикле, держа сигарету в зубах. Что стало причиной взрыва неизвестно. Электронные сигареты вроде бы не набиваются какими-либо необычными материалами, поэтому производители выдают происшествие за сверхъестественный случай.

Так что ещё не известно, что лучше – привычная сигарета или мини-бомба во рту.

Инна СЕРГЕЕВА.

По материалам The Local.

Открытия, изобретения

Компактный микроскоп в головном мозгу

Группе учёных из Университета Вашингтона и их коллегам из ряда других исследовательских организаций удалось создать компактный микроскоп, предназначенный для быстрого получения качественных изображений.

Предполагается, что использовать этот прибор смогут онкологи. С его помощью можно провести микроскопическое исследование тканей головного мозга прямо в операционной и отличить ткани опухолей от здоровых. Это позволит удалить максимальное количество опухолевой ткани, не повредив здоровые участки.

Джонатан Лью (Jonathan Liu) объясняет, что микроскоп снабжён системой стабилизации изображения, что даёт возможность получать снимки хорошего качества. Кроме этого, можно приблизить изображение и детально изучить рассматриваемые ткани.

Авторы надеются, что им удастся провести испытания микроскопа уже в следующем году. Если же эксперименты пройдут удачно, то ещё через несколько лет прибор начнёт использоваться в клинической практике, считают учёные. Они полагают, что он пригодится не только онкологам, но и стоматологам, а также врачам других специальностей.

Юлия ИНИНА.

По материалам Medical Daily.

Перспективы

Самоуничтожающая генотерапия

Как выяснили американские врачи, новая методика генной терапии позволяет раковым клеткам больного самоуничтожаться. Эта методика получила название «самоуничтожающей генной терапии».

Клинические исследования, проведённые в Методистской больнице в Хьюстоне (штат Техас), показали 20-процентное улучшение выживаемости пациентов с раком простаты спустя 5 лет после лечения. Врачи, проводившие это исследование, полагают, что эта генотерапия в сочетании с лучевой терапией (радиотерапией) может стать перспективным методом лечения рака простаты.

Её принцип основан на том, что обычно организм не распознаёт канцерогенные клетки как враждебные, поскольку они перерождаются из здоровых клеток, поэтому иммунная система не нападает на них, как это делает инфекционный агент.

Новая разновидность генной терапии предполагает генетическую модификацию раковых клеток (с помощью внедрения в них модифицированных вирусных частиц) с тем, чтобы они сами начали подавать иммунной системе больного сигнал, что их надо уничтожить.

В ходе клинических исследований в Хьюстоне мужчины с диагнозом рака простаты (в агрессивной форме) были разделены на две группы по 62 человека в каждой: одна группа дважды получила генную терапию, другая – 3 раза. Также больные в обеих группах подверглись радиотерапии.

Коэффициент выживаемости по прошествии 5 лет был 97 и 94% соответственно. Несмотря на отсутствие контрольной группы, врачи отметили, что эти результаты – если сравнивать их с прежними исследованиями по лечению рака простаты – показывают 20%-ное улучшение выживаемости.

Биопсия, проведённая 2 года спустя, выявила в обеих группах позитивные результаты в 83 и 79% случаев.

Как прокомментировал Брайн Батлер из упомянутой больницы, эта методика может радикально изменить лечение раковых заболеваний.

«Мы сможем вколоть действующий агент прямо в опухоль, чтобы организм сам убил раковые клетки. Как только иммунная система узнает о плохих опухолевых клетках, то в следующий раз, когда они появятся, она уже будет понимать, что их надо убивать», – говорит доктор Батлер.

Профессор Кевин Харрингтон из лондонского Института раковых исследований называет эти результаты весьма интересными, однако полагает, что нужны дальнейшие исследования.

«Нам потребуется провести рандомизированное клиническое исследование, чтобы понять, является ли этот метод более эффективным, чем просто радиотерапия, – говорит он. – В этом исследовании использовались вирусы, которые не могут воспроизводиться. А следующее поколение вирусной терапии рака сможет выборочно воспроизводиться в канцерогенных клетках, чтобы непосредственно уничтожать эти клетки и ещё помогать распространять эти вирусные частицы в соседние раковые клетки. Будет интересно понаблюдать, станет ли этот метод с самовоспроизводящимся вирусом более достоверным».

Рак простаты является самым распространённым онкологическим заболеваниям среди мужского населения Соединённого Королевства: у 41 тыс. пациентов он диагностируется ежегодно.

Ирина МЕЛКУМОВА.

По материалам Associated Press.

Жизнь как она есть

«Мягкая эвтаназия»

Последние дни смертельно больные пациенты будут доживать без мучений.

Во Франции на законодательном уровне приняли закон, запрещающий эвтаназию, но позволяющий врачам давать неизлечимо больным пациентам седативные средства до момента их естественной смерти – «мягкая эвтаназия». Несколько лет в обществе не утихали споры на этот счет, на днях обе палаты парламента одобрили соответствующий законопроект.

Новый закон дает врачам право применять обезболивающие и седативные препараты даже в том случае, если это может привести к сокращению жизни пациента. Медикам разрешено прекращать поддерживать жизнеспособность пациентов, в том числе, например, восполнять потери жидкости.

«Каждый человек должен иметь возможность лично решать, как прожить последние минуты», – заявил в защиту законопроекта один из его авторов Ален Клейс во время парламентского обсуждения.

Минувшим летом ЕСПЧ одобрил процедуру эвтаназии для француза Венсана Ламберта, который 7 лет провел в состоянии «минимального сознания» после автокатастрофы.

Ранее, в сетябре, законопроект об эвтаназии большинством голосов отклонил британский парламент. Немецкий Бундестаг в минувшем ноябре напротив проголосовал за принятие закона, регламенирующего содействие в добровольном уходе из жизни.

В настоящее время эвтаназия разрешена в Швейцарии, Нидерландах, Бельгии, Люксембурге, Швеции, Японии, Германии и нескольких штатах США. Год назад в Бельгии разрешили детскую эвтаназию. Также минувшим летом мир потрясло известие о том, что в Бельгии было дано разрешение прибегнуть к эвтаназии 24-летней гражданке страны, страдающей от депрессии. Эвтаназию для смертельно больных взрослых в этой стране разрешили в 2002 г. По данным местных СМИ, в 2012 г. решивших расстаться с жизнью таким способом насчитывалось порядка 1432 человека, в 2013 – уже более 1800.

Инга КАТАРИНА.

По материалам Associated Press.

У наших соседей

Долой бюрократию

Министерство здравоохранения Республики Кыргызстан развернуло работу по упрощению процедуры лицензирования частной медицинской деятельности.

По словам заведующей отделом лицензирования Минздрава Кыргызстана Элнуры Календеровой, ведомство стремится повысить прозрачность и оперативность выдачи разрешительных документов частным клиникам. Например, с августа 2015 г. работает портал для приёма заявок на получение лицензии, а специальная комиссия проводит заседания по лицензионным делам еженедельно.

Хотя лицензия или уведомление об отказе в её выдаче направляются заявителю в краткие сроки, процесс искусственно затягивается, по мнению Э.Календеровой, по вине почты, отвечающей за доставку уведомлений, или самих заявителей, которые поздно забирают отправления.

«Зачастую заявители после получения уведомления об отказе в выдаче лицензии вместо оперативного устранения имеющихся недостатков и предоставления недостающих документов, не вникая в содержание уведомления, начинают поднимать вопрос необъективного подхода, обвинения в вымогательстве или искусственном затягивании рассмотрения лицензионного дела», – приводит слова чиновницы киргизский портал «Дискуссии о здравоохранении и науке».

В Минздраве Киргизии утверждают, что вся работа по выдаче лицензий ведётся в соответствии с законодательством. Если заявитель сталкивается с нарушениями порядка, в ведомстве предлагают официально обратиться к министру, направив ему сообщение через приложение WhatsApp.

Читатели портала, однако, не согласны с тем, что Минздрав эффективно борется с барьерами в получении лицензии и коррупцией. «Календерова всё вернула на старые места. Если до неё по закону выдавали лицензии бессрочные, теперь выдают на 2 или 3 года. По-видимому, если хорошо договориться, то можно получить бессрочную!

Если в Кыргызстане хотя бы декларативно пытаются упростить допуск частных операторов к оказанию медуслуг, то в Белоруссии, напротив, правила лицензирования коммерческих клиник ужесточаются.

Валентин СТАРОСТИН.

По материалам kabar.kg

Бишкек.

Медицинская газета

№ 7 • 3. 2. 2016

Имена и судьбы

Женское лицо нейрохирургии

Пройдя через невероятные потрясения, она сохранила свою улыбку, интерес к жизни…

4 февраля исполняется 100 лет со дня рождения крупного нейрохирурга и учёного, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Ксении Харитоновой.

Восхождение

Вся жизнь Ксении Ивановны связана с Новосибирском. 17-летняя Ксения, ещё учась в медицинском училище, начала работать препаратором на кафедре оперативной хирургии Новосибирского ГИДУВа. Затем она поступает в Новосибирский медицинский институт, успешно его оканчивает и становится хирургом.

Грянула война. Ксения Ивановна трудится в эвакогоспиталях, и днём и ночью оперируя раненых. В 1946 г. на базе одного из них создаётся Новосибирский институт восстановительной хирургии, травматологии и ортопедии. Среди его первых сотрудников – Ксения Ивановна Харитонова. Здесь у неё пробудился интерес к нейрохирургии. И уже в 1949 г. она защитила кандидатскую диссертацию по лечению последствий ранений периферических нервов.

Спустя год возглавила первую в Сибири нейрохирургическую клинику, в которой оказывалась помощь населению обширнейшего региона. Появляются ученики и разворачиваются исследования, прежде всего по проблемам черепно-мозговой травмы и её осложнений. Ксения Ивановна защищает докторскую диссертацию в середине 60-х годов. Ей присваивается звание «профессор».

Новосибирская школа нейрохирургии, выпестованная Ксенией Ивановной, завоёвывает всесоюзный авторитет. Профессор К.Харитонова организует межобластной нейрохирургический центр и создаёт нейрохирургическую службу Сибири с широкой сетью отделений в Красноярске, Кемерово, Прокопьевске, Томске, Барнауле…

И, наконец, вершина естественной карьеры – в 1970 г. Ксению Ивановну назначают директором Новосибирского НИИ травматологии и ортопедии. В этом качестве её свершения приобретают ещё большую масштабность – развитие в Сибири не только нейрохирургии, но и травматологии, ортопедии, восстановительной хирургии, создание специализированной плановой и ургентной помощи населению.

Ксения Ивановна строит новый корпус института и расширяет его экспериментальную и клиническую базу. Выходят руководства и монографии, защищаются докторские и кандидатские диссертации. Так продолжалось 16 лет, пока обстоятельства не вынудили её оставить директорский пост.

Личность

Ксения Ивановна была красивой, обаятельной женщиной, мягкой и тактичной в общении, с нежной и ранимой душой, но проявляла твёрдость и даже жёсткость, когда этого требовали интересы дела. Она обладала незаурядным умом и талантом, что в сочетании с добросовестностью, исключительной организованностью, трудолюбием и честолюбием обеспечивало успешность осуществления самых сложных проектов. Что её выделяло и одновременно притягивало к ней – это абсолютная порядочность во всём, свойственная ей независимость в суждениях и справедливость в действиях. Неравнодушная Ксения Ивановна всегда отзывалась на чужую беду. Например, в 60-е годы протянула руку помощи гонимому Льву Хаесу и, с пользой для больных и здравоохранения, устроила его заведующим нейрохирургическим отделением в подшефном Кемерово.

В любых спорных и сложных ситуациях в отечественном нейрохирургическом мире мнение Ксении Ивановны являлось весомым.

А какой она была общественницей! И в областном Комитете защиты мира, и в Комитете советских женщин Ксения Ивановна твёрдо отстаивала интересы Родины. И ордена Ленина, и Октябрьской революции за её деятельность – достойная награда!

Ксения Ивановна любила природу, любила поэзию и вела регулярную переписку с друзьями.

Избранные места из переписки

«Самая дорогая вещь на свете – это здоровье, затем время».

«Фёдор Исаакович мне пишет: «Зачем вам связываться со строительством лабораторного корпуса? Для кого вы строите? Занимайтесь наукой и нейрохирургией». А я рассуждаю так: «Раз я директор – я обязана думать об институте и его перспективах. Если буду думать только о себе и нейрохирургии, то я буду предательницей по отношению к институту и его коллективу».

«Я устала от борьбы за существование нейрохирургии и считаю, что жестокая несправедливость – доказывать, что мы нужны, в то время как нам должны кланяться в пояс за то, что мы выполняем тяжёлый труд нейрохирургов».

«В хорошей одежде стройнее и подтянутее фигура, лучше осанка, приятнее – благороднее весь облик человека. Старая или старомодная одежда подчёркивает годы, возраст. Поэтому шейте себе наряды, одевайтесь!!! – и будьте до конца женщиной – женщиной неопределённого возраста. Не дай Бог уверить себя в том, что пришло время сдаваться! Ни в коем случае!»

«Человек так устроен, что всё хорошее помнит, а плохое выбрасывает из памяти».

«Сегодня веет тёплая метель. Сильный ветер несёт мириады снежинок. Воздух как мелькающая белая пелена. Шумят и клонятся верхушки сосен, а под ними, в лесу – тихо».

«На прошлой неделе я оперировала: в среду – парасагиттальную менингиому, в четверг – невриному слухового нерва у диабетика, а в пятницу был такой наплыв больных, что мне пришлось в 6 часов вечера встать за операционный стол и оперировать больного с осложнённым переломом шести грудных позвонков».

«Мне кажется, что я умру, как только перестану работать».

«Не покидает мысль о том, что хорошо бы уйти, как ушёл мой Женя (трагически погибший сын – **Л.Л.**), и уйти поскорее. Что-то мне надоело жить. Очень одинокой я себя чувствую и не вижу впереди ничего светлого. Жить могу только на людях, только в действии».

«Почему я не предотвратила этот страшный исход? (Смерть сына – **Л.Л.**). Терзаюсь и не нахожу себе покоя. Жаль мне его и жаль себя. Река моих слёз бесконечна. Одинокая старость. И никакого следа после себя. Можно было бы жить для сына, ради него, около него. А сейчас – с кем, для кого, ради чего?»

«Леность души – первый признак старости».

«М.С.Горбачёв говорит о втором этапе перестройки. А что дал первый этап? Гласность обнажила страшные вещи, но она же распоясала людей».

«Я в ужас пришла, прочитав о жизни Н.И.Вавилова – этой гордости человеческого гения, погибшего в муках в застенках Берия и Сталина».

«Нельзя быть предком среди молодых».

«Везде говорят, дискутируют, ссорятся, оскорбляют друг друга, кто по-рабоче-крестьянски, кто по-академически. Бесконечные съезды, конференции, митинги – всё это уже надоело».

«Дух дружбы, хорошего человеческого внимания и контакта, который был всегда в нашей клинике, исчез. Появились апатия, равнодушие. Хорошо организованная в прошлом нейрохирургия разваливается».

«Скончался Г.А.Габибов. Жаль, рано ушёл из жизни, но ушёл красиво. Почётная и завидная смерь у хирурга, внезапно умершего во время работы в операционной».

«В декабре круглая дата у А.Н.Коновалова. Слежу за его деятельностью и люблю его. Он мудрый – сохраняет свои старые кадры».

«Начала читать «Архипелаг Гулаг». Страшная вещь. Вероятно, всё, о чём пишет Солженицын, было. Но он так нагнетает одно событие на другое, так сгущает краски, создаёт немыслимо тревожный настрой – лучше бы я не читала эту книгу!»

«Сжигаю последние мосты. Всё прошлое – моя работа, увлечённость ею, мои интересы, знания и опыт – уходят куда-то…»

«Похудела, подурнела, постарела. Болезнь не даёт возможности нормально жить, общаться, писать моим друзьям. На уме – болезнь, физически – потрясающая слабость».

Ксении Ивановны не стало 1 декабря 1993 г.

Наша дружба

Я познакомился с Ксенией Ивановной в середине 60-х годов. Мы оба занимались изучением черепно-мозговой травмы: она – в Новосибирском институте травматологии и ортопедии, я – в Горьковском институте того же профиля. Мы встречались и на открытых нейротравматологических конференциях, и на закрытых заседаниях по гражданской обороне. Видимо, произвели друг на друга благоприятное впечатление и сблизились. Ксения Ивановна углубилась в проблемы воспалительных осложнений, повреждений черепа и мозга, я – преимущественно в проблемы закрытой черепно-мозговой травмы, в особенности внутричерепных гематом. Наши наработки представляли взаимный интерес. А наряду с этим обнаружились близкие взгляды на жизнь, литературу, живопись, природу. Её и меня манили путешествия.

Я проникся глубокой симпатией и уважением к этой достойной, доброй и сильной натуре. Посылал все свои научные опусы – её мнение было очень значимым. И, конечно, когда в 1973 г. вышла в свет моя с Львом Хитриным книга «Травматические внутричерепные гематомы», первой, кому её отправил, была Ксения Ивановна Харитонова. Она отозвалась серьёзным анализом монографии; её пространный отзыв опубликовал один из центральных журналов. Для меня это была весомая поддержка и вдохновение на дальнейшие исследования.

Наши встречи и переписка продолжались. В составе делегации нейрохирургов мы вместе с Ксенией Ивановной побывали на советско-немецком симпозиуме в ГДР. Как достойно она представляла Советский Союз!

Я несколько раз был в гостях у неё в Новосибирске. Она так радушно принимала у себя дома и угощала вкуснейшими пельменями собственного производства.

Когда, наконец, Ксения Ивановна оказалась в Нижнем Новгороде, мы долго бродили с ней по крутым оврагам над Волгой. Ей было тяжеловато, но открывавшиеся волжские дали неутомимо восхищали сибирячку с Оби.

Рак как-то незаметно подкрался к Ксении Ивановне. Она перенесла всё – и операцию, и облучение, и химиотерапию. Устояла и сохранила свою улыбку, доброжелательность, интерес к жизни во всех её проявлениях.

Не забуду, как в сентябре 1991 г. на последней ещё Всесоюзной конференции нейрохирургов в Одессе после докладов и дискуссий я танцевал с Ксенией Ивановной. Куда делись её болезни и страдания? Казалось, впереди выздоровление. Увы…

Память и памятники

Ксению Ивановну тем, кто её знал, забыть невозможно. Но ещё значимее судьба дела, которому она отдала свою жизнь. Нейрохирургия в Сибири, в становление которой вложила столько сил профессор Харитонова, продолжает бурно развиваться – и количественно, и качественно. Ныне крупные нейрохирургические отделения, оснащённые новейшими диагностическими и лечебными технологиями, есть не только во всех областных центрах, но и во многих городах региона. От взращённых Ксенией Ивановной 30 кандидатов и докторов наук пошли многочисленные внучатые продолжения.

В Новосибирске и Тюмени созданы новые нейрохирургические центры федерального значения, где успешно делают сложнейшие операции на головном и спинном мозге, которые раньше могли выполняться только в Москве и Ленинграде.

Сегодня отечественная нейрохирургия прирастает сибирской нейрохирургией, истоки которой идут от Ксении Харитоновой.

Леонид ЛИХТЕРМАН
профессор,
заслуженный деятель науки РФ,
лауреат Государственной премии России.

Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.

А ещё был случай

Черепашки-ниндзя и наши дети

Стремительно вошли в нашу повседневную жизнь компьютеры, мобильные телефоны, планшеты. И вот уже детки легко осваивают игру на экране. Проводится масса исследований, которые пытаются оценить вред и пользу средств мультимедиа для растущего и развивающегося организма. А пока учёные умы высчитывают проценты и ищут закономерности, жизнь идёт своим чередом. И наши детки порой выплёскивают на нас свои познания, полученные из мультиков и компьютерных игр.

Вот и мой племянник Филипп в 4 года огорошил свою маму, приготовившую печенье, недетской формулировкой вопроса: «А из каких ингредиентов ты его приготовила?». Позже выяснилось, что непростое словечко он услышал в мультфильме, где речь шла о приготовлении торта. Накануне своего пятилетия Филипп, услышав слово «дизартрия», тут же бойко включился в беседу: «Да, а ещё есть сомноленция и вообще: цепная реакция – это большая проблема!».

Думаю, что ни на одном юмористическом концерте мы не смеялись так, как в этот момент. Сейчас Филиппу 5 лет и 5 месяцев, и вот на днях он выдал очередную порцию научных познаний, озадачив папу глубокомысленным заявлением: «Патогенный ретровирус размножается методом обратной транскрипции!!!».

Утирая слёзы от хохота, папа спросил у сына: «Ну, скажи, где ты это услышал?».

Оказалось, в мультике про черепашек-ниндзя. Не знаю, что там говорит статистика о вреде и пользе мультфильмов, но речь

нашего Филиппа точно «обогатилась».

Поскольку я работаю неврологом в детской поликлинике, истории, подобные моей, слышу часто. И мы вместе с мамами и папами наших детей умиляемся и улыбаемся. Но, если говорить серьёзно, то чрезмерное увлечение детей мультфильмами и компьютерными играми приводит к снижению коммуникабельности (из-за уменьшения опыта живого общения), невротическим расстройствам, ухудшению зрения, моторной неловкости и ожирению (из-за снижения двигательной активности).

У палки, как известно, два конца. Мультфильмы учат наших детей сопереживать, расширяют кругозор и словарный запас, развивают музыкальный слух, формируют представления о добре и зле. Мы, видимо, уже не откажемся от включения в досуг ребёнка просмотров образовательных мультфильмов и видео. Только всё хорошо в меру. Хочется верить, что у наших детей будет достаточно живого общения и настоящих друзей.

Наталия ЩЕРБИНИНА,
невролог.

Московская детская поликлиника № 48.

Сокровенное

Между землёй и небесами

Проводы хирурга

Он видел множество тревог
И душ невидимых смущенье.
Он помогал, как только мог,
И радовался возвращенью.

Но вот закрылись ворота,
Долги последние отдали,
И он уже, как сирота,
И руки, как душа, устали.

И расставаться было жаль,
Слова прощальные смущали.
Ошибок горечь, соль побед –
Всё одинаково прощали.

* * *

Я тоже видел свет в туннеле,
И за собою голос звал,
И мысли в радужной метели,
И хор небесный напевал.

Неслись небесные качели,
И нервы стягивал наркоз,
И пальцы у коллег немели,
И сердце схватывал мороз.

Какие таинства скрывают
Для наших судеб небеса?
И наши ангелы летают,
И верят, верят в чудеса ...

Можно всё ещё спасти...

(Осмысливая Е.А.Евтушенко)

Как жить? Покорно крест нести?
Иль прочь химеру отмести?
Зерном надежды прорасти
И, чтобы всё ещё спасти,

Брать кладезь временных тех лет,
Где Нестор проторил нам след,
Где летописи были тесны,
Знаменья ярки и небесны,

Где Русь от первого порога
Впервые познавала Бога,
Где, вымолив за всё прощенье,
Вёл князь Владимир
на крещенье.

Не ждать готового решенья!
Мы жаждем,
жаждем воскрешенья
Спокойной мудрости и рвенья,
И неустанного раденья.

Грядёт, грядёт живая рать
Нас под знамёна собирать,
Готовая к добру вести.
И можно всё ещё спасти!

Памяти О. Мандельштама

Типичный силуэт обличий:
Спина натянута струной,
Стоит воротничок, нос птичий,
Жилет и галстучек цветной.

Во всём сквозит поэт крылатый,
Готовый и летать, и петь.
Пусть год всего ещё двадцатый,
Он всё готов преодолеть.

А в тридцать в «сумерках
свободы»
К «зверинцу мира» охладел
И казематов мрачных своды
Почти что рядом разглядел.

Лоб к сорока к затылку ближе,
Усталый взгляд, он мудр и сед.
Котёнком вечность щёки лижет,
Как в саркофаг, во фрак одет.

Рука готова для прощаний,
Пункт направленья не найти.
Всё роздано из обещаний
Его последнего пути.

Вспоминая Булата Окуджаву

Цвет любви искал художник,
С упоением искал.
И, мечты своей заложник,
Все цвета перебирал.

Мучил стих любви поэта,
Сердце страстью изводил.
В рифмах он искал ответа,
Нужную – не находил.

Музыкант, любви покорный,
Сердце звукам доверял.
Но в мелодии мажорной
Двери грусти отворял.

И философ, и учёный
Рассуждали про любовь.
Каждый, страстью увлечённый,
Ошибался вновь и вновь.

Зря отгадку не ищите,
Не сыскать вовек ответ.
Шире сердце распахните,
Сколько б ни было вам лет.

ОБ АВТОРЕ. *Александр Селивёрстов, заведующий отделением лучевой диагностики Владимирской областной больницы, заслуженный врач РФ, кандидат медицинских наук. Он – лауреат литературного конкурса им. М.А.Булгакова, проводимого «Медицинской газетой».*

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

Кафка, роман					Древний город, Зимбабве		Остров, Эгейское море										Старин. золотая монета					Магазин	Заложник, Русь	
	Расстройство координации	Аист		Жаба							Форма азерб. поэзии						Мезозой		Опера Кавалли	Аминокислота		Пилонос		"Желтое ...", Дойл	
				Амлодипин		Анисина		"... и Лисица"	Пипемидовая кислота		"Гараж", актер		Город на Висле	Пальто		Поэма, Боратынский				Египет. бог плодородия				
	Рим, река	Рос. артист балета							Кладовая у норвежцев					Ропивакаин								Удар (стар.)		
					Вулкан, Япония				Халцедон		Кондит. изделие					Лорак				Буква кириллицы				
	Черемша сибирская	Гоная индейка					Звание, чин					Португ. мореплаватель		Потрясение		Песчаная отмель	Дирижер ... Найденов					Габен, фильм		
			Книга		Результат					Поэма Туманяна					"Черная беда"		ТАКТ					УМКАЛОР		
	Сильный слог						Скульптор ... Габо					Арс ... (муз. период)					РЕБРО УАОДИВЕРС НЛКЕПИМ							
																	АКОМПРЕСР ЛАИ							
																	ПОЛЬ НАВАХА ЛУКУМ ВУЦ							
																	ИАКЕРКА ВМОСТ ГНИСИДА							
																	МАРЛОН РОБВА АОАЦИЯ НАР							
			Античный театр		Армян. феодал					Звезда, Б. Медведица							ЕПСКОВ РАД КУМ							
																	ДЖАМИ АВАГИ АФИША							
																	НЯДРИН ЛЕМ НУТ							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 5 от 27.01.2016.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

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

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Справки по тел.: 8-495-608-86-95, 8-916-271-10-90, 8-495-681-35-67.
Рекламная служба: 8-495-608-85-44, 8-495-681-35-96, 8-967-088-43-55.
Отдел изданий и распространения: 8-495-608-74-39, 8-495-681-35-96, 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: пр. Мира, 69, стр. 1, Москва 129110.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).
«МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/с 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

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

Заказ № 16-01-00269
Тираж 28 903 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

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

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

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