

Медицинская

5 августа 2016 г.
пятница
№ 58 (7678)

Газета®

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

Работают мастера

Мальчику вернули улыбку

Для этого вставили титановые протезы и будут постепенно увеличивать челюсть



В Детской республиканской клинической больнице Республики Дагестан провели успешную пересадку обоих височно-нижнечелюстных суставов. Вместо них пациенту вставили титановые протезы. Шанс на нормальную жизнь, жизнь с улыбкой, доктора подарили 9-летнему Мухаммаду.

У ребёнка были осложнения после тяжёлой травмы. В 5 лет он упал с лестницы и получил перелом челюсти. Впоследствии это отразилось на его развитии, у мальчика были нарушены моторика и речь.

Раньше подобные имплантаты вживлялись только на один сустав. Уникальность же этой операции в

Во время операции на челюсти маленького Мухаммада

том, что протезы заменят сразу оба и проводить её будут каждые 2-3 года, поэтапно увеличивая челюсть, пока малыш не вырастет. Также эндопротезирование позволит восстановить утраченные функции и обеспечить качество жизни пациенту сразу после хирургического вмешательства. Такие искусственные суставы уже отлично зарекомендовали себя. При этом протезы для операций закупаются у проверенных производителей. Средства на это выделяет Министерство здравоохранения Дагестана.

Высокую оценку операции дал министр здравоохранения республики Танка Ибрагимов, который приехал

в ДРКБ. Он подчеркнул важность высокотехнологичной медицинской помощи. Министр отметил, что в последний год Дагестан по объёму выполняемой ВМП занял одно из лидирующих мест среди республик Северо-Кавказского федерального округа. Если в 2012 г. таких операций в регионе не проводилось ни одной, то за минувший год высокотехнологичная помощь была оказана свыше 3 тыс. больных. И их число будет только расти.

Зарина АГМАДОВА,
внешт. корр. «МГ».

Республика Дагестан.



Дмитрий МЕДВЕДЕВ,
председатель Правительства РФ:

Либо на первом, либо на втором заседании президиума мы будем детально обсуждать составные элементы нового национального проекта по здравоохранению.

Стр. 4



Анна МОРЕВА,
главный врач санатория «Самара»:

На Кавказских Минеральных Водах природа подарила нам всё, что только можно было пожелать.

Стр. 6



Андрей ГЛУЩЕНКО
заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии Городской больницы скорой медицинской помощи № 1 (Омск):

Мы погружаем пациента в мир снов.

Стр. 10

Профилактика

Смертность от ДТП идёт на спад

На базе Александровской клинической больницы состоялась очередная коллегия Министерства здравоохранения Астраханской области. Проанализировался ход мероприятий, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи пострадавшим в результате дорожно-транспортных происшествий и снижение смертности.

В России смертность в результате дорожно-транспортных происшествий стоит на третьем месте после смертности от болезней системы кровообращения и новообразований. В Астраханской области за последние 3 года удалось добиться снижения уровня смертности от ДТП на 22,3%. Об этом рассказал главный врач Центра медицины катастроф и скорой медицинской помощи Игорь Болотников. За 2013-2015 гг. показатель смертности в Астраханской области снизился со 110,5 до 107 погибших на 100 тыс. населения. Также И. Болотников отметил, что в 92% случаев ДТП бригада скорой помощи прибывает на место аварии за 20 минут.

Основной поток пациентов после ДТП направляется в центр травматологии и ортопедии Александровской областной клинической больницы, где пострадавшим проводят операции на современном уровне с использованием малоинвазивных методик. «Работа специалистов центра осуществляется по системе динамическо-

го контроля повреждений. У нас есть всё необходимое оборудование для экстренного обследования пострадавших, – рассказал на коллегии руководитель центра травматологии и ортопедии АМОКБ Геннадий Тенисон.

В Наримановской районной больнице с 2011 г. функционирует травмоцентр III уровня. Он укомплектован 1 врачебной и 2 фельдшерскими бригадами скорой помощи и оснащён необходимым оборудованием. Здесь оказывается помощь общего хирургического профиля в круглосуточном режиме. Главный врач больницы Александр Журихин в своём докладе отметил положительную динамику в работе травмоцентра.

Министр здравоохранения Астраханской области Павел Джувалыков поблагодарил специалистов за достижение хороших показателей в работе и подчеркнул: «Грамотная организация скорой помощи позволяет сократить сроки доставки пострадавших в медицинское учреждение. Хорошее оснащение травмоцентров даёт возможность проводить экстренные операции и сохранить жизнь пострадавшим от ДТП. Нам и дальше следует двигаться в выбранном направлении. В этом году Министерство здравоохранения продолжит работу по оснащению оборудования медузведений, обеспечению автомобилями скорой помощи».

Анна ЛЮБЕЗНОВА,
внешт. корр. «МГ».

Астраханская область.

Кадры

В ожидании молодого пополнения

В лечебных учреждениях Республики Хакасия в сентябре ожидают кадровое пополнение. Минздрав республики рассчитывает на то, что к работе приступят 60 выпускников медицинских вузов, которые учились по целевому направлению. Самый большой «отряд» молодых специалистов придёт в Абаканскую городскую поликлинику и Республиканский клинический родильный дом. 13 свежеспечённых докторов будут работать в сельских больницах.

Как уточняют в ведомстве, все целевики во время обучения получали надбавку к стипендии из регионального бюджета. Иными словами, у них есть не только моральные, но и финансовые обязательства

перед будущим работодателем.

Кадровая политика проводится Министерством здравоохранения Республики Хакасия весьма успешно. Начиная с 2012 г., каждый год на работу в государственные ЛПУ при-

ходят около 100 новых специалистов с высшим медицинским образованием, среди которых не только целевики, но и доктора, приезжающие в Хакасию из других регионов страны. В значительной степени этому помогают специальные финансовые гарантии и меры социальной защиты, которые используют в регионе для привлечения медицинских кадров.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Абакан.

Новости

Отрадная сила профилактики

Минздрав Иркутской области сообщил о продолжающемся снижении показателя абортов в регионе. Если в 2007 г. он составлял 50 случаев на тысячу женщин детородного возраста, то в 2015 г. – 33.

В ведомстве считают, что такой прогресс в значительной мере обусловлен «активной консультативной, профилактической и просветительской работой». В Приангарье при женских консультациях организованы 17 кабинетов медико-социальной помощи беременным, их услугами за первое полугодие 2016 г. воспользовались уже более 5,5 тыс. женщин. Это даёт надежду, что показатель абортов в регионе и дальше продолжит снижаться.

– Мы посчитали, что в прошлом году после консультаций акушеров-гинекологов и психологов от аборта отказались 709 женщин, – отметила начальник отдела организации медицинской помощи женщинам и детям Елена Попова.

В качестве силы, которая способна повлиять на принятие женщиной столь важного решения, как прерывание беременности, в Министерстве здравоохранения также называют центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, и Православную церковь.

Ирина ЮРИНА.

Иркутск.

Спасли от острой боли

В Перми к выписке готовится пациентка, которую врачи спасли от острой боли и деформации пальцев на ногах. Возможность ходить и даже танцевать были возвращены благодаря внедрённому в начале июля новому методу лечения с использованием эндопротезов.

По сообщению Министерства здравоохранения Пермского края, пациентка из Красновишерского района обратилась к врачам, когда болезнь – артроз вследствие вальгусной деформации первого пальца стопы – уже прогрессировала. На ранних стадиях этот «на-рост» доставляет дискомфорт, а позже приводит к невыносимой боли и даже деформации пальцев.

«Такая патология на 20% чаще встречается у женщин. Это вызвано ношением узкой и неудобной обуви, наследственностью или избыточным весом. Благодаря новому методу лечения наши пациентки вновь смогут носить ту обувь, которая им нравится, а ещё танцевать и при этом не испытывать боли», – сказал главный травматолог-ортопед Пермского края Станислав Литвиненко.

Новый метод лечения заключается в том, что врачи Пермской краевой клинической больницы удаляют фрагмент деформированной кости и проводят тотальное эндопротезирование первого плюснефалангового сустава – вживляют керамические эндопротезы.

Ранее подобные патологии исправлялись с помощью хирургического вмешательства на нескольких костях стопы.

«Операции по новому методу проводятся бесплатно. На сегодняшний день мы обеспечили больницу немецкими керамическими эндопротезами, а врачи прошли стажировки в ведущих ортопедических клиниках России», – сказала министр здравоохранения Пермского края Ольга Ковтун.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Пермь.

Коралловидный камень
в почке

В урологическом отделении городской больницы № 1 Новороссийска успешно выполнена операция по удалению коралловидного камня единственной почки.

Как известно, хирургическое лечение коралловидных камней является большой проблемой в урологии. Открытые операции очень травматичны и могут привести к удалению самой почки во время операции, либо к «сморщиванию» её после операции. Ранее такие пациенты были обречены на жизнь с такой почкой. А дальше происходил переход на гемодиализ и, соответственно, наступала тяжёлая инвалидность.

По сообщению Минздрава Краснодарского края, учитывая высокий риск открытой хирургии коралловидных камней, стала применяться перкутанная (чрескожная) нефролитотрипсия.

В урологическое отделение городской больницы № 1 был госпитализирован пожилой пациент с единственной почкой и коралловидным камнем в ней. Ситуация осложнялась и тем, что пациент имел сопутствующую сердечную патологию, перенёс в прошлом инфаркт миокарда. Поэтому открытую операцию под наркозом выполнить ему было невозможно. После оценки операционного риска и проведённого предоперационного обследования с участием кардиолога, терапевта, анестезиолога больному была применена эндоскопическая операция, которая выполнена без единого разреза и проводилась под спинальной анестезией. Пациент начал ходить на следующий день. На шестой день был выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Данные операции входят в федеральную программу оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Здесь уже проведено 200 подобных вмешательств. Всего на сегодняшний день выполнено около 1400 таких операций.

Аревик ТАМРАЗЯН.

Краснодар.

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

Тенденции

Плавают и лечат

Выездные врачебные бригады давно привыкли к катерам и шлюпкам

Две «плавучие поликлиники» работают этим летом в Приангарье. Передвигаясь на катерах по Ангаре и Байкалу, врачи Иркутской городской клинической больницы № 1 и Братской районной больницы осмотрели уже почти 700 жителей отдалённых посёлков Ольхонского и Братского районов. Пришвартовывая шлюпки к берегу, доктора ведут приём пациентов на базе сельских участковых больниц и ФАПов, куда людей привозят автобусами из окрестных сёл и деревень.

В составе мобильных бригад наиболее востребованные специалисты: терапевты, хирурги, ангиологи, неврологи, узисты, окулисты, гинекологи, эндокринологи. С собой у медиков не только портативные аппараты для УЗИ и записи ЭКГ, но даже экспресс-лаборатория с набором тест-систем.

По информации Министерства здравоохранения Иркутской области, организаторы работы плавучих поликлиник правильно угадали, каким должен быть состав выездных медицинских бригад. Чаще всего врачи «из области» выявляют у жителей байкальской



Медиков встречают на очередной пристани

глубинки бронхит, холецистит, гастрит, гастродуоденит, гипертонию, ИБС и венозную недостаточность. В Минздраве области подчёркивают, что всем больным, которые нуждаются в дообследовании и стационарном лечении, сразу выдаются направления на госпитализацию.

До наступления осенних холодов выездные врачебные команды продолжают работу в сельских районах.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутская область.

Веки

Черняховская больница
меняет лицо

Одной из старейших медицинских организаций Калининградской области – Черняховской районной больнице исполнилось 70 лет.

Сегодня ЦРБ – многопрофильный медицинский комплекс на востоке области. В его структуру входят 190 коек круглосуточного и 50 коек дневного стационаров, есть койки сестринского ухода. Жителей Черняховского муниципалитета принимают взрослая и детская поликлиники, женская консультация. Больница включает в себя отделение скорой медицинской помощи, 18 фельдшерско-акушерских пунктов.

В последние годы серьёзные изменения произошли в материально-техническом переоснаще-

нии медицинского учреждения. Больница пополнилась новым реанимационным автомобилем с современным оснащением для оказания экстренной медицинской помощи на этапе транспортировки больных, а также санитарной машины. Кроме этого, в ЦРБ появились комплекс прикроватного мониторинга, передвижной рентгеноаппарат, проведены ремонтно-строительные работы в хирургическом и акушерском отделениях.

В настоящее время начаты работы по капитальному ремонту кровли здания стационара за счёт гранта Европейского союза, выделенного в рамках программы приграничного сотрудничества «Литва – Польша – Россия». Работы будут завершены в четвёртом квартале

этого года, их стоимость – свыше 2,5 млн руб. Помимо этого, за счёт внебюджетных источников капитально отремонтированы помещения скорой медицинской помощи.

Как рассказал и.о. руководителя медицинской организации Владимир Шавейников, ещё одним подарком к 70-летию юбилею больницы стала поставка и установка нового маммографа, который начнёт работу в ближайшее время, и черняховским женщинам не придётся ездить в другие муниципалитеты, для того чтобы провести необходимое исследование. Новый аппарат обошёлся региональному бюджету почти в 11 млн руб.

Юлия КАРУС,
внешт. корр. «МГ».

Калининградская область.

Инициатива

Астраханские фармацевты
объединились в ассоциацию

Впервые в истории развития фармации Астраханской области создана новая общественная организация – Астраханская региональная фармацевтическая ассоциация (АРФА). Это новое профессиональное объединение в системе здравоохранения региона возглавила директор Управления по экспертизе, учёту и анализу обращения средств медицинского применения Ольга Каштанова.

Ассоциация создана с целью объединения усилий специалистов для повышения престижа и развития фармацевтической профессии и призвана защищать профессиональные интересы провизоров и фармацевтов.

Организация будет разрабатывать и реализовывать проекты и программы, направленные на решение проблем в области фармации и фармацевтических технологий, представлять и защищать общие, в том числе, профессиональные интересы своих членов. Займутся здесь и деятельностью, ориентированной на эффективное развитие перспективных методов и технологий для улучшения качества работы аптечных организаций.

Для достижения поставленных целей общественным объединением фармацевтических специалистов и организаций Астраханской области будет осуществляться реализация проектов, направленных на улучшение имиджа фармацевтической отрасли, повышения

уровня образования специалистов отрасли.

В планах вновь созданной ассоциации – принятие активного участия в общественном обсуждении проектов нормативных правовых актов, организация профессиональных конференций, семинаров, курсов, различных деловых встреч.

На сегодняшний день в медицинских организациях, аптечных учреждениях Астраханской области работает около 2500 специалистов с фармацевтическим образованием (две трети – фармацевты, одна треть – провизоры).

Анна ИВАНЕНКО.

МИА Cito!

Астрахань.

В центре внимания

Президент РФ — за перинатальный центр в Новосибирске

Губернатор Новосибирской области Владимир Городецкий поднял на встрече с Президентом РФ Владимиром Путиным вопрос о необходимости достройки в регионе перинатального центра.

Центр возводился вблизи новосибирской областной клинической больницы и федерального нейрохирургического центра. Однако строительство было остановлено в связи с отсутствием финансирования. Поиск стороннего инвестора также не увенчался успехом.

«Я заострил внимание Президента, попросил поддержки. Без помощи федерального бюджета перинатальный центр мы не сможем достроить», — сказал В.Городецкий. Этот же вопрос обсуждался им на встрече с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой.

«Договорились, что в августе сюда приедут специалисты Минздрава, проанализируем саму систему родовспоможения с точки зрения материальной базы и поощим со специалистами подход через государственно-частное партнерство», — сообщил глава региона.

Также предполагается решить в городе проблему нехватки поликлиник. Семь новых учреждений будут построены по следующей схеме финансирования: 20-25% вложит местный бюджет, 15% инвестируется из средств кон-

цессионера, остальную сумму составит банковский кредит. Предварительная стоимость объектов — 8,3 млрд руб.

Конкурс на выбор концессионера будет объявлен до конца июля. Компания займется проектированием и строительством поликлиник, поставкой оборудования, эксплуатацией учреждений. Затраты концессионеру будут выплачиваться из бюджета, а для получения дохода в поликлиниках будут вводить дополнительные платные услуги.

Говоря о демографии, В.Городецкий сообщил, что ситуация, по его мнению, нормальная, уже 4 года область имеет естественный прирост.

«За счет баланса смертности и рождаемости мы по прошлому году приросли на 11 800 человек, на сегодня — 2,782 млн население региона, 10 лет миграционная составляющая положительная, — доложил губернатор. — Что примечательно, та программа, которая была утверждена по переселению соотечественников, очень успешно работает. В прошлом году на нашу территорию прибыло 8 тыс. человек. Это люди с другими ценностями. Как говорится, оценили, где лучше и приезжают — работоспособные, с перспективой».

Валентия МАЛОВ,
МИА Сити!

Москва.

Официально

Уполномочен приостановить лицензию

Минздрав России подготовил проект постановления Правительства РФ «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ».

По сообщению Минздрава России, документ направлен на приведение действующего законодательства в соответствие с изменениями, внесенными Федеральным законом № 93-ФЗ от 05.04.2016 в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В частности, проектом постановления полномочия Росздравнадзора дополняются:

- осуществлением лицензионного контроля (за исключением лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий),

- приостановлению, возобновлению действия и аннулированию лицензий,

- проведению мониторинга эффективности лицензирования видов медицинской, фармацевтической деятельности и деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений (в части деятельности по обороту наркотических средств и психотропных веществ, внесенных в

списки I, II и III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации, за исключением деятельности, осуществляемой организациями оптовой торговли лекарственными средствами и аптечными организациями, подведомственными федеральным органам исполнительной власти).

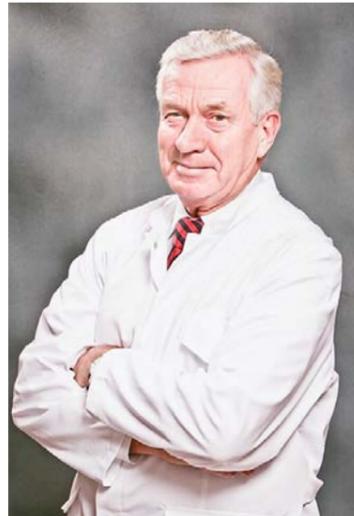
Кроме того, Росздравнадзор будет уполномочен в течение 5 рабочих дней направлять заверенные копии приказов о приостановлении и возобновлении действия лицензий, назначении проверок лицензиатов, копии актов проверок лицензиатов, предписаний об устранении выявленных нарушений лицензионных требований, протоколов об административных правонарушениях, постановлений о назначении административных наказаний и других документов, связанных с осуществлением лицензионного контроля в отношении лицензиатов (за исключением лицензиатов, представивших заявления о переоформлении лицензий), осуществляющих вышеуказанные виды деятельности, для включения в лицензионные дела.

Павел АЛЕКСЕЕВ,
МИА Сити!

Созидатель

Полвека на службе детству

Есть даты в жизни человека, мимо которых пройти невозможно, они завораживают, удивляют, восхищают. Ну разве не стоит восхищения полувековой юбилей службы педиатрии! Именно столько лет работает в сфере детского здравоохранения Николай Николаевич Ваганов, заслуженный врач Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук, главный врач Российской детской клинической больницы. Работает самоотверженно, с полной отдачей, на каком бы посту ни находился.



Начинал он трудовую биографию пять десятилетий назад участковым педиатром Сегежской центральной районной больницы, что в Карелии. А уже через 3 года был приглашен в Министерство здравоохранения Карельской АССР, где прошел путь от врача-инспектора до заместителя министра. С первых лет своей практической деятельности среди множества направлений в педиатрии Николай Николаевич выбрал одно из самых сложных — снижение младенческой смертности, требующее комплексного системного подхода. За годы работы в Карелии ему удалось вывести регион из отстающих по этому показателю в число лучших в России. Его способности умело организовать дело, добиваться результатов были замечены, и в 1987 г. он переведен в Минздрав СССР, а спустя 2 года назначен заместителем министра здравоохранения РСФСР, в этой должности трудился 8 лет.

Сколько детских жизней спасено не только в России, но и в республиках Средней Азии, благодаря борьбе с младенческой смертностью!

Став заместителем министра здравоохранения РФ, в 90-е годы Н.Ваганов разработал стратегию охраны материнства и детства, реализация которой позволила решить ряд важнейших проблем

в педиатрии. С именем Николая Николаевича связаны организация перинатальной службы, медико-генетической помощи, открытие колек реанимации и интенсивной терапии в системе родильных домов и детских больниц, создание онкогематологических педиатрических центров в стране. Он принимал непосредственное участие в разработке государственных программ в области детского питания, планирования семьи, иммунопрофилактики, в создании Национального плана действий в интересах детей. Всё это свидетельствует о том, что Н.Ваганов — созидатель, государственный и выдающийся организатор.

Возглавив Российскую детскую клиническую больницу в 1998 г., он в основу своей деятельности положил расширение доступности высококвалифицированной специализированной помощи детям из всех регионов страны. Улучшены основные показатели работы РДКБ, организован ряд новых отделений (рентгенохирургии, челюстно-лицевой хирургии, лучевой диагностики), создана оригинальная медицинская информационная си-

стема, действует телемедицинский центр. Ежегодно внедряются до сотни новых методик диагностики и лечения.

Не умаляя заслуги других, отметим, что с приходом Николая Николаевича в больницу многое изменилось к лучшему, хотя давалось это непросто. Но он не позволял себе пасовать перед трудностями, искал и находил выход из любой ситуации.

Если бы существовала государственная награда «За вклад в развитие детского здравоохранения страны», уверены, одним из первых её бы удостоился Н.Ваганов. Впрочем, он и без того отмечен многими орденами и медалями.

В нём удивительным образом уживаются учёный, практик, гражданин. Заведующий кафедрой медико-социальных проблем охраны материнства и детства РМАПО, заместитель председателя исполкома Союза педиатров России, председатель правления Ассоциации детских больниц России, член Центральной аттестационной комиссии по аттестации специалистов в области педиатрии, член экспертного совета Комиссии по вопросам здравоохранения Общественной палаты РФ... Перечисление можно было бы продолжать и продолжать. И ко всем своим обязанностям Николай Николаевич относится сверхдобросовестно.

Природа наделила его организаторским талантом, а судьба позволила этот талант раскрыть. Сложилось всё по-другому, доктор Ваганов всё равно бы помогал детям, просто объём той помощи был бы иным. А так он помогает всем детям России, возглавляя ведущее в стране многопрофильное учреждение, участвуя в формировании политики в отношении сохранения здоровья подрастающего поколения.

Коллектив Российской детской клинической больницы, Ассоциация детских больниц России сердечно поздравляют Николая Николаевича с 50-летием трудовой деятельности.

Санитарная зона

На вирус Зика нашли управу

— Изменение дизайна формы российских олимпийцев и другие превентивные меры позволят защитить спортсменов от вируса Зика, — сообщила глава Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Роспотребнадзор) Анна Попова.

По её словам, профилактические мероприятия в связи с эпидемией лихорадки Зика ведутся уже давно. «Были даны предложения по лабораторной диагностике, по оказанию медицинской помощи инфекционным больным и, самое главное, по превентивным мерам: по организации противокомариных обработок, по профилактике трансмиссивных лихорадок. В результате был изменён дизайн формы для наших спортсменов, предприняты другие необходимые меры. Например, удлинен рукава, чтобы риски инфекционных болезней отсутствовали», — сказала А.Попова. — Кроме того, в Рио-де-Жанейро из России были командированы энтомологи, которые провели проверку олимпийских объектов и определили, что вероятность заражения вирусом достаточно низка — комаров-переносчиков обнаружено не было. В туристической зоне города насекомые были обнаружены, однако во всех водоёмах местности проживает рыба гамбузия, которая уничтожает личинки переносчиков вируса



Зика, поэтому риски заражения для посетителей Олимпиады также оцениваются как невысокие.

Между тем, в Бразилии, как и во многих других странах Южной Америки, продолжается распространение вируса и лихорадки Зика.

Исследователи из Бразилии обнаружили, что вирус Зика может распространяться комарами вида *Culex quinquefasciatus*. Ранее о том, что это насекомое также может распространять опасный вирус, известно не было. Единственным переносчиком считался комар *Aedes aegypti*.

Борются с вирусом Зика сейчас самыми различными методами. Так, на Каймановых островах местный департамент по исследованию

и контролю за популяцией комаров разработал совместно с британской фирмой план по снижению численности комаров вида *Aedes aegypti*. Созданы даже генетически модифицированные комары-самцы, которые при спаривании с самками дают потомство, умирающее сразу по достижении взрослого возраста. Выпустить это «оружие» в местах наибольшего скопления насекомых планировалось ещё в июне, однако из-за возражений оппонентов этой стратегии старт пришлось отложить.

Наша сборная вылетела в Бразилию 28 июля. Олимпиада пройдёт с 5 по 21 августа.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Дмитрий Медведев посетил Морозовскую детскую городскую клиническую больницу Москвы. Председатель Правительства РФ напрямую пообщался с врачами и пациентами и предложил использовать успешный опыт этой медицинской организации в других регионах страны.

Д.Медведев осмотрел действующие отделения и строящийся корпус больницы и отметил работу её персонала и высокое качество оборудования.

Сегодня и завтра

После осмотра строительной площадки Д.Медведеву показали работу переоборудованных отделений гастроэнтерологии, онкологии и гематологии, которые пока размещены в старых корпусах больницы, но в начале 2017 г. будут переведены в новое помещение.

Затем глава Правительства побывал в рабочем кабинете главного врача, где ему продемонстрировали систему внутреннего видеонаблюдения, позволяющую в режиме реального времени на нескольких экранах следить за происходящим в операционных, а также некоторых кабинетах больницы. Д.Медведев высоко оценил эту систему.

Морозовская детская городская клиническая больница является одним из крупных лечебных учреждений столицы и включает стационар на 1020 коек с 24 лечебными отделениями. У больницы 17 профилей. Здесь работают 7 вспомогательных отделений и служб, а также консультативно-диагностическая поликлиника.

К концу 2016 г. на территории больницы завершится строительство 7-этажного многопрофильного лечебного корпуса на 500 коек. В новом корпусе палаты будут одно- или двухместными. Их оборудуют «тревожными кнопками» и системой наблюдения за детьми, проходящими лечение. На этажах будут созданы специальные игровые зоны. В здании разместятся отделения эндокринологии, пульмонологии, нейрохирургии и неврологии, травматологии, ортопедии, а также клинично-диагностическая лаборатория.

Лечебный корпус сможет ежедневно принимать для оказания стационарной и амбулаторной помощи около 80 тыс. детей.

Как председатель партии «Единая Россия» премьер-министр РФ Д.Медведев встретился с её активом.

В ходе встречи были подняты важнейшие проблемы здравоохранения.

Развивать труд и быт врачей

– Власти России продолжают уделять внимание улучшению условий труда в сфере здравоохранения, – заявил на встрече Д.Медведев.

По его словам, в последнее время был принят ряд мер по поддержке медицинского персонала в стране и эта работа будет продолжена. «Она связана с такой непростой темой, как оптимизация сети и с другими непростыми задачами, которые приходится решать в регионах», – подчеркнул глава Правительства РФ.

Реабилитацию недоношенных детей – на особый контроль

Д.Медведев поддержал предложение главного врача Томско-

Перспективы

Здравоохранение: НОВЫЙ ВЗГЛЯД И НОВЫЙ ПРОЕКТ

Глава Правительства РФ озабочен ситуацией в отрасли



Дмитрий Медведев с министром здравоохранения РФ Вероникой Скворцовой, мэром Москвы Сергеем Собяниным и главным врачом Морозовской ДГКБ Игорем Колтуновым

го областного перинатального центра о необходимости дальнейшего развития специальных программ в сфере здравоохранения. «Так, выхаживание недоношенных детей на поздних стадиях и создание для них специальных реабилитационных центров должно занять особое место в здравоохранении», – полагает премьер.

Вопрос о развитии этого направления работы подняла главный врач центра Ирина Евтушенко. Она передала благодарность жителей за строительство в регионе специального центра для новорождённых. «Большое достижение – одна из самых низких смертностей в Сибирском регионе», – отметила врач.

При этом она подчеркнула, что при выхаживании недоношенных детей особенно важны последние этапы выхаживания, когда ребёнок уже набрал вес, долгое время находится в стационаре, но ещё требует особого ухода, и прекращение медпомощи может перечеркнуть всю кропотливую работу. Эту проблему, по мнению И.Евтушенко, могут решить специальные реабилитационные центры.

Сократить бюрократическую нагрузку

Д.Медведев уверен, что работа медиков с документами не должна превышать 20% их рабочего времени. Любая производственная нагрузка вызывает недовольство врачей и необходимо сделать всё, чтобы её минимизировать.

Снять бюрократический «довесок» с врачей предложил заведующий кафедрой детской хирургии и урологии-андрологии Первого Московского государственного медицинского

университета им. И.М.Сеченова Дмитрий Морозов. Врач ведёт приём, но львиную долю времени, которое он мог бы посвятить пациентам, тратится на заполнение самых разных форм отчётности, заметил он. Речь идёт о том, что нередко документы дублируются и создают огромное напряжение. По словам Д.Морозова, сейчас 60-70% времени уходит на заполнение бумажных и электронных форм отчётности. От этого страдает качество помощи пациентам.

Глава Правительства РФ вспомнил, что об этой проблеме говорят и учителя. «Любая непроизводительная нагрузка вызывает злость и у врача, в том числе. Кстати, то же самое говорят педагоги. Они, вместо того, чтобы заниматься делами, пишут отчёты», – сказал он. Поэтому нужно сделать всё, чтобы оптимизировать процессы отчётности.

Премьер напомнил об усилиях правительства по внедрению электронного документооборота. «Нужно сделать электронный оборот грамотным, доступным, технологичным, понятным, чтобы общение с бумагами, даже в электронной форме, у специалистов занимало 20% времени, а всё остальное уходило на пациентов. Это будет лучше и для медработников, и для пациентов», – считает Д.Медведев.

Правительство будет заниматься этим вопросом «в рамках тех решений, которые принимаются Министерством здравоохранения и региональными властями», добавил премьер, подчеркнув, что работа по совершенствованию электронного документооборота будет продолжена. Необходимо переходить на него, максимально упростив электронные платформы.

Учитывать мнение людей

– Правительство поддержит законопроект об общественном обсуждении судьбы сельских медицинских учреждений. При закрытии больниц в этой местности необходимо учитывать мнение людей, – считает премьер РФ.

– Если решение о судьбе единственного медицинского учреждения на селе принимается без учёта мнения людей, то это может иметь самые тяжёлые последствия, – заявил Д.Медведев.

Заведующая отделом по связям с общественностью Молодёжного комплексного центра «Победа» городского округа Домодедово Московской области Альбина Таишева обратила внимание на то, что в регионах поступает много жалоб на сокращение числа амбулаторий и сельских больниц, закрытие отделений. Она попросила премьера уделить особое внимание этой проблеме, чтобы закрытие медучреждений на селе было возможно только на основании решения сельского схода.

На помощь скорой помощи

Д.Медведев лично проконтролирует отправку новых автомобилей скорой помощи в регионы. С середины августа в субъекты Федерации начнут поступать 1100 карет скорой помощи и более 100 реанимобилей. При этом глава кабинета министров не исключил, что этот объём автомобилей может быть увеличен. В результате, выбывающая часть автопарка устаревших автомобилей скорой помощи будет замещена новой техникой. Это позволит загрузить и мощности российского автопрома.

«А что такое новые автомобили скорой помощи? Не мне вам говорить – это просто спасённые

жизни, – подытожил Д.Медведев. – Это количество может быть и увеличено», – заявил премьер.

В ходе встречи главный врач Люберецкой станции скорой медицинской помощи Любовь Орлова подняла проблему оснащённости станций автомобилями. Она рассказала о том, что парк машин скорой помощи в регионах сильно изношен.

Сейчас размещён заказ на новые автомобили, однако поставки затягиваются.

Д.Медведев напомнил, что ранее было принято решение о выделении дополнительного финансирования на обеспечение медицинских учреждений страны машинами скорой помощи. «Мы приняли решение, несмотря на текущие сложности, всё-таки выделить дополнительное финансирование для того, чтобы загрузить наш автопром и добавить новых автомобилей (и обычных автомобилей скорой помощи и реанимобилей) во все регионы нашей страны...»

Премьер добавил, что с 15 августа эти автомобили начнут доставляться в регионы. «Я рассчитываю на то, что смогу лично убедиться в том, что эти автомобили пошли туда, куда они направляются», – подчеркнул он.

Премьер подчеркнул, что для оказания медицинской помощи в густонаселённых и труднодоступных районах страны необходимо использование вертолётов. Правительство готово закупать отечественную вертолётную технику для нужд санитарной авиации, заявил Д.Медведев, отвечая на вопрос о необходимости закупок вертолётов для доставки больных в регионах.

Председатель Координационного совета Ассоциации председателей советов многоквартирных домов Московской области Юлия Белыхова отметила, что в области зачастую из-за пробок на дорогах значительно увеличивается время эвакуации больного. Она предложила включить в программы развития здравоохранения отдельным направлением развитие санитарной авиации с обязательным условием закупки только отечественных вертолётов, чтобы поддержать российских производителей в кризис.

Глава Правительства подчеркнул, что «Россия без санитарной авиации не может жить», и рассказал о своей поездке на Камчатку, где пострадавших доставляли в больницу течение 6 часов на вертолёте. «На Дальнем Востоке и в Сибири авиация могла бы решить эту проблему», – считает он.

При этом, по его мнению, санитарная авиация должна обеспечиваться именно авиатехникой российского производства. «Мы будем стараться изыскивать какие-то дополнительные финансы и загружать наших производителей, тем более, что у нас появились хорошие образцы российских вертолётов, которые специально для этого приспособлены», – сказал Д.Медведев.

«Элементы национального проекта по здравоохранению рассмотрит президиум президентского Совета по стратегическому развитию и приоритетным проектам. Его заседание состоится в ближайшее время», – сообщил Д.Медведев.

«Либо на первом, либо на втором заседании этого президиума мы будем детально обсуждать составные элементы нового национального проекта по здравоохранению», – сказал председатель правительства.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Мобильные бригады врачей продолжают обследовать жителей самых дальних от центра сельских районов Омской области. А они, надо прежде всего сказать, входят в самую северную от Омска зону этого сибирского региона.

Такие выезды практикуются давно и не от хорошей жизни. На севере Прииртышья катастрофически не хватает ни медиков с высшим образованием, ни представителей среднего медицинского звена – вплоть до фельдшеров. И выездные бригады врачей ведущих ЛПУ области – диагностического и клинического медико-хирург-

но-сосудистых заболеваний. Да и других «на северах», как выражаются в Сибири, предостаточно.

Чтобы охватить максимальное количество сельских жителей, сотрудники специализированных медицинских учреждений принимают у них или наблюдающих за ними медиками заявки о необходимости консультаций предварительно, а в центральных райбольницах оповещают земляков загодя о приезде специалистов из Омска.

В составах выездных бригад – терапевты, хирурги, эндокринологи, кардиологи, гастроэнтерологи, неврологи, травматологи. По общим анализам, ультразвуковой диагностике



На север Прииртышья врачам приходится добираться и на пароме через Иртыш

Награды

Признана на высоком уровне

Медсестру оценили по заслугам

Старшая медицинская сестра отделения хирургического лечения сложных нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляцией Федерального центра высоких медицинских технологий Валентина Ракитина стала призёром Всероссийского конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием».

В этом году конкурс проводился по 8 номинациям: «Лучший фельдшер», «Лучший акушер», «Лучшая медицинская сестра», «Лучшая участковая медицинская сестра», «Лучшая старшая медицинская сестра», «Лучший лаборант», «Лучший фармацевт» и «За верность профессии».

Всего было три этапа. На первом знании претендентов на победу, их профессионализм, умение принимать правильные решения в различных ситуациях оценивались в медицинских организациях по месту работы. Второй тур проводился конкурсными комиссиями федеральных органов государственной власти, органов госвласти субъектов федерации в сфере охраны здоровья, в ведении которых находятся эти организации. По результатам второго этапа были определены 376 финалистов в 65 российских регионах и 8 ведомствах.

На третий, заключительный, этап каждый участник направил конкурсную работу, отражающую не только профессиональные достижения, но и собственную концепцию и своё видение профессиональной деятельности. По итогам финального тура центральной конкурсной комиссией Минздрава России были названы 24 победителя. В их числе – старшая медицинская сестра ФЦВМТ Валентина Ракитина, занявшая почётное второе место в номинации «За верность профессии».

Сфере здравоохранения Валентина Павловна посвятила более 30 лет. Работала в Центральной городской клинической больнице, последние 4 года трудится старшей медицинской сестрой отделения хирургического лечения нарушений ритма сердца и электрокардиостимуляцией федерального центра в посёлке Родники.

Валентина Павловна признаётся, что мечтала о медицине с детства: «Сколько себя помню, всегда хотела быть медиком, хотя никто из родственников в здравоохранении не работал. Сомнений в выборе профессии не было: сразу после школы поступила в медицинское училище. И очень счастлива, потому что занимаюсь любимым делом».

Результаты профессионального состязания опубликованы на официальном сайте Министерства здравоохранения РФ. Торжественная церемония победителей и призёров конкурса «Лучший специалист со средним медицинским и фармацевтическим образованием» пройдёт в Москве осенью.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Рядом с нами

До самых дальних окраин

Здесь врачей ждут с нетерпением

гического центров, детской областной больницы и других омских лечебно-профилактических учреждений прямо-таки вынуждены по несколько раз в год отправляться в неблизкий путь. Что, правда, делают с охотой – сказывается тяга к перемене мест и желание узнать, как чувствуют себя селяне, которым было назначено амбулаторное лечение в участковых больницах или в ЦРБ.

Но основное время на выездах занимают, конечно же, консультации узких специалистов и диагностические обследования, а порой и безотлагательные оперативные вмешательства. Ведь задача высококвалифицированных омских медиков – это, понятно, не только повышение доступности качественной медицинской помощи, но и раннее выявление того или иного недуга вроде злокачественных или сердеч-



Омские врачи проводят УЗИ на выездах в сёла

и флюорографии, а порой и обыкновенной пальпацией городские врачи определяют, требуется ли госпитализация тому или другому сельскому

жителю. За рабочий день осматривается, как правило, до 300 или даже 500 человек разного возраста. Из них число детей доходит до 200. Очень на-

пряжённая работа и, зачастую, нет даже времени пообедать. А затем вновь в дорогу – из одного фельдшерско-акушерского пункта в другой, а бывает, и нередко, осмотры проводятся в клубах, в помещениях сельских администраций.

Только за минувший 2015 г. специалистами клиник Омска было осуществлено в рамках выездной работы свыше 70 тыс. консультаций. Выполнено почти 35 тыс. диагностических исследований, проведено 30 операций. Сейчас же, когда завершается «вершина» лета – июль, в их планах выезды в Тарский, Усть-Ишимский и Тюкалинский муниципальные сельские районы. Там их уже с нетерпением ждут.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Перемены

Власти Якутии направят 1,8 млрд руб. на развитие высокотехнологичной медицинской помощи. Соответствующий указ глава Республики Саха (Якутия) Егор Борисов намерен подписать в ближайшее время. Проект, разработанный республиканским Минздравом, предполагает оснащение медцентров новым оборудованием, внедрение инновационных методов лечения, развитие трансплантологии и роботизированной медицины в следующие 4 года.

По мнению Е.Борисова, который инициировал разработку концепции развития высокотехнологичной медпомощи до 2030 г., система здравоохранения нуждается в перестройке, которая позволила бы не только повысить качество обслуживания пациентов, но и сделать высокотехнологичную медицину более доступной для якутян.

– Принятие документа позволит нам двигаться не по инерционным сценариям, а совершенно по-новому сформулировать стратегию развития здравоохранения, – заявил

Против инерции

Курс Якутии – на развитие высокотехнологичной медицины

глава региона, обращаясь к представителям медицинской общественности во время обсуждения проекта концепции.

По информации министра здравоохранения Якутии Михаила Охлопкова, масштабные преобразования будут проходить в четыре этапа. В 2016-2017 гг. предусматривается создание новых структурных подразделений в медучреждениях, оказывающих высокотехнологичную помощь. С 2017-2019 гг. начнётся внедрение инновационных методов лечения. Эволюция ресурсоёмких технологий (в том числе трансплантация внутренних органов и костного мозга) и развитие роботизированной хирургии запланированы на 2018-2019 гг. В числе видов высокотехнологичной медпомощи, которая станет доступна якутянам, также значатся мало-

инвазивные методы коррекции врождённых пороков сердца, внедрение генетического паспорта, генетический мониторинг наследуемых форм онкологической патологии, новые методы лучевой терапии, протезирование суставов конечностей и другие.

Общий объём финансирования проекта составляет 1,8 млрд руб., средства будут выделяться поэтапно из республиканского и федерального бюджетов.

Основными площадками для реализации концепции определены Национальный центр медицины, Республиканская больница № 2, Якутская офтальмологическая больница и Якутский онкологический диспансер. В течение 4 лет их оснастят необходимым оборудованием, в зависимости от профиля предоставляемого ле-

чения, в том числе хирургическими комплексами «Da Vinci».

– Оказывать высокотехнологичную помощь будут люди, поэтому мы предусмотрели обучение специалистов в центральных и зарубежных вузах, а также на базе мединститута Северо-Восточного федерального университета, – отметил министр здравоохранения.

Итогами преобразований должны стать увеличение продолжительности жизни на 8 лет, снижение коэффициента уровня смертности на 5 промилле и повышение удовлетворённости качеством оказания медпомощи на 70%. Достичь этих показателей в республике рассчитывают менее чем за 15 лет.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Якутск.

Казалось бы, в инфраструктуру курортов Кавминвод, складывающуюся на протяжении двух столетий, уже больше ничего нельзя было «втиснуть»: на каждом квадратном метре этой драгоценной – во всех смыслах слова, – земли, с полным правом именуемой собой всероссийской здравницей, всё расписано на те же два столетия вперёд. Но... в 1997 г., согласно постановлению правительства Самарской области «о создании в Кисловодске санаторно-курортной базы для лечения пенсионеров и инвалидов области», пансионат «Самара» стал принадлежать Министерству имущественных отношений Самарской области, а затем было принято решение о преобразовании его в санаторий. Знакомство с дальнейшей историей развития этой, во многом уникальной лечебницы утверждает в мысли, что все эти преобразования были не ради смены вывески, а послужили реальному и очень благородному делу – поддержанию здоровья «простых» людей.

На первых порах санаторий состоял из двух спальных корпусов, лечебного, административного и столовой. Был рассчитан всего на 39 мест. Постоянно шло расширение и укрепление материальной базы и сегодня санаторий «Самара» – это серьёзное учреждение на 110 койко-мест, 100 из которых полностью финансируются из бюджета Самарской области и заполняются пенсионерами.

Диагностическая база с самой современной аппаратурой позво-



Анна Морева

даёт заметный эффект и уже на первой неделе мы отмечаем снижение содержания сахара в крови. Конечно же, огромную роль в этом процессе играет правильное питание и приём минеральной воды, а также нарзанные ванны. Ведь не зря на языке местных жителей нарзан означает «богатырь-вода». В санаторно-курортном лечении я уже более 30 лет и с первых месяцев поняла его широкие возможности. В стационаре оказывают экстренную медицинскую помощь, а здесь мы работаем с целью профилактики заболевания и повышения иммунитета. Кроме того, что не менее важно, мы ещё и учим людей здоровому образу жизни.



Амина Хачирова

языке говорить с бизнесменами, потенциальными инвесторами. Это помогает по-другому смотреть на вещи. На Кавказских Минеральных Водах природа подарила нам всё, что только можно пожелать: минеральную воду, горный воздух, курортный климат... Давайте приложим ко всему этому и собственные усилия, чтобы не только россияне поправлялись у нас своё здоровье, но и с того же Запада люди приезжали сюда. Значит, надо поднимать планку требований к себе и к окружающим...

А вообще, я очень благодарна предшественникам, которые в «лихие 90-е» сумели сохранить коллектив от развала. Костяк коллектива прошёл через все перипетии, и выстоял, даже когда

Лечение и отдых

Коллективный портрет здоровья

Его создали медики, работающие в одном из кисловодских санаториев

главного врача по медицинской части, врач высшей квалификационной категории А.Хачирова, в последнее время значительно

А вскоре появилась возможность выслушать мнение медиков, которые находились в «нестандартной» ситуации – также приехали сюда отдыхать.

Елена Ситникова, врач-эндокринолог из Клиники СамГМУ: «Я раньше не была на Кавказе. Говорят, что первое впечатление обманчиво, но мне всё понравилось с самого начала. Нас встретили очень приветливо, в комнатах всё очень красиво, особенно, всем понравилось стремление наших хозяев создать домашний уют. Все процедуры проходим до обеда, а после этого – свободный режим. Конечно, первым делом наведались в знаменитый кисловодский парк. Также организуется много экскурсий. По вечерам танцы, дискотеки. В общем, скучать некогда».

...После того, как постепенно начали обходить процедурные кабинеты, я понял, что это не пустые слова: на всех процедурах отношение к гостям самое доброжелательное, всё организовано очень хорошо и чувствуется, что это чёткая система.

...Продолжая знакомство с «Самарой», я утвердился в мысли, что здесь витает особый дух отношений, причём, не только к пациентам, но и медперсонала между собой. За «секретами» отправился к главному врачу санатория «Самара», врачу высшей квалификационной категории А.И.Моревой. До того, как она в 2008 г. возглавила коллектив санатория, Анне Ивановне пришлось пройти довольно жёсткий

конкурсный отбор из числа 35 (!) кандидатов. Как бы то ни было, Минздрав области остановился на её кандидатуре, и сейчас уже можно с полной уверенностью сказать, что выбор был правильным. Почти с первых дней её руководства было завершено строительство и оснащение корпуса № 8, в котором сегодня располагается основная лечебная база.

– Да, сегодня в санаторно-курортном деле и в медицине новые требования, – говорит Анна Ивановна. – Чтобы выдержать конкуренцию, приходится, что называется, «крутиться». Сейчас я не только врач, но и хозяйственник. Поэтому пришлось получить второе высшее образование, экономическое, чтобы на одном

приходилось работать за копейки. Сегодня это – наш «золотой фонд», наша гордость. Каждая из наших коллег проработала здесь по 18-20 лет. Их имена можно перечислять и перечислять.

Закончилось краткое пребывание в санатории «Самара»... Песочные часы бесшумно отмерили время одной из самых полюбившихся процедур – нарзанных ванн. Так хотелось бы, чтобы песок остановился в своём движении. Да что там, песок, чтобы само время остановилось...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Кисловодск,
Ставропольский край.

Фото автора.



Корпус № 8

ляет проводить широкий спектр исследований, а консультации узких специалистов дополняют точный диагноз. Лечебная база сформирована с учётом особенностей местных природных ресурсов. Помимо всего прочего для любителей здорового образа жизни в санатории имеются бассейн с комплексом процедур, бильярд, тренажёрный зал, настольный теннис.

Конечно, медицинская наука не стоит на месте. Появляются новые технологии и методики, применяемые и в здешних условиях. Как пояснила заместитель

расширилась диагностическая база. Амина Ахматовна подробно рассказала о «школе диабета», которая включена в санаторно-курортное лечение и уже отлично показала себя.

– В последнее время в нашей окружающей «цивилизированной» жизни очень много изменяется и не всегда в лучшую сторону. В результате, к нам в санаторий часто попадают на отдых и лечение люди, имея полиморбидный фон: ожирение, заболевания внутренних органов, нарушения обмена веществ и т.д. Комплексный подход, применяемый у нас,



Нарзанные ванны – «визитная карточка» города-курорта Кисловодск

Новости

Мост здоровья от Чукотки до Якутии

В Анадыре состоялась рабочая встреча руководителя Департамента социальной политики Чукотского автономного округа Евгения Подлесного и министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) Михаила Охлопкова, которые обсудили перспективы межрегионального взаимодействия по ряду направлений. В том числе, стороны рассмотрели возможность организации совместных закупок лекарственных препаратов для льготных категорий граждан.

По словам Е.Подлесного, данный способ закупок актуален как для Чукотки, так и для Якутии.

– При совместных закупках лекарственных препаратов увеличится объём заказов, что позволит

повысить интерес потенциальных поставщиков и снизить конечную стоимость заказа. Это особенно важно для Чукотки, так как из-за малого числа жителей региона объёмы наших лотов также малы и не представляют особого интереса для оптовиков. Проведение совместных закупок должно изменить ситуацию к лучшему, – пояснил он.

Также в ходе встречи пред-

ставители Якутии предложили использовать лечебно-диагностические базы Республики Саха (Якутия) для проведения комплексного обследования пациентов Чукотского автономного округа, которых необходимо направлять на оказание высокотехнологичной медицинской помощи в другие субъекты Российской Федерации. На сегодняшний день большая часть таких

больных направляется в Москву, Санкт-Петербург или Хабаровск.

Ряд других мер развития здравоохранения соседних регионов планируется закрепить соглашением о сотрудничестве, которое будет подготовлено и подписано уже в ближайшее время. Ожидается, что реализация данных направлений станет первым на Дальнем Востоке примером межрегионального сотрудничества в сфере развития здравоохранения.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Анадырь.

Психиатрическая больница № 8 Московской области, что в Орехово-Зуево – одна из лучших психиатрических клиник в нашей стране. Поэтому лет 10 лет назад директор Московского НИИ психиатрии В.Краснов и профессор Научного центра психического здоровья РАМН В.Ястребов представили её делегации ВОЗ как образец региональной больницы. Последние 35 лет больницу возглавляет кандидат медицинских наук, «Лучший врач 2005 года» (в номинации руководитель ЛПУ), заслуженный врач РФ Григорий Шурыгин.

Утопающая в зелени...

Григорий Иванович – бодрый человек, спортивного телосложения, чья больница производит выгодное впечатление: утопающая в зелени, с ухоженными дорожками, скамейками, обрамлёнными цветущим кустарником. Кроме привычных психиатрических и наркологических отделений, развёрнуты дневные психиатрические стационары для взрослых и детей, круглосуточное детское наркологическое, реанимационное, лечебно-трудовое психиатрическое отделение, а также водолечебное отделение с саунами, бассейном, ванным залом, медико-социальной реабилитацией для зависимых, отделение амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы. Почти все отделения круглосуточного пребывания больницы «малокошечные» – от 15 до 30 коек. Их преимущество перед «многокошечными» очевидно для пациентов и медперсонала.

За 35 лет на базе Психиатрической больницы № 8 проведено восемь областных и межзональных научно-практических конференций, о чём свидетельствуют семь томов сборников научно-практических докладов ведущих учёных страны.

Знакомясь с больницей, было приятно отметить, что сохранение традиций в этом лечебном учреждении не формальность, не пустые слова, и увековечено это в граните комплекса Славы. У этого монумента ежегодно во Всемирный день психического здоровья торжественно посвящают юных сотрудников в профессию.

Из разговора с руководством больницы становится очевидным, что коллектив настроен дальше совершенствовать свою работу, сожалеет о нереализованных планах. И этому есть объективные причины. По убеждению врачей-психиатров клинических и амбулаторных подразделений, тормозящее действие на качество помощи душевнобольным лицам оказывает система стандартов ОМС, в которой психиатрическая и наркологическая службы Минздрава Московской области второй год участвуют в пилотном проекте. Полученные за 1,5 года опыт и результаты этого пробного проекта коллектив врачей больницы (и не только врачей, но и немедицинских специалистов, сотрудников управленческого и финансового блока) рассматривает, прежде всего, с целью развития современной психиатрической помощи для излечения или облегчения душевных страданий пациентов.

Стандартные проблемы

Со слов главного врача, на отчётной за 2015 г. коллегии Минздрава Московской области, руководитель Московского областного фонда обязательного медицинского страхования Андрей Раздорский отметил, что из 49 учреждений здравоохранения социально значимой группы (туберкулёз, психиатрия, наркология, кожно-венерология) в первую очередь психиатрия и наркология требуют существенной доработки условий тарифного соглашения.

После очередной проверки больницы комиссией территориального фонда ОМС было сделано замечание: «Григорий Иванович,

положение с постельным бельём оставляет желать лучшего».

«Полагаю, что на средства ОМС мы можем закупить ткань?» – спросил главный.

«Конечно, можете».

«А можем из этой ткани в швейных цехах лечебно-трудового отделения больницы пошить постельное бельё?»

«Нет, не можете».

Вот так. Это небольшой пример, когда ранее проявленная инициатива – открытие лечебно-трудовых мастерских, гасится. А ведь во вновь отстроенный 4-этажный лечебный корпус боль-

Да, те Госстандарты хорошо бы вернуть вместе с контролем. Но стандарты, используемые в соматической медицине (ежедневные дневниковые записи полного статуса пациента, отражение изменений в схемах лечения и т.п.) не годятся для ведения психиатрической истории болезни. Например, декларируется повторение согласно стандарту патопсихологическое исследование многократно поступавшему пациенту-инвалиду и другие ненужные записи, не имеющие клинического значения и свидетельствующие только о разнообразных подробностях со-

сегодня удерживает лидерство как в суицидах, так и в самоубийственных наркоманиях».

И ещё врачи больницы полагают глубоким заблуждением экспертов введение понятия «законченный случай», которым руководствуется сегодня система ОМС в психиатрии и наркологии.

Установление диагноза в психиатрии – процесс динамический, продолжительный. А время пребывания в стационаре строго ограничено стандартами. Диагноз, взятый из статистической МКБ-10 ВОЗ, чаще носит смягчённый, социально значимый характер, но он не отражает

и понимание неотвратимости политической и экономической целесообразности и необходимости проводимых реформ. Безусловно, требуется совместное обсуждение обозначившихся сложностей внедрения ОМС в психиатрическую практику, поиск путей их решения и преодоления...

Психогигиеническая работа

Работа врачей психиатрического и наркологического диспансерных отделений в ОМС фиксирует амбулаторные посещения и обращения больных. Последнее стоит дороже, так как предполагает, что пациент должен прийти к врачу два раза в месяц. Как правило, за так называемой услугой зачастую вначале обращаются близкие родственники, соседи, правоохранительные органы. После этого врач ищет способ увидеться с пациентом, множественность вариантов при этом в ОМС также не предусмотрена (и конечно не оплачивается).

Не предусмотрена в системе ОМС и работа со школами. Между тем значимость психогигиены и психопротекции у нас официально декларирована. Специалисты больницы тестируют (с письменного согласия) учащихся образовательных учреждений. Эта работа проводится больницей с 2005 г. Одна из задач – добиться психиатрической дестигматизации душевнобольного человека, поскольку стигма преследует всю его жизнь. Но всё это, как и необходимая работа с семьями, с «созависимыми» родственниками – также вне стандартов системы ОМС.

Показательную работу продемонстрировали сотрудники детского стационарного наркологического отделения больницы, которому исполняется в этом году 10 лет. Открыто оно в разгар эпидемии «нюхачей» (токсикоманий). К сожалению, употребление пива, коктейлей с 10-11 лет теперь почти норма жизни. Кроме этого, появились спайсы, которые способны за короткий срок превратить ребёнка в «животное».

Вот что говорит заведующая детским наркологическим отделением: «У наших маленьких пациентов нет такой сформировавшейся зависимости и абстинентных состояний, как у взрослых. Поэтому и схемы лечения другие. Они нуждаются не в интенсивной терапии, а в медикаментозной психокоррекции. В среднем продолжительность лечения детей с наркологическими, поведенческими и психическими расстройствами в результате употребления алкоголя, наркотиков, токсических веществ составляет не менее 40 дней. За этот период ребёнок проходит обследование (лабораторные исследования, ЭЭГ, консультацию психолога, педиатра, психотерапевта, невролога), подбирается медикаментозная терапия, составляется индивидуальный план лечения, проводится психокоррекция. С ребёнком занимаются специалисты по социальной работе, психологи, воспитатели, психотерапевты. Поэтому необходимо в детских стационарных наркологических отделениях пересмотреть сроки лечения и ввести поэтапную оплату».

В отделении налажена своя трудотерапия – выполняются очень красивые аппликации из разных материалов: в ход идут лоскуты тканей, салфетки, береста, вата. Подделки детей-пациентов представляются на международных фестивалях в Москве. Имеется уютный актовый зал для утренних бесед и зарядки, просмотра видеофильмов. Есть классная комната. Днём в палатах дети не находятся, как в обычной больнице. Только дневной и ночной сон – благо занятий им хватает.

Про больницу № 8 можно писать долго. Невольно хочется даже остаться в этом тихом, уютном месте. Ненадолго... Чтобы успокоить от шумного мегаполиса свою встревоженную душу...

Вячеслав СВАЛЬНОВ,
спец. корр. «МГ».

Орехово-Зуево – Москва.

Ситуация

Противоречия интересов...

Или ещё раз о стандартах ОМС в психиатрии



Григорий Шурыгин (на сцене) во Всемирный день психического здоровья принимает поздравления от воспитанников музыкальной школы

ницы, вся мебель была изготовлена в мебельном цехе ЛТПО больницы. Система договорных отношений больницы с пациентами выпадает из Тарифного соглашения. И здесь усматриваются противоречия с Указом Президента РФ № 597 от 07.05.2012 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики», а также с замечанием Президента РФ о необходимости снижения напряжённости по трудоустройству инвалидов, в том числе по психическому заболеванию.

Председатель Совета Федерации Валентина Матвиенко упоминала об этом на заседании по делам инвалидов ещё 9 ноября 2012 г., говоря о реализации положений Конвенции ООН о правах инвалидов в части социальной интеграции людей с особенностями психического развития.

Врачи понимают, что введение обязательного медицинского страхования предполагает повышение качества помощи больным на основе её стандартов. Но в психиатрии (и наркологии) пока этот принцип неосуществим.

Казалось бы, разве стандарты не имеют пользу? Например, советские ГОСТы пищевых продуктов, при которых не было массовых смертельных отравлений в детских садах?

матической, неврологической и психической нормы.

Но в беседе со мною врачи-психиатры горячо убеждали, что существуют и принципиальные психиатрические противопоказания стандартизации: «Конечно, психическое заболевание – это заболевание головного мозга. Но проявляется это заболевание мозга душевными страданиями личности, нередко настолько мучительными, что доводят до самоубийства. А психиатрия представляет собой единственную чисто человеческую медицинскую специальность, ибо другие врачи – терапевты, кардиологи, гастроэнтерологи, хирурги, невропатологи и т.п. – лечат болезни внутренних органов, сердечно-сосудистой, гастроэнтерологической и т.п. систем. Поэтому мы имеем дело с душевно больными, конкретными персонами. И решающий фактор эффективности психиатрической помощи – не химическое лекарство, а личность самого врача-психиатра и доверительный межличностный контакт психиатра и психически больного пациента. И стандартизовать уникальное, неповторимое сознание личности, да ещё одиноко страдающую от потери смысла жизни – дело практически недоступное... Вот почему Россия, занимавшая до революции последние места в мировой статистике детских самоубийств,

в необходимой мере этиологию, глубину и нередко затяжной характер тяжёлого психического заболевания. «В этой ситуации, если мы не деградируем клинически, то, как минимум, профессионально нивелируемся, упрощаемся», – говорит одна из заведующих отделением с большим опытом работы.

В условиях пилотного проекта экономические взаимоотношения между лечебно-профилактическими учреждениями и частными компаниями ОМС строятся на рыночном противоречии их интересов. Амбулаторное лечение обходится дешевле стационарного и вполне естественно, что страховые медицинские компании заинтересованы в сокращении объёмов госпитализации в стационары. Интересы пациентов и их здоровье отходят на задний план.

А стандартная мера стационарной помощи как психиатрических услуг в рамках ОМС рассматривается как «программа минимум» для пациента, вместо привычной и профессионально понятной для нас цели максимального восстановления здоровья и трудоспособности.

Конечно же, руководство больницы, врачи, финансово-экономический блок реально воспринимают происходящие реформы. Несмотря на очевидно понимаемые всеми минусы внедрения ОМС в психиатрическую практику, необходимо

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 54 (1993)

(Окончание.)

Начало в № 57 от 03.08.2016.)

Факторы, влияющие на результаты кожного тестирования:

Приём лекарственных препаратов
Циркадные ритмы
Дермографизм
Возраст

Методы кожного тестирования

В зависимости от способа введения аллергена используют различные методы постановки кожных тестов: прик-тесты, скарификационные, внутрикожные, капельный, аппликационный и др.

Основным методом кожного тестирования при специфической аллергодиагностике является проба уколом (prick – укол) или прик-тесты.

Прик-тесты имеют ряд преимуществ перед другими методами кожного тестирования:

– менее травматичны, – в организм поступает минимальное количество аллергенов.

Скарификационные тесты с аллергенами ставятся в случаях, когда нет возможности использования прик-тестов. Хотя скарификационные тесты отличаются довольно высокой специфичностью, они чаще могут давать ложноположительные результаты.

Аппликационные тесты в основном используются для диагностики контактного дерматита, в частности – АКД. Аллергены при аппликационных тестах применяют в чистом виде или в растворах, в концентрациях, не вызывающих раздражения кожи у здоровых людей.

Показания для применения **аппликационных и капельных тестов**:

– подозрение на очень высокую степень чувствительности;
– диагностика контактного дерматита;
– диагностика профессиональных заболеваний у работников химической и нефтеперерабатывающей промышленности;
– диагностика лекарственной аллергии;
– диагностика пищевой аллергии;
– диагностика фотодерматозов.

Внутрикожные пробы – менее специфичны, чем скарификационные. Применяют их, главным образом, для выявления сенсibilизации к аллергенам бактериального, грибкового происхождения, медикаментами.

В настоящее время в России в/к тесты с инфекционными аллергенами не проводятся, в связи с отсутствием стандартизированных диагностических аллергенов.

Оценка результатов кожных тестов с бытовыми, пылевыми, пищевыми, эпидермальными аллергенами проводится аллергологом-иммунологом.

Противопоказания для проведения кожных проб с аллергенами:

– обострение основного заболевания;
– в период острых интеркуррентных инфекционных заболеваний;
– туберкулёз и ревматизм в период обострения процесса;
– аутоиммунные заболевания (СКВ, склеродермия, дерматомиозит, ревматоидный артрит и др.) в период обострения;
– нервные и психические заболевания в период обострения;
– болезни сердца, печени, почек и системы крови в стадии декомпенсации;
– развитие анафилактического шока при кожном тестировании в анамнезе;
– беременность и период лактации;
– злокачественные новообразования;
– первичные иммунодефицитные состояния;

– возраст до 3-х лет (в виду проблем поведения и беспокойства маленьких детей).

При проведении кожных тестов возможны ложные результаты исследований, связанные с различными причинами.

Интерпретация кожных проб:

Положительные кожные пробы свидетельствуют о наличии IgE антител к определённому аллергену, но не являются индикатором клинической сенсibilизации. Обязательна корреляция между клиникой и результатами кожных проб. На результаты к/проб оказывают влияние антигистаминные и трициклические антидепрессанты.

Провокационные тесты с аллергенами

Провокационные тесты являются достаточно достоверным методом диагностики.

Их используют в случае расхождения данных анамнеза и результатов кожного тестирования.

Противопоказания для проведения провокационных тестов такие же, что и для кожного тестирования.

Провокационные тесты должен ставить только врач аллергологического кабинета.

Провокационные тесты с аллергенами ставят в период ремиссии АЗ.

Для проведения провокационных тестов необходимо обязательно получить информированное согласие пациента.

В зависимости от способа введения аллергена в организм различают следующие провокационные тесты:

используется для диагностики пищевой и лекарственной аллергии, однако данные о его информативности разноречивы и нуждаются в уточнении. При проведении подъязычного теста аллерген наносится на слизистую оболочку подъязычной области.

Ингаляционный тест используют для диагностики бронхиальной астмы, но, в основном, с целью дифференциальной диагностики (бронхиальная астма, обструктивный бронхит и т.п.) только в фазе ремиссии в стационарных условиях.

Провокационный ингаляционный тест с карбахолином используется для подтверждения диагноза бронхиальной астмы.

Провокационный ингаляционный тест с холодным воздухом применяется для исследования неспецифической гиперреактивности бронхов.

Дополнительные методы аллергологического обследования включают тесты для диагностики холодовой аллергии, тепловой аллергии, различных форм крапивницы.

Дункан-тест используют для диагностики холодовой аллергии.

Диагностика аллергических заболеваний

Национальные клинические рекомендации Минздрава России

Таблица
Влияния лекарственных препаратов на результаты кожных проб

ЛП	Степень влияния	Продолжительность (дни)	Клиническое значение
Цетиризин	++++	3-10	Да
Хлорфенирамин	++	1-3	Да
Дезлоратадин	++++	3-10	Да
Эбастин	++++	3-10	Да
Гидроксиэтин	+++	1-10	Да
Левакабастин	Возможно	3-10	Да
Левосетиризин	++++	3-10	Да
Лоратадин	++++	>5	Да
Кетотифен	++++		Да
Меквитазин	++++	3-10	Да
Мизоластин	++++	3-10	Да
Прометазин	++	1-3	Да
H ₂ блокаторы	0 до +	?	Нет
Фенотиазины	++		Да
ГКС системные (КД)	0		Да
Ситемные (продолгов.)	Возможно 0		Да
Ингаляционные	0 до ++		
Топические (кож.)			
Теofilлин	0 до +		Нет
Хромолин	0		Нет
β ₂ -агонисты	0 до +		Нет
Ингаляционные	0 до +		Нет
Оральные, инъекционные	Неизвестно Неизвестно		
Формотерол	+		
Салметерол	++		
Допамин	0		
Клонидин			
Монтелукаст			
АСИТ			

– конъюнктивальный;
– назальный;
– ингаляционный;
– подъязычный;
– оральная (с пищевыми аллергенами).

Назальный провокационный тест применяют для диагностики аллергического ринита, в период ремиссии заболевания. Аллерген наносится на слизистую полости носа.

Конъюнктивальный провокационный тест применяют для диагностики аллергического конъюнктивита. Аллерген наносится на слизистую конъюнктивы.

Подъязычный провокационный тест

Тепловой тест используется для диагностики крапивницы, обусловленной влиянием термических факторов.

Для специфической диагностики лекарственной аллергии используется ТТЕЭЛ in vivo с медикаментами. Для проведения ТТЕЭЛ in vivo с медикаментами необходимо обязательно получить информированное согласие пациента.

К самым сложным и противоречивым проблемам диагностики в практической аллергологии относится верификация лекарственной и пищевой аллергии.

Алгоритм диагностики лекарственной аллергии включает:

1. Объективный анализ анамнеза болезни и жизни, аллергологического, фармакологического и пищевого анамнеза.

2. Объективный анализ клинических проявлений реакции и результатов обследования больного.

3. Аллергологическое тестирование с медикаментами.

Аллергологическое тестирование с медикаментами включает кожное тестирование, провокационные тесты и тесты in vitro.

Кожные тесты (капельный, аппликационный, прик-тест, скарификационный, внутрикожный). Кожные тесты с медикаментами может ставить только врач аллерголог-иммунолог. Стандартные лекарственные аллергены для кожного тестирования отсутствуют. Кожные тесты с лекарственными препаратами не получили широкого распространения ввиду отсутствия достаточной специфичности, информативности и высокой опасности.

Кроме того, кожные тесты можно проводить только с ограниченным числом медикаментов, в связи с особенностями

их химического строения и свойств, лимитирующих их использование в диагностике (местно-раздражающий, токсический эффекты и др.). Также аллергия может развиваться не на цельный медикамент, а на продукты биотрансформации лекарственного средства после поступления его в организм.

Достоверность и специфичность кожных тестов низкая (50-60%).

При проведении кожных тестов с медикаментами необходимо обязательно получить информированное согласие пациента на проведение тестов.

Провокационные тесты с медикаментами: ингаляционные, подъязычные, ТТЕЭЛ in vivo по А.Д.Адо, пероральный и др. тесты применяются по строгим показаниям, использование их небезопасно, проводятся эти тесты только врачом-аллергологом в условиях аллергологического стационара, на базе многопрофильной больницы и в условиях, приближенных к реанимации. Достоверность и специфичность провокационных тестов также, как кожных тестов, низкая (50-60%).

Провокационные тесты должны проводиться только в стадии ремиссии после коррекции сопутствующей патологии.

Другие лабораторные методы диагностики лекарственной аллергии

В острый период развития реакции можно провести определение уровня гистамина и триптазы -β в крови. При этом необходимо учитывать, что уровень гистамина необходимо определять через 15-60 минут от начала развития реакции, а уровень триптазы через 15 минут до 3 часов от момента развития реакции, но не позже 6 часов после начала реакции.

Однако повышенный уровень гистамина и триптазы отмечается не только при истинных аллергических реакциях, но и при неаллергической гиперчувствительности (псевдоаллергия), а также при инфаркте миокарда, травмах и других состояниях.

Особенности диагностики пищевой аллергии

Основной проблемой в клинической практике является гипо- и гипердиагностика пищевой аллергии, вследствие ошибочной интерпретации связи развития клинических симптомов непереносимости после употребления пищи с аллергией. Такая ошибка приводит к необоснованной элиминации пищевых продуктов, нарушению соотношения объема пищи и пищевых ингредиентов возрасту, массе тела, сопутствующим заболеваниям, энергетическим затратам, приводящим к обменным нарушениям и вытекающим отсюда негативным последствиям.

Реальная распространённость ПА составляет: 2-4% – в общей популяции (взрослые и дети). Среди детей ПА страдают около 10%, среди взрослых ≈ 2% в общей популяции.

Причины ложных результатов кожных тестов

Причины ложноотрицательных результатов кожных тестов	Причины ложноположительных результатов кожных тестов
Инактивация аллергена в связи с неправильным хранением	Загрязнение аллергена посторонними примесями, при неправильном их хранении
Использование аллергенов с истекшим сроком годности	Нарушение техники проведения кожного тестирования
Нарушение техники проведения кожного тестирования	Уртикарный дермографизм
Снижение реактивности кожи (дети до 1 года, лица пожилого и старческого возраста, при заболеваниях нейроэндокринной системы)	
Период рефрактерности (3-4 недели) после острой аллергической реакции, т.к. в этот период пробы могут оказаться отрицательными за счёт истощения кожно-сенсibiliзирующих антител	
Период лечения стероидными гормонами, бронхоспазмолитическими средствами и антигистаминными препаратами (эти медикаменты могут снижать кожную чувствительность)	

Таблица

специфических IgE, IgG4 (инсулины, пенициллины, цефалоспорины, миорелаксанты).
 4. Иммуноферментный анализ для определения специфических IgE и IgG.
 5. Определение уровня медиаторов немедленной гиперчувствительности (гистамин, триптаза, ИЛ-5) с помощью моноклональных АТ.
 6. Исследование антителозависимых реакций.
 7. Реакция пассивной гемагглютинации (антибиотики).
 8. Реакция преципитации (НПВП, барбитураты, стрептомицин).
 9. Тест агглютинации тромбоцитов.
 10. Реакция связывания комплемента.
Антителонезависимые реакции
 1. Тест трансформации лимфоцитов.
 2. Реакция торможения миграции лейкоцитов.
 3. Тест аллергической альтерации лейкоцитов.
 4. Исследование лейкотриенов в супернатантах клеточных культур, активированных медикаментом.
 Иммунохимические реакции:
 ● Микротепловой метод (иммунотермометрия), информативен при иммунокомплексных реакциях.
 ● Исследование ионного градиента – изменение сывороточной и внутриклеточной концентрации ионов K⁺ и Ca⁺ после инкубации крови с лекарством (при непереносимости НПВП).
 ● Люминолзависимая хемилюминесценция периферической крови (при непереносимости НПВП).

IgG в ИФА. IgG к пищевым аллергенам не пригоден для диагностики аллергии.
 VEGA-тестирование (электродермальное тестирование) метод Фоля (Voll) – измерение электромагнитной проводимости в организме (падение проводимости или «нарушено считывание») указывают на аллергию (Дерматрон, Best, Квантум или Listen Systems). Метод Фоля (VEGA) не обладает воспроизводимостью и лишён диагностической точности.
 Анализ волос и тестирование аллергии. Аурикулокардиальный рефлекс и т.д. и т.п. Все выше перечисленные «тесты» не должны использоваться в диагностике аллергии, как патогенетически не обоснованные и не информативные.
 Необходимо представлять, что использование недоказанных тестов увеличивает неоправданные затраты на аллергологическую диагностику и является причиной назначения неадекватной терапии и ухудшения прогноза АЗ.
 Таким образом, ключевые позиции диагноза аллергии:
 ● Аллергологический анамнез, подтверждающий роль аллергенов в проявлении симптомов заболевания; физикальное обследование выявляющее симптомы типичных аллергических заболеваний
 ● При подозрении на аллергическую природу заболевания обязательное подтверждение диагноза аллергии с помощью кожных тестов или обнаружения аллерген-специфического IgE
 ● Первичным подтверждающим тестом для диагноза аллергии остаются кожные

Алгоритм диагностики ПА

1. **Объективный анализ анамнеза** болезни и жизни, аллергологического, пищевого и фармакологического анамнеза.
 2. **Объективный анализ клинических проявлений** реакции и результатов обследования больного. Связь развития реакции с приёмом конкретного пищевого продукта должна быть доказана.
 3. **Объективный анализ пищевого дневника**

рекомбинантные алергокомпоненты, иммуномодуляторы на твёрдой фазе (биочип). Аллерген-ассоциированные IgE-антитела детектируют через связывание с вторичными флуоресцентно мечеными анти-IgE-антителами.
 Многие биологические источники со-

4. Аллергологическое тестирование с пищевыми аллергенами:

Кожные тесты (апликационный, прик-тест, прик-прик (prick-to-prick) тест, патч-тесты с пищевыми аллергенами).
Провокационные тесты с пищевыми аллергенами.

Золотым стандартом диагностики пищевой аллергии являются оральные пищевые провокации с двойным слепым плацебо контролем – ОППДСПК.

Методы диагностики АЗ in vitro
Преимущества диагностических методов «in vitro»:

- безопасность для больного;
- информативность;
- возможность проведения исследования в случае, когда больной находится от аллерголога на большом расстоянии и доставлена лишь сыворотка больного;
- малое количество крови, необходимое для исследования.

Основные показания для назначения лабораторных методов аллергодиагностики:

- ранний детский возраст;
- пациенты с высокой степенью сенсibiliзации;
- непрерывно рецидивирующее течение заболевания без периодов ремиссии;
- невозможность отмены антигистаминных и других препаратов;
- поливалентная сенсibiliзация, когда нет возможности провести тестирование in vivo сразу со всеми предполагаемыми аллергенами в ограниченные сроки обследования;
- изменённая реактивность кожи (например, у пожилых);
- ложноположительный или ложноотрицательный результат при кожном тестировании;
- уртикарный дермографизм.

Среди тестов in vitro для диагностики АЗ в настоящее время используются различные методы, направленные на регистрацию аллерген-специфических IgE-антител с использованием различных методов, используются также:

- реакция специфического высвобождения гистамина из базофилов периферической крови больного (по P.Scov, S.Norne, B.Weeke);
- определение уровня триптазы и др.

В последние годы к наиболее современным и информативным относятся молекулярные методы аллергодиагностики: ИХЛ на иммунном твердофазном алергочипе ISAC.

ИХЛ на иммунном твердофазном алергочипе ISAC основан на ультрасовременной технологии биочипов «Аллергочип ImmunoCAP» – это миниатюрная платформа для иммунологического анализа, предназначенная для измерения специфических IgE-антител более чем к сотне алергокомпонентов одновременно.

При создании «Аллергочипа» используются сверхточные нанотехнологии и применяются очищенные природные или

Тесты на наличие аллергенной сенсibiliзации и идентификации подозрительных аллергенов

Цель выявления	Принцип тестирования	Базовая технология	Главная тест-система
Наличие сенсibiliзации к специфическому аллергену	Реакции IgE/IgA/IgG антител с аллергенами из одного аллергенного источника или с единственным аллергенным компонентом	Различные способы с использованием плотной фазы для связывания аллерген-специфических антител и выявление с помощью анти-IgE/IgA/IgG реагентов	UniCAP ELISA Иммуноблотт Аллерген-microarray
Наличие медиаторов воспаления из различных эффекторных клеток	Гистамин из базофилов/ тучных клеток Триптаза тучных клеток Лейкотриены и простагландины Медиаторы эозинофилов (ЭКП) Медиаторы лимфоцитов (цитокины)	Плотная фаза с прикреплением антитела и меченых антимедиаторных агентов	UniCAP UniCAP ELISA UniCAP ELISA
Клеточный иммунный ответ	Пролиферация Т-клеток	Культивация клеток со специфической аллерген/ антигенной стимуляцией; анализ пролиферации клеток Активация базофилов	Культура тканей CAST, проточная цитометрия

держат высокоактивные перекрёстно-реагирующие алергокомпоненты, например профилин, который представлен с широкой вариабельностью в пыльце растений и растительных пищевых продуктах.

Значение уровня общего IgE для диагностики аллергических заболеваний.

Исторически сложилось мнение, что для диагностики АЗ, в первую очередь определяется общий IgE, но общий IgE имеет различные нормальные колебания, зависящие от возраста, места жительства, характера питания и др., а его уровень не обязательно коррелирует с наличием аллергии или другими иммунными дисфункциями.

Уровень общего IgE может увеличиваться, кроме АЗ, при многих других болезнях:

- вирусные, лекарственные, радиационные и обусловленные другими факторами гепатиты;
 - паразитарные заболевания;
 - иммунная недостаточность;
 - генетические факторы (высокий и низкий уровень IgE) и многие другие.
- Кроме того, низкий уровень общего IgE не исключает аллергию, как при моно-, так и полисенсibiliзации пациентов.

На основании результатов общего IgE аллергия не диагностируется, но он может быть полезным для окончательного клинического заключения.

Для диагностики АЗ не рекомендуется использование методов, направленных на выявление IgG – антител, в виду их неинформативности.

Лабораторные тесты in vitro с медикаментами

Методы in vitro, используемые для диагностики лекарственной аллергии.

Антител-зависимые реакции

1. Базофильный тест Шелли и его модификации.
2. Реакция дегрануляции тучных клеток по методу Schwartz.
3. Радиоиммунный метод определения

Однако, все эти методы имеют ограниченное применение, в виду не доказанной информативности, больших финансовых затрат на их проведение, необходимости содержания лабораторий и высококвалифицированных, обученных сотрудников на базе крупных институтов и недоступных для практического здравоохранения и др.

Альтернативные методы диагностики аллергических заболеваний

Иногда врачи первичного звена для диагностики аллергии используют альтернативные методы диагностики, такие как:

Лейкоцитотоксический тест (тест Bryan) 1960 г., (лейкоциты + подозреваемый аллерген – набухание) – отсутствует диагностическая точность.

Аллергологический тест на выявление

пробы (прик-тест) – быстрый, безопасный, минимально инвазивный, чувствительный, чётко коррелирующий с бронхиальной и назальной провокацией метод

- Альтернативой кожным пробам может быть определение аллергенспецифических IgE в сыворотке

● К.пробы и/или IgE являются необходимым дополнением к анамнезу и физикальному обследованию при постановке диагноза аллергического заболевания

- В некоторых случаях для подтверждения сенсibiliзации требуются провокационные тесты.

Под редакцией главного аллерголога-иммунолога Минздрава России, академика РАН Рахима ХАИТОВА.

Список сокращений

- AB – аллергическое воспаление
- АГ – антиген
- АЗ – аллергические заболевания
- АКД – аллергический контактный дерматит
- АР – аллергический ринит
- АСИТ – аллерген-специфическая иммунотерапия
- АТ – антитело
- АтД – атопический дерматит
- БА – бронхиальная астма
- БАВ – биологически активные вещества
- ЖЕЛ – жизненная ёмкость лёгких
- ИА – инсектная аллергия
- ИДС – иммунодефицитное состояние
- КПТ – кожные прик-тесты
- КР – клинические рекомендации
- ЛА – лекарственная аллергия
- ОФВ1 – форсированный выдох за секунду
- ПА – пищевая аллергия
- ПАР – неаллергическая гиперчувствительность
- РААКИ – Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов
- РЗ – респираторные заболевания,
- ТТЕЭЛ – тест торможения естественной эмиграции лейкоцитов (с медикаментами)
- ФВД – функция внешнего дыхания
- ХРК – хроническая рецидивирующая крапивница
- ЕААЦИ – Академия аллергии и клинической иммунологии.

Всё имеет своё начало. Путь в профессию – тем более. И дорога к успеху и признанию труда и сил, отданных делу, которому посвятил многие годы, тоже имеет свои истоки. О том, как начинался путь в медицину заслуженного врача России, анестезиолога-реаниматолога, заведующего отделением реанимации и интенсивной терапии Омской больницы скорой медицинской помощи № 1 Андрея Глущенко, и по каким ступеням прошёл он эту «дистанцию» длиною в 30 лет, и как идёт сейчас – рассказ ниже.

Продолжатель династии

Как и многие его коллеги, клинические врачи, он предпочитает заниматься делом в тишине. Видимо, сказывается специфика работы: ведь чаще всего ему приходится общаться с пациентами, которые «спят» под наркозом, находясь на грани жизни и смерти. И всё же он согласился на встречу, которую обозначим тремя словами: «о медицине, больнице и профессии».

Как считает сам Глущенко, его путь в здравоохранение был предопределён. Хотя многие педагоги прочили ему, выпускнику престижной городской школы с физико-математическим уклоном, карьеру «технаря». Однако...

«В нашей родне была династия врачей, по материнской линии», – поясняет он. – Моя матушка, Анна Георгиевна, 40 лет отдала профессии. Одна тётя была врачом, другая – фельдшером. Старший брат Евгений после института стал врачом-патологоанатомом, работал в Москве, сейчас – за границей. Впрочем, и по отцовской линии лекари были: прадед-фармацевт. Наверное, его-то и можно считать родоначальником нашей династии...

Так Андрей Глущенко, мечтавший лечить от хвори и боли ребятишек, оказался студентом педиатрического факультета Омского государственного медицинского института.

Теория и практика

После окончания вуза, где он нашёл свою «вторую половинку», Глущенко с супругой Ириной, тоже педиатром (сейчас она – заведующая консультативно-диагностической поликлиникой городского перинатального центра), несмотря на возможность остаться в миллионном Омске, отправились по распределению в соседнюю Курганскую область. В центральной больнице Петухово, городка «районного масштаба», они отработали 4 года, пережив все бытовые трудности и неудобства. Поначалу молодые врачи перебивались в гостинице, оплачивая проживание из своего кармана, потом в общежитии и лишь через 2,5 года переехали в однокомнатную ведомственную квартиру. Удивительно конечно, но их «любовная» лодка не раз-

билась о быт. Может потому, что приходилось много трудиться, днём и ночевать на работе...

«После окончания вуза нам, вчерашним студентам, приходилось работать по всем специальностям, – продолжает он, – начиная от педиатра и заканчивая патологоанатомом. Признаюсь, я благодарен судьбе, что тогда, без малого 30 лет назад, всё сложилось так, как сложилось. Уверен, каждый доктор должен отработать самостоятельно в обычных, а не «тепличных» усло-

судбно-медицинским экспертом в Бюро судебной экспертизы, в роддоме, в инфекционном отделении...

«Да-да, был врачом широкого профиля, – смеётся собеседник, – и всё же постоянно думал о специальности анестезиолога-реаниматолога».

Десять лет проработал Андрей Викторovich в реанимации ожогового отделения, а потом руководство клиники предложило ему возглавить отделение реанимации и интенсивной те-

тывая непростую экономическую ситуацию. Укомплектованность врачами 36%, медсёстрами – около 60%, младшего медицинского персонала – половина от потребности...

«Увы, молодые врачи не идут в нашу специальность. К сожалению, анестезиолог по уровню оплаты труда стал терапевтом, хотя тот руками практически ничего не делает, тяжёлыми больными не занимается, но зарплата практически одинакова.

Вся надежда, по словам заве-

дательных учреждений Российской Федерации и используются на практике в омских клиниках. С 2010 г. Андрей Викторovich – главный внештатный анестезиолог-реаниматолог города, а с августа 2013-го – главный внештатный специалист по анестезиологии и реаниматологии в области акушерства и гинекологии Прииртышья... Кроме того, кандидат медицинских наук Глущенко преподаёт на родной кафедре в медуниверситете Омска несколько дисциплин.

Наша коллегия

Ступени доктора Андрея Глущенко

Он уверенно шагает по ним, возвращая к жизни своих земляков



Андрей Глущенко в реанимационной палате

виях. Увидеть и ощутить реалии жизни без прикрас и лакировки. Потому что, когда приезжаешь на такую периферию и остаёшься, что называется, один на один с больными, то поневоле приходится отработать навыки, закреплять знания, полученные на лекциях и семинарах, вспоминать всё, чему учили профессора в институте и, конечно, самообразовываться.

«Узкая» специальность

Понятно, что, вернувшись в Омск, Глущенко не сразу попал в анестезиологи-реаниматологи. Какое-то время продолжал работать педиатром, потом приходилось работать лор-врачом,

рапии – единственное структурное подразделение среди ЛПУ области, где оказывают помощь пациентам с острой почечной недостаточностью (включая острый гемодиализ), пациенткам с гнойно-септическими осложнениями дородового и послеродового периода, а также больным с политравмами. И он согласился, хотя из шести реанимационных отделений БСМП-1 оно – самое большое и по площади и по числу коек – их здесь 24 (обычно в реанимациях 5-10 мест).

Вместе с коллективом

Управлять коллективом, в котором трудится почти 100 человек, непросто. Вдвойне сложно, учи-

дующего отделением, на костяк, который остался, на нём всё держится. Это врачи, работающие в отделении уже по 10, 15, 20 лет.

Новые взгляды

Он и сам лишь совсем недавно отказался от ночных дежурств. Хватает организаторской, научной и внештатной работы. Есть ли от неё отдача? Это как и в каких параметрах её оценивать... В региональном Минздраве отметили, что за время его руководства отделением смертность у пациентов с острой почечной недостаточностью и пациенток с гнойно-септическими осложнениями дородового и послеродового периода значительно снизилась, а с 2011 г. летальных случаев и вовсе не регистрировалось. Врач высшей квалификационной категории Андрей Глущенко внедрял в практику несколько новых методов. Например, им разработаны методические рекомендации по диагностике и лечению ожоговой травмы, применяемые и в настоящее время в лечебных учреждениях Омска. В 2008 г. его рационализаторское предложение «Способ диагностики сепсиса у пациенток с деструктивным пиелонефритом с помощью прокальцитонина» стало использоваться на практике, что позволило сократить сроки дооперативного лечения с 12 до одних суток и своевременно оперировать данную группу пациентов.

Им были разработаны методические рекомендации «Метод профилактики панкреонекроза при остром панкреатите», которые были включены в учебные программы медицинских образо-

И сегодня ему нередко приходится в качестве эксперта, «профи» в своём деле, выезжать по неотложным и проблемным ситуациям в больничные стационары и родильные дома. Только за последнее время на счету Глущенко несколько тысяч консультаций и более 200 выездов в другие лечебные учреждения.

Риск и призвание

«Общественные нагрузки, должности, регалии – всё это, конечно, важно, но и раньше, и теперь моё рабочее место у кровати больного, – не преминул подчеркнуть Андрей Викторovich. – Мы как раз и отличаемся от терапевтов тем, что управляем жизненно важными органами, а это – архисложно... Пациент находится, что называется, на грани, поскольку надо отключить дыхание и заместить его искусственным. Наша работа, несмотря на то, что мы погружаем пациента в мир снов, где нет боли, сопряжена с огромным риском. Всегда нужно быть готовым к неожиданному повороту событий и действовать во внештатной ситуации молниеносно, к тому же никто не отменял осложнения анестезии. Я рад, что чаще всего у нас всё заканчивается хорошо. И главная наша награда в том, что удалось вывести человека из «пограничного» состояния, отвести от него смертельную опасность. Поверьте, ради этого стоит работать, не считаясь ни со временем, ни с усталостью!»

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Угроза

За первую половину нынешнего года количество случаев внебольничной пневмонии в Москве увеличилось на 27%. Значительно возросла смертность от этого заболевания.

«За 6 месяцев 2016 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года среди населения города отмечен рост заболеваемости внебольничными пневмониями на 27%, в том числе пневмониями пневмококковой этиологии в 1,9 раза. Показатели смертности от внебольничной пневмонии выросли в 1,5 раза,

Пневмония беспокоит столицу

летальности – в 2 раза», – говорится в постановлении главного санитарного врача Департамента здравоохранения Москвы Елены Андреевой о проведении профилактических прививок отдельным группам граждан против пневмококковой инфекции.

«Внутригодовая динамика внебольничных пневмоний имеет выраженную осенне-зимне-весеннюю сезонность», – отмечает

Андреева. Согласно документу, наибольшее количество заболевших составляют граждане старше 40 лет, страдающие хроническими заболеваниями (сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания почек, хроническая обструктивная болезнь лёгких и др.).

В связи с этим Е.Андреева рекомендовала правительству и Департаменту здравоохранения

Москвы определить количество граждан старше 40 лет, страдающих хроническими заболеваниями, приобрести, соответственно с этим, необходимое количество вакцин против пневмококковой инфекции и организовать для них проведение профилактических прививок в период проведения массовой вакцинации против гриппа. «Контроль исполнения настоящего постановления остав-

ляю за собой», – отметила она.

Что характерно, в феврале минувшего года сообщалось о том, что массовая вакцинация от пневмококковой инфекции привела к снижению заболеваемости россиян в целом на 13,5%, а среди подростков – на 17,9%.

Яков ЯНОВСКИЙ.

МИА Сити!

Москва.

Новые подходы

Билет в будущее высоких технологий

Его получили молодые учёные – участники программы «Формула БИОТЕХ 2016»

Развитие инноваций в области биомедицины и, в целом, в сфере биотехнологий невозможно без взаимодействия между наукой и практикой. В России отсутствие подобных взаимосвязей является слабым звеном: многие перспективные научные разработки так и остаются на стадии идеи, не получая практического воплощения в готовом продукте, востребованном рынком. Восполнить этот пробел, создать условия для плодотворного сотрудничества молодых учёных и предпринимателей – именно эта задача была положена в основу акселерационной программы «Формула БИОТЕХ 2016» Научного парка Московского государственного университета им. М.В.Ломоносова. В рамках демо-дня, состоявшегося на площадке МГУ, участники программы впервые представили прототипы своих инновационных разработок.

Мне не больно

– Программа работает с 2004 г., и она постоянно трансформируется. Первоначально это была стандартная модель: к нам приходили молодые учёные с идеями для развития стартапов и во время программы мы им помогали довести её до работающего бизнес-плана, – рассказывает генеральный директор Научного парка МГУ Олег Мовсеян. – В этом году она полностью поменяла формат. Сначала были сформулированы конкретные задачи от наших индустриальных партнёров – профильных ведущих технологических компаний, а уже затем для работы над их решениями было сформировано более 20 проектных групп из молодых инженеров и учёных. Из 500 претендентов мы отобрали 180 наиболее энергичных и целеустремлённых ребят – выпускников, аспирантов и старшекурсников 25 вузов страны (в том числе МГУ, МФТИ и МГТУ им. Н.Э.Баумана).

Подготовка программы началась в ноябре 2015 г., а в феврале 2016 г. стартовала работа по акселерации проектов. За 5 месяцев работы команды с нуля создали прототипы инновационных продуктов актуальных для рынка биотехнологий и призванных помогать людям в таких областях как биомедицина, медицинское приборостроение, агротехнологии, спортивная и здоровое питание, косметика. Для участия в демо-дне из 24 команд были выбраны 16 проектов. Выступления молодых учёных не ограничились презентациями, все разработки можно было потрогать, попробовать, выпить и даже испытать на себе.

Большой ажиотаж, причём как в женской, так и в мужской части аудитории, вызвал проект по безболезненной эпиляции. От добровольцев не было отбоя, но выбор пал на мужчину средних лет в рубашке с короткими рукавами. Ему нанесли средство на руку и прикрыли салфеткой. Через некоторое время, понаблюдав, чтобы гель застыл, под напряжённым вниманием аудитории её с лёгкостью оторвала хрупкая девушка-косметолог. «Совсем не больно», – вынес свой вердикт мужчина. На его руке, покрытой густой растительностью, розовым прямоугольником сияла идеально гладкая кожа.

Как потом пояснили разработчики проекта, безболезненный эффект достигается благодаря уникальному составу геля, в основе которого активный компонент природного происхождения, удаляющий связь между волосом и его основанием. Это позволяет «вытаскивать» незакреплённый волос, а не выдёргивать его, как в традиционных методах биоэпиляции.

Участникам мероприятия также предложили попробовать напиток цвета мяты (протеиновый коктейль с высоким содержанием белка, полученный по оригинальной технологии из концентрата подсолнечника). Этот продукт разработан



Команда «Формулы БИОТЕХ 2016»

для спортсменов-профессионалов и всех тех, кто преридерживается здорового образа жизни. Другая перспективная разработка в области здорового питания – полезные диетические продукты из морских водорослей. В составе этого продукта большое количество макро- и микроэлементов, витаминов и минералов. Его создатели уверены, что он станет хорошей и правильной альтернативой мучным изделиям и подойдёт людям, следящим за своим питанием и соблюдающим диету.

Без таблеток и инъекций

Но, пожалуй, больше всего среди представленных проектов было разработок, имеющих непосредственное отношение к медицине. Команда выпускников факультета биомедицинской техники Московского государственного технического университета им. Н.Э.Баумана и биологического факультета МГУ представила разработку для лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата – систему для трансдермального переноса лекарственных средств. С её помощью пациенты могут эффективно лечиться без приёма таблеток и болезненных инъекций.

Особенность системы в комбинированном методе введения лекарственных средств.

– Доставка веществ осуществляется через кожу при помощи электрического тока, ультразвука и механического воздействия, – рассказал лидер проекта, выпускник Бауманки Андрей Блинов. – Устройство позволяет проникать в ткани и, соответственно, доставлять лекарство глубже, чем имеющиеся аналоги. Благодаря этой особенности, можно не только снимать мышечные боли, но эффективно лечить их первопричину – грыжи позвоночных дисков, остеохондроз.

Кроме того, устройство обладает ещё одной уникальной характеристикой, а именно – позволяет менять силу входных воздействий. За счёт этого с помощью одного и того же аппарата можно воздействовать на разные виды биологической ткани: мышцы, кости, сосуды, межпозвоночные диски по отдельности. Как пояснили авторы проекта, продолжительность прикладывания манипуляторов с составом лекарственной смеси будет различна для каждой методики и составит не более 20 минут за про-

цедуру. Уже осенью первый такой аппарат появится в поликлинике Российского государственного университета физической культуры, спорта, молодёжи и туризма.

Команда выпускников химического факультета МГУ и Московского государственного университета тонких химических технологий им. М.В.Ломоносова (МИТХТ) работала над созданием фильтрующего материала с антимикробной активностью. «Слабым звеном» традиционных масок и респираторов является низкая фильтрующая способность. Они не могут защитить даже от частиц пыли, не говоря о вирусах, размеры которых в десятки меньше. Более качественные аналоги, содержащие материалы типа ФП (фильтры Петрянова) или мелтблаун – полимерный барьерный материал, могут справиться с этой проблемой, но их эффективность со временем неизбежно падает.

Молодые учёные разработали оригинальную технологию, позволяющую получить нетканый

дополнительным преимуществом при его использовании в медицинской одежде и масках.

«Вторая кожа»

Ещё одна интересная разработка – золь-гель: средство для обработки ран, порезов, ссадин и других повреждений кожи. В основе геля или, как его ещё называют, «второй кожи» – хитозан, аминокполисахарид, обладающий адсорбирующими и ранозаживляющими свойствами.

Действие геля один из его разработчиков Александра Макарова продемонстрировала на себе, попутно поясняя, как он работает. У неё в руках прототип геля – маленький мешочек с прозрачным содержимым, разделённый на 2 камеры обычной заколкой-невидимкой. «Снимаем зажим и перемешиваем два геля в течение 2-3 минут. Полученную массу наносим на рану». Через несколько минут гель застывает на её ладони, превращаясь в плотную гелевую подушечку.



А.Макарова демонстрирует действие золь-геля

материал нового поколения. Он представляет собой комбинацию слоёв мелтблауна и полипропиленовых нановолокон. По словам автора идеи, аспиранта МИТХТ Альберта Фалева, такое сочетание поможет улавливать мельчайшие частицы в 1 мкм, обеспечивая 99% эффективность – в 2 раза больше, чем у имеющихся аналогов. Антибактериальный эффект достигается за счёт введения в материал антисептиков, убивающих вирусы и бактерии. Ещё одно положительное свойство материала – он обладает высокой воздухопроницаемостью и не пропускает влагу, что является

Такая «заплатка» не только надёжно фиксируется, защищая рану, но и активно лечит кожу, заживляя её. На сегодняшний день у этого средства нет аналогов, которые бы гелировали также быстро на ране. Существующие гидрогелевые раневые повязки и средства на основе хитозана тяжёлые и, соответственно, хуже моделируются на ране.

Разработчики геля готовят заявку на патент и, в дальнейшем, планируют использовать своё изобретение также в косметологии как маску для восстановления после косметических процедур. Кроме

того, на основе тех же компонентов они создали специальные гели для пилинга и лифтинга, а также лечебная пародонтоза и глубоких ран.

Большим, проходящим реабилитацию после инсульта, адресован проект «Музыка мозга». Этот метод основан на прослушивании музыки, полученной путём преобразования биоэлектрической активности мозга (электроэнцефалограммы) пациента. В настоящее время он применяется для лечения больных с неврологическими и психическими заболеваниями, а также для повышения адаптации здоровых людей. На основании данных, полученных в ходе исследования, по специальному алгоритму разрабатывается мелодия. Полученная музыка, а также рекомендации по её прослушиванию отправляются пациенту на электронную почту. Как пояснила лидер проекта Ольга Крупицкая, в рамках акселерационной программы разработана специальная технология, направленная на восстановление человека, перенёвшего острое нарушение мозгового кровообращения. В дальнейшем, её разработчики планируют сотрудничать с реабилитационными центрами и патронажными службами, осуществляющими уход за больными, перенёвшими инсульт.

За происходящим с интересом следили гости мероприятия, в том числе представители технопарков столицы. Они отметили высокий уровень представленных проектов и предложили расширить спектр направлений будущих акселерационных программ. Некоторым из участников программы технопарки готовы уже сегодня предоставить свои площадки для дальнейшего развития и реализации своих проектов.

По мнению руководителя Департамента науки, промышленной политики и предпринимательства Москвы Олега Бочарова, без подобных проектов связь науки, кадров и рынка невозможна. «Для нас всех очень важно, чтобы формат «Формулы БИОТЕХ 2016» был масштабируемым. Если мы в разных высокотехнологичных отраслях начнём развивать подобные конкурсы, где смогут участвовать тысячи молодых людей и итогом будет развитие новых компаний и новых осваиваемых технологий, то такая работа имеет смысл. Это означает, что у страны есть будущее», – сказал О.Бочаров.

В свою очередь, директор Агентства инноваций Москвы Алексей Парабучев подчеркнул, что необходимо тиражировать программу, вовлекая в неё новых участников, которые, как и Научный парк МГУ, будут развивать свои команды в партнёрстве с индустриальными игроками. «Окончание программы – это её старт. Тот потенциал, который вы накопили за время участия в программе – билет в будущее высоких технологий, открывающий новые возможности в достижении тех целей, которые вы себе поставили», – напутствовал он молодых учёных.

Эти слова стали хорошим финальным аккордом образовательной части акселерационной программы. Но на этом она не заканчивается, работа над проектами продолжается. Финал программы «Формула БИОТЕХ 2016» состоится в сентябре.

Ирина СТЕПАНОВА,
корр. «МГ».

Данные статистики и результаты последних опросов свидетельствуют о том, что россияне стали экономить на лекарствах. Подобное явление зафиксировано впервые в новейшей истории страны, раньше даже в кризис спрос на лекарства рос. С такой грустной ноты начал своё выступление директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы, член координационного совета по лекарственным средствам при Минздраве России Давид Мелик-Гусейнов на «круглом столе» «Что подешевеет в российских аптеках?». Поводом для обсуждения стало недавнее поручение Президента РФ Владимира Путина губернаторам взять под контроль уровень цен на лекарства в регионах.

Выше и выше

За прошедшие полгода натуральный объём потребляемых медикаментов снизился на 4,5%. Виной тому – рост цен на лекарства, у людей элементарно не хватает денег уже на самое необходимое. С начала года цены на препараты, не входящие в Перечень ЖНВЛП, выросли на 8%. Вместе с тем, из аптек исчезают жизненно-необходимые и важнейшие лекарственные препараты стоимостью до 50 руб. – их производство становится нерентабельным.

– Это дешёвые медикаменты, которые стало невыгодно продавать, себестоимость их уже несколько выше, чем зафиксированная розничная цена в аптеке, – пояснил эксперт. – Поэтому очень много сегодня вопросов и со стороны пациентов, и со стороны регуляторов, но, на мой взгляд, решение здесь единственное – сделать их бесплатными и все расчёты с производителями осуществлять с участием страховых и бюджетных фондов.

Нужны как воздух

Перед уходом на летние каникулы Госдума РФ приняла в первом чтении законопроект, ужесточающий наказание аптек за превышение розничных надбавок на лекарства из Перечня ЖНВЛП. Вместе с тем, как считает первый заместитель председателя Госдумы РФ по бюджету и налогам Александр Тарвинский, эта мера носит косметический характер и не способна существенно повлиять на ситуацию с ростом цен на медикаменты.

Задача государства не просто удерживать цены на лекарства, но и снижать их. «Нужно понимать, что лекарства из списка ЖНВЛП – это не предметы роскоши, а препараты первой необходимости, которые нужны людям как пища или воздух. Государство должно быть ответственным за эту сферу, поэтому я разделяю мнение о том, что такие лекарства должны быть бесплатными. Как минимум – цена на них должна быть снижена, – уверен депутат. Он отметил, что эта мера поможет огромному числу жителей страны, особенно в регионах, где средняя зарплата, как правило, не превышает 15-20 тыс. руб.

В перспективе, для того чтобы максимально снизить цены на лекарства, необходимо развивать конкурентную среду в данной сфере, а также оказывать государственную финансовую поддержку предприятиям, выполняющим эту важную социальную функцию. Кроме того, по словам парламентария, действенной мерой в этом плане

Проблемы и решения

Дешевле только даром

Эксперты предлагают сделать бесплатными лекарства нижнего ценового сегмента

может стать развитие фармпроизводств с государственной формой собственности.

Рыночный базар

По мнению академика РАН Сергея Колесникова, основная причина невыполнения президентского поручения в регионах заключается в том, что в критерии работы губернаторов не входят показатели обеспечения здравоохранения.

– Сколько можно нашим губернаторам и мэрам играть в детскую игру кубики: ремонтировать ливневые стоки, выкладывать плиткой тротуары вместо того чтобы как во всём цивилизованном мире делать вложения в человеческий капитал: образование и здравоохранение? – задаётся вопросом академик.

Если не урегулировать ситуацию с ценообразованием на фармрынке, лекарства и дальше будут дорожать, считает С. Колесников. Эта проблема актуальна не только для России, но и других стран мира. Для нашей страны она усугубляется отсутствием собственного производства фармсредств, ростом расходов на коммунальные услуги и рядом других объективных экономических факторов. «Заморозить цены, значит, остановить индустрию», – резюмировал академик.

Нельзя забывать, что главная задача государства – обеспечить людей лекарствами, напомнил заместитель председателя формулярного комитета Павел Воробьёв. И денег для этого «более чем достаточно».

– Сегодня в рамках программы «Семь нозологий» наши больные на высочайшем европейском уровне обеспечиваются лекарствами. За несколько лет удалось снизить в два и более раз цены на эти препараты, и теперь денег хватает

на гораздо большее количество людей, – констатировал эксперт. – Мы покупаем оборудование, которое никто не может купить в мире. Но при этом не можем обеспечить необходимыми лекарствами онкобольных и других тяжёлых пациентов вне госпрограмм. У нас нет лекарственного обеспечения, как во всём цивилизованном мире, а есть базар, на котором продаются лекарства.

потребления, то масштабы роста цен на медикаменты ниже, чем в других сегментах.

В свою очередь, член Общественной палаты РФ Павел Сычёв выразил сомнение, что Минздрав и главы субъектов могут контролировать цены на лекарства. Для того чтобы понять реальную картину с ценообразованием, необходимо привлечь не только чиновников, но и общественные

Контроль и порядок

Не стоит сгущать краски, считает исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей (РААС) Нелли Игнатъева. «Почему мы едем медленно? Потому что все хотят быстро», – процитировала она слова из интермедии Аркадия Райкина. По данным эксперта, в настоящее время 67% препаратов в Перечне ЖНВЛП производятся на локальном рынке. Это означает, что тот целевой показатель, который был заложен в программу по развитию фармацевтической и медицинской промышленности выполнен на год раньше срока, уточнила Н. Игнатъева.

По её словам, ещё в 2008 г. РААС выступила с инициативой отмены ценового регулирования на лекарственные препараты нижнего ценового сегмента, но к мнению ассоциации не прислушались. «Если бы было принято такое решение, то, возможно, сегодня мы обсуждали совсем другие проблемы, насущные для рынка», – предположила эксперт. Согласно её прогнозу цены на лекарства будут расти, но если в целом сравнить рынки народного

организации, убеждён эксперт: «За последние несколько лет появились серьёзные успехи в мониторинге цен на продукты питания. Но по лекарствам я пока эффективного инструмента контроля над ценами не вижу. Главы субъектов адекватных итоговых результатов не предоставляют, поэтому нужны только независимые проверяющие».

По словам члена Общественной палаты РФ, самый ощутимый скачок цен на лекарства был зафиксирован в январе прошлого года, причём подорожание оказалось намного существеннее, чем рост курса валют. «Есть серьёзный посыл от наших граждан в связи с уменьшением доходов и увеличением цен на лекарства на покупку наших отечественных препаратов и одновременно уменьшение спроса на дорогие зарубежные аналоги. Для многих слоёв населения большие суммы из доходов и пенсии уходят именно на лекарственные средства. В связи с этим мы не должны допускать повышения стоимости и контролировать уровень цен в этом сегменте», – заключил П. Сычёв.

Ирина АНДРЕЕВА.

Кстати

В аптеках становится всё меньше покупателей – об этом свидетельствуют данные весенней волны 2016 г. исследования Pharma-Q «Мнение провизоров, фармацевтов» компании Ipsos Healthcare. Доля провизоров первого стола, считающих, что клиентопоток сократился за последние 6 месяцев, за последний год увеличилась на 11% и составила 49%.

Ещё год назад доли тех, кто отметил снижение и увеличение потока покупателей были 38 против 33%, соответственно, то в нынешнюю весеннюю волну разрыв между первыми и вторыми существенно увеличился – 49 против 24%.

При этом наибольшая доля провизоров и фармацевтов, отметивших снижение числа посетителя в аптеках, оказалась в Краснодаре (66%), Ярославле (65%) и Саратове (64%). В Казани же, напротив, этот показатель оказался наименьшим – 31%.

Статистика

Плюс на минус

Согласно данным аналитической компании RNC Pharma, в первом полугодии 2016 г. в Россию было ввезено готовых лекарственных препаратов (ЛП) на общую сумму 227 млрд руб. (в ценах выпуска в свободное обращение).

Долгосрочная динамика поставок в рублях за этот период превысила 10%. В хорошем плюсе и поставки in-bulk. За минувший

год объём ввоза нерасфасованных ЛП вырос в рублях практически на 25%. Натуральные объёмы поставок готовых лекарственных препаратов в июне второй месяц подряд выходят в уверенный плюс, правда, суммарная динамика за 6 месяцев всё ещё в относительно небольшом минусе – 3%.

Вообще июнь, при сохранении ежегодных сезонных тенденций, позволяет делать вывод о завершении кризисного периода на

рынке, который выражается в стабилизации цен и возобновлении натурального спроса на ЛП. Характерно, что долгосрочная динамика денежного объёма поставок в июне 2016 г. составила рекордные 30% при расчёте в рублях, ничего подобного российский рынок не видел на протяжении последних 2,5 лет.

Предыдущие максимумы фиксировались лишь на самой заре

кризиса в конце 2014 – начале 2015 гг., но тогда они не превышали 20% и были продиктованы прежде всего эпидемиологической обстановкой и последствиями ажиотажного спроса, отмечают эксперты компании.

В общей структуре поставок российский рубль по-прежнему абсолютный лидер взаимных расчётов. Доля национальной валюты по итогам первого полугодия 2016 г. составила 94,7% в расчётах за поставки готовых ЛП, за минувший год она выросла на 2,7% за счёт сокращения расчётов в долл. и евро.

Анна КРАСАВКИНА.

Фармаконадзор

Рекомендации зарубежных регуляторных органов

Медоксомил + хлорталидон

Регуляторный орган США Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению лекарственных средств, содержащих медоксомил + хлорталидон информацией о риске развития осложнения фармакотерапии, такого как гиперкалиемия, которая связана с антагонистом рецепторов ангиотензина. Специалистам здравоохранения рекомендуется проводить периодический мониторинг электролитов, так как тиазидные диуретики напротив могут приводить к гипокалиемии.

Источник: <http://www.fda.gov>

Диклофенак + мизопростол

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих диклофенак + мизопростол информацией о возможном повышении АСТ.

Источник: <http://www.fda.gov>

Пазопаниб

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих пазопаниб информацией о риске развития осложнения фармакотерапии, такого как отслойка или разрыв сетчатки. Кроме того, специалистам здравоохранения рекомендуется учитывать, что у пациентов в возрасте старше 65 лет повышен риск гепатотоксичности.

Источник: <http://www.fda.gov>

Вакцины против вируса папилломы

Регуляторный орган ЕС Европейское медицинское агентство (EMA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению вакцин против вируса папилломы человека информацией о рисках развития осложнения фармакотерапии, таких как синдром постуральной ортостатической тахикардии и комплексный региональный болевой синдром.

Источник: <http://www.ema.europa.eu>

Ситаглиптин

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих ситаглиптин или метформин + ситаглиптин информацией о возможном развитии кожного зуда.

Источник: <http://www.fda.gov>

Золендроновая кислота

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих золендроновую кислоту информацией о риске развития осложнений фармакотерапии, таких как синдром Стивенса-Джонсона и токсический эпидермальный некролиз.

Источник: <http://www.fda.gov>

Медроксипрогестерон

Регуляторный орган США (FDA) принял решение о дополнении инструкций по медицинскому применению ЛС, содержащих медроксипрогестерон информацией о риске развития осложнений фармакотерапии при сопутствующем лечении эстрогенами, таких как обострение порфирии, бронхитальной астмы и увеличение триглицеридов.

Источник: <http://www.fda.gov>

Олег БРИЛЬ.

По материалам издания «Безопасность и риск фармакотерапии».

Однако

Замечал ли кто-то из вас неприятные, и даже странные ощущения после приёма прописанных врачом лекарств? Наверняка. Не говоря уже о том, что лучше не становилось ни на йоту, скорее, наоборот. Если уж быть точными, то таких причин существует сразу несколько. Многие «западные» лекарства производятся с применением химических веществ и являются экспериментальными. И что ещё хуже – никогда не тестировались на людях, кроме тех, которым назначались. Так, например, американцы стали альтернативой морских свинок, в то время как фармацевти-

ческие компании набивают карманы триллионами прибыли. Как до такого дошло? Ответ прост: после Второй мировой войны только что вышедших из тюрьмы нацистских учёных наняли для работы над фармацевтическими препаратами, вакцинами, химиотерапией и химическими пищевыми добавками, для того чтобы развивать самый коварный бизнес на Земле – аллопатическую медицину. Так что ужас холокоста и концентрационных лагерей плавно перекочевал, но уже абсолютно легально, в фармацевтическую индустрию США.

Жизнь за вакцину — смерть за вакцину

Распространённые на Западе медицинские препараты не то что не безвредны, а даже смертельно опасны

Фармацевтические компании США не гнушались нанимать в свои ряды сомнительных «профессионалов».

Другими словами, «семена зла» были посажены в благодатную почву заокеанской фармакологии уже давно. Многие из «безумных учёных» были наняты и получили продвижение в карьере, чтобы растиражировать то, что мы теперь называем «западной медициной» и, в конечном счёте, создать болезни и из лечения их симптомов извлекать прибыль.

Вот список весьма небезопасных лекарств, что сегодня уже прочно вошли в нашу жизнь.

1. СИОЗС (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина) – экспериментальная, не признанная когда-либо безопасной или эффективной фармакотерапевтическая группа антидепрессантов, способных полностью блокировать серотонин, что приводит к мыслям о самоубийстве и даже смертоносным и суицидальным трагическим событиям.

2. ЖКВ (тривакцина против кори, эпидемического паротита и коревой краснухи) вызывает аутизм и другие заболевания центральной нервной системы, а также множество других проблем со здоровьем. Попадание в организм живого вируса кори вызывает серьёзные нарушения иммунной системы. И тогда прочие химические вспомогательные лекарственные вещества и генетически модифицированные ингредиенты постоянно атакуют организм ребёнка, иногда со смертельным исходом.

3. Вакцина против гриппа (прививка от гриппа) содержит до 50 тыс. на миллиард частиц ртути в дополнение к формальдегиду, глутамату натрия и алюминию. Иногда провоцирует прерывание беременности и выкидыш.

4. Антибиотики уничтожают полезные бактерии в кишечнике и, следовательно, сильно ослабляют иммунную систему. Врачи нехотят назначать антибиотики при вирусных инфекциях и делают этим порой только хуже.

5. Вакцина против ВПЧ (вируса папилломы человека) известна тем, что вызывает у подростков анафилактический шок и кому. Тысячи семей подали в суд на производителей иски на миллионы долларов из-за хронических и постоянных нарушений здоровья.

6. Химиотерапия уничтожает иммунную систему и часто приводит к тому, что в теле образуются новые опухоли, особенно в крови. Ещё в 1950-х годах нацистские учёные знали о том, что химиотерапия только временно устраняет рак, но потом он возвращается с удвоенной силой. При том в других частях тела!

7. «Рота Тек», ротавирусная вакцина, – чрезвычайно токсичная (оральная) вакцина, содержащая живые ротавирусные штаммы (G1, G2, G3, G4 и P1), а также высокотоксичный полисорбат 80 и эмбриональную телячью сыворотку. Также содержит частицы цирковируса свиней – то есть вируса, который поражает животных.

8. Вакцина против полиомиелита (оральная и инвазивная). Только факты: миллионы американцев заболели раком после вакцинации от полиомиелита. Плюс оральная и назальная модификации вакцины от полиомиелита широко применялись в Индии, в результате чего многие дети остались на всю жизнь парализованными.

Конечно, люди страдают паранойей по части инфекционных заболеваний, но не зря. Американская фармацевтическая промышленность не зря пугала обывателей примерами «наибо-

лее тяжёлых последствий», тем самым заставляя принимать их разрекламированные канцерогены «в целях защиты». Это похоже на «рейдерский захват умов и здоровья» граждан. Но кто же будет судить таких захватчиков, если они уже давно имеют свой собственный «иммунитет» против любых обвинений и судебных разбирательств. На их стороне всегда большие деньги и собственный закрытый суд.

Так что, даже если вы или кто-нибудь из ваших близких и пострадали, к примеру, от вакцины, то подать в суд на производителя «панацеи» не представится возможным. Придётся передать это дело в комиссию специалистов Федерального претензионного суда США, более известную как закрытый «Суд по вопросам вакцинации». Эта инстанция обеспечивает программу бесперебойной компенсации взамен на конституционные права. Этот суд основали в 1986 г., после того как фармацевтические компании потеряли огромные прибыли в громких судебных процессах, связанных с вакцинами, которые нанесли серьёзный ущерб нескольким детям. У них появились судороги и повреждения мозга из-за вакцины АКДС (комбинированной вакцины против дифтерии, коклюша и столбняка, изготавливаемой из токсинов этих бактерий и других антигенов).

Именно поэтому перед тем, как снова проглотить какой-то новейший «западный» фармацевтический продукт снова или вколоть химические токсины, называемые «лекарствами», спросите самое себя ещё раз: «А оно тебе нужно?».

Кирилл ОРЛОВ.

По материалам Natural News.

Дословно

Беременность — причина для грусти?

По данным Американского колледжа акушерства и гинекологии от 14 до 23% женщин испытывают депрессию во время беременности. Послеродовой депрессией, как сообщают специалисты Центров по контролю за заболеваниями США (CDC), страдает каждая десятая женщина.

Такие показатели свидетельствуют об особой важности скрининга депрессии у беременных и родивших женщин. В связи с этим, в этом году американская профилактическая группа (U.S.Preventive Task Force) впервые включила рожениц

в обновлённые рекомендации по выявлению депрессии у взрослых.

«То, что мы опрашиваем всех беременных и родивших женщин на предмет наличия каких-либо признаков депрессии, является очень важным фактором. Ведь депрессия влияет не только на их психическое и физическое здоровье, но также на их семью и новорождённого», – сообщила психиатр Карина Дэвидсон.

Терапия депрессии у беременных широко распространена в США; в ходе лечения этого состояния используются и антидепрессанты. Однако лекарственная терапия не всегда приводит к желаемым результатам.

Например, в прошлом году на крупного фармгиганта посыпались многочисленные иски, связанные с приёмом популярного антидепрессанта беременными. Как утверждали истицы, в результате воздействия препарата у их детей развились врождённые заболевания.

Согласно отчёту Всемирной организации здравоохранения, мир в целом несёт существенные финансовые потери из-за депрессии: вкпе с тревожными расстройствами это заболевание ежегодно обходится в 1 трлн долл.

Ян РИЦКИЙ.

По сообщению Reuters.

В ОГБУЗ «Казачинско-Ленская РБ»

требуются следующие специалисты:

► с высшим медицинским образованием:

- ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ – 3
- АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГ – 1
- КАРДИОЛОГ – 1
- ЭПИДЕМИОЛОГ – 1
- ВРАЧ-СТАТИСТИК – 1
- ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ – 1
- АНЕСТЕЗИОЛОГ – 1
- ПЕДИАТР РАЙОННЫЙ – 1
- ВРАЧ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ – 1.

Заработная плата от 25 тыс. руб., выплата подъемных – 50 тыс. руб., оплата за аренду жилья в размере 50%.

► со средним медицинским образованием:

- ФАРМАЦЕВТ – 1
- МЕДИЦИНСКИЕ СЕСТРЫ – 12.

Заработная плата от 13 тыс. руб., выплата подъемных – 25 тыс. руб., оплата за аренду жилья в размере 50%.

Адрес: ул. Российская, 6, п. Магистральный, Казачинско-Ленский р-н, Иркутская область 666504.

Контактные тел.: (39562) 4-19-70 (приёмная), 4-09-33 (отдел кадров). E-mail: mail@klr-crb.ru

КГБУЗ «Ульчская районная больница»

Министерства здравоохранения Хабаровского края
срочно требуются врачи:

ТЕРАПЕВТ УЧАСТКОВЫЙ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ.

Оплата труда по договорённости.

Тел.: 89098735351, тел./факс 8 (42151) 52423, 8 (42151) 52466 (главный врач Новикова Наталья Алексеевна).

Эл.почта: bolnica2010@mail.ru, http://bolnicabgr.ru/

Ракурс

Помехи фармакологам

В Кембридже, физики, работают «под боком» мощных фармацевтических компаний, которым позарез нужны массивы данных (big data), чтобы быстрее создать эффективные средства борьбы с нейродегенеративными расстройствами, которыми будет страдать всё больше людей, когда население Земли начнёт стареть. Интересно, что выявленный механизм напоминает болезнь бешеных коров, вызываемую такой же саморепликацией – мутантного приона (эдакого белка-«изгоя»).

Мутантный бета А, по всей видимости, попросту «сжигает» нервные клетки, излишне повышая их активность. Одним из главных активаторов является глутаминовая аминокислота, действующая через свой белковый рецептор, «встроенный»-интегрированный в клеточную оболочку-мембрану (GluR). У ГМ-мышей с мутацией в гене GluR увеличено число красных – перевозбуждённых – нейронов, в результате чего у животных развивается навязчивое состояние, похожее на обсессию у людей. Возможно, что в связи с этим New Scientist задал вопрос о новой логике апрейда нашего способа мышления. Мышление как вопрос свободы воли – Free Will – занимал философов, которые 25 веков не могут определить, что это такое. Возможно, что лишь современная нейробиология позволит решить эту проблему, то есть как соотносятся лобная кора, отвечающая за поведение человека и кора заднецентральной извилины, клетки которой «выносят» решения.

Отсутствие протеинового тормозов перенапрягает митохондрии, вырабатывающие в клетках энергию. Последние, вслед за сигналами идут в нервные отростки, что теперь видно благодаря свечению митохондриальной ДНК. Интерес к митохондриям связан с тем, что два их мутантных протеина связаны с болезнью Паркинсона. К сожалению, болезнь Альцгеймера поражает и женщин в постменопаузе, лечение которых, по мнению врачей клиники Майо в Рочестере, возможно с помощью одной из форм женского гормона эстрадиола. В клинических испытаниях приняли

участие 118 женщин в возрасте 52-65 лет и врачи исходили из известного факта, что гормон предупреждает отложения амилоида, особенно у носителей одного из мутантных генов. У более чем половины женщин было дважды проведено исследование мозга с помощью позитронно-эмиссионного томографа (ПЭТ), которое показало уменьшение мозгового обмена (метаболизма) до начала лечения.

Соотечественники Альцгеймера из Кёльнского университета выступают против его бляшек, считая, что главная причина гибели нервных клеток связана с изменённым белком Тау, образующим клубки-tangles, откуда его сокращённое название. На это указывают данные, полученные ими с помощью ПЭТ. Радиологи применили три трейсера, «метящие» амилоид, тау и глюкозу, потребление которой отражает уровень обмена веществ. Только последние два отражали дисфункцию коры и клиническое состояние 10 пациентов, в то время как отложения амилоида изменениям не соответствовали. По другую сторону Атлантики, в Калифорнийском университете Беркли подтвердили выводы немецких коллег.

Приложение Nature представило анализ больших данных, более 7 тыс. полученных при анализе четырёх видов томограмм мозга людей с поздним началом болезни Альцгеймера. Помимо «участия» тау и амилоида в патологическом процессе важная роль принадлежит и нарушениям сосудистой регуляции. Ведь именно по сосудам в мозг доставляется глюкоза, «сжигаемая» затем в митохондриях при возбуждении нейронов. Аномальное возбуждение нервных клеток способствует распространению мутантного тау-белка по межклеточным пространствам к здоровым нейронам. Остаётся надеяться, что расширение и углубление исследований роли амилоида и тау и накопленный массив данных помогут молекулярным фармакологам найти средства хотя бы частично облегчения состояния людей, ставших жертвами предстарческой деменции.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам Nature Neuroscience, Nature Physics, Science.

Запомним аббревиатуру CRISPR уже сегодня, потому что завтра она, вполне возможно, изменит будущее человечества. Технология CRISPR (Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats) произносится как «криспер» и представляет собой биологическую систему для изменения ДНК. Технология эта, известная также как генная инженерия, может изменить будущее всей планеты. Звучит как довольно смелое заявление, но именно такого мнения придерживаются многие ведущие мировые генетики и биохимики.

CRISPR была открыта в 2012 г. молекулярным биологом профессором Дженнифер Дудной. Её команда учёных в Университете Беркли в Калифорнии изучала, как бактерии защищаются от вирусной инфекции.

Сейчас профессор Дудна и её коллега Эммануэль Шарпентье входят в число самых влиятельных учёных мира. Природный механизм, который они обнаружили в ходе своих исследований, может быть использован биологами для того, чтобы вносить точечные изменения в любую ДНК.

«С тех пор, как мы опубликовали своё исследование 4 года назад, многие мировые лаборатории стали применять эту технологию на животных, растениях, людях, грибах, других бактериях – другими словами, практически на каждом изучаемом организме», – рассказала профессор.

Когда бактерию атакует вирус, она производит генетический материал, соответствующий генетической последовательности нападающего. Этот материал в сочетании с ключевым белком Cas9 может прикрепиться к ДНК вируса, взломать генетический код и нейтрализовать вирус.

Теперь учёные могут применять эту же схему, чтобы вставлять в ДНК новые элементы, удалять или исправлять её участки. Этот процесс настолько точный, что учёные могут перебрать миллиарды химических комбинаций, составляющих ДНК клетки, чтобы внести в генетический код какое-то конкретное ключевое изменение.

Важно и то, что это простой и недорогой метод. Поэтому он ускорит все виды исследований – от создания генетически модифицированных моделей человека до поиска мутаций ДНК, которые провоцируют возникновение заболеваний или, наоборот, предохраняют от них.

Когда и как мы сможем начать ощущать на себе последствия лечения с применением CRISPR?

Прогнозы

Генная инженерия и наше будущее

Учёные считают, что в ближайшее время они смогут вносить в неё изменения

Учитывая, что этой технологии всего лишь несколько лет, неудивительно, что испытания её на пациентах ещё не начались, однако, некоторые эксперименты уже находятся на стадии планирования.

Бостонская биотехническая фирма Editas Medicine планирует запустить клинические испытания первого генномодифицирующего лекарства к 2017 г. Предполагается, что при его помощи можно будет лечить амвроз Лебера (LCA10) – редкое заболевание сетчатки глаза, которое приводит к слепоте, так как в результате мутации генов происходит постепенная утрата расположенных в глазу фоторецепторов.

Цель – лечение рака

В области биотехнологий существует сразу несколько недавно созданных фирм, которые надеются внедрить применение технологии CRISPR в больницах.

Они предполагают, что «крисперы» могут быть использованы для усиления функций Т-клеток организма, что может улучшить способность иммунной системы распознавать раковые клетки и бороться с ними. Ещё одна потенциальная область применения технологии – лечение заболеваний крови и иммунной системы.

Лишь одно омрачает будущее CRISPR – борьба за патент на технологию. С одной стороны, на него претендует команда профессора Дудны, с другой – группа учёных из Бостона, штат Массачусетс.

Это вряд ли остановит исследователей в применении «крисперов», но может серьёзно повлиять на то, кто получит финансовую выгоду от новой технологии.

Две более ранние технологии генной инженерии уже применяются на практике.

Одна из них – TALENs – в прошлом году была использована в лондонской больнице Грейт-Ормонд-стрит для успешного лечения рака. У пациентки Лайлы Ричардс была агрессивная форма лейкемии, и ей не помогало ни-

какое лечение. На сегодняшний день Ричардс остаётся первым и единственным человеком, чья жизнь была спасена при помощи редактирования генома.

Первые в мире испытания генной инженерии происходили в Калифорнии с использованием другой технологии – ZFNs.

Тогда иммунные клетки были изъятые из крови около 80 пациентов с ВИЧ. Затем учёные удалили ген под названием CCR5, который ВИЧ-инфекция использует для доступа к клеткам.

Лечение было основано на редкой генной мутации, которая даёт людям естественный иммунитет к заболеванию.

Одним из волонтеров в том исследовании был Мэтт Чаппелл, который прожил с вирусом большую часть взрослой жизни и имел возможность своими глазами наблюдать тот ужасающий эффект, который ВИЧ и СПИД оказали на гей-сообщество Сан-Франциско.

С тех пор, как ген его иммунных клеток был отредактирован, Чаппелл уже 2 года не пользуется антиретровирусными препаратами.

Несмотря на то, что исследования эти были лишь небольшими и экспериментальными, а, следовательно, к их результатам нужно относиться с определенной долей осторожности, тем не менее, их результаты выглядят многообещающе.

Генетическое лекарство от ВИЧ было опробовано фирмой Sangamo Biosciences, которая обладает эксклюзивной лицензией на технологию ZFN.

Компания собирается начать испытания на пациентах с гемофилией (серьёзным заболеванием, связанным с нарушением свёртываемости крови), а также уже работает над лечением бета-талассемии.

Самый спорный вопрос в редактировании генома – это внесение изменений в зародышевую линию клеток человека, то есть тех генов, которые будут передаваться из поколения в поколение.

Теоретически можно было бы изменять ДНК эмбрионов, ко-

торые несут в себе ген болезни Хантингтона или муковисцидоза. Однако в таком случае можно говорить и о проведении других генетических «улучшений», что фактически может привести к «генетическому проектированию» младенцев.

Генная инженерия и эмбрионы

Никто из учёных не предлагает (во всяком случае пока) «производство» генетически модифицированных младенцев. Однако несколько групп китайских учёных уже провели некоторые базовые исследования в этой области, а Великобритания стала первой страной, которая формально разрешила генную модификацию человеческих эмбрионов (исключительно в научных целях).

Исследования будут проходить в лондонском институте Френсиса Крика, который откроется через несколько месяцев. Там будет находиться крупнейшая биомедицинская лаборатория в Европе и центр генной инженерии.

Генетическая модификация эмбрионов человека может помочь значительно улучшить процедуру искусственного оплодотворения.

Команда под руководством Кэти Ниакан, недавно вошедшей в список из 100 самых влиятельных людей мира по версии журнала Time, будет использовать CRISPR для редактирования основных генов эмбриона, чтобы выявить генетические ошибки, приводящие к повторяющимся выкидышам. В рамках исследования эмбрионам дадут развиваться лишь несколько дней.

«Я надеюсь на то, что это позволит нам более точно разобраться в механизмах раннего развития человека. Я думаю, что это также поможет выяснить, как мы можем улучшить технологию экстракорпорального оплодотворения, и понять, какие эмбрионы с большей вероятностью продолжат развиваться и приведут к рождению здоровых детей», – сказала Кэти Ниакан.

Этическая сторона

Однако эти исследования вызывают этические вопросы у Марси Дарновски из Центра генетики и общества в Сан-Франциско.

По её мнению, генетическая модификация человеческих эмбрионов при недостаточном контроле приведёт к тому, что рано или поздно в одной из лабораторий будет создан первый генетически модифицированный младенец.

«Найдутся богатые родители, которые захотят приобрести для своего потомства последний «апгрейд». Вполне возможно, что люди разделятся на тех, кто может позволить себе «улучшить» своё потомство, и тех, кому это не по карману или кто не захочет этого делать. А это приведёт к ещё большему неравенству, чем то, с которым мы уже имеем дело», – считает Марси Дарновски.

Многие ведущие учёные в этой области обеспокоены тем, что потенциально технология может быть использована в интересах евгеники, возникнет угроза генетической дискриминации.

Профессор Дудна призналась, что её мучал кошмарный сон. В нём она заходила в тёмную комнату, в которой спиной к ней сидел человек.

«Когда он повернулся ко мне лицом, я с ужасом поняла, что это Гитлер и что он вызвал меня, чтобы обсудить новую технологию, в использовании которой он очень заинтересован», – рассказала профессор.

По словам Дудны, несмотря на то, что очень важно регулировать использование «крисперов», вместе с тем необходимо и прийти к согласию относительно дальнейших действий.

«Я не хочу давать невыполнимых обещаний, но мне кажется, что это поможет положить конец болезням и мы должны дать шанс учёным и докторам превратить это в жизнь», – говорит профессор.

Галина БЕЛЬСКАЯ.

По материалам ВВС.

Здоровый образ жизни

Дефицит сна – серьёзная проблема

Согласно результатам исследования компании Philips, проведённого в 10 странах мира, 87% опрошенных считают, что сон оказывает огромное влияние на состояние здоровья и работоспособность, при этом лишь 17% респондентов утверждают, что качественно высыпаются каждую ночь.

Эксперты во всём мире считают дефицит сна серьёзной проблемой, которая несёт реальную угрозу здоровью населения.

В то время как эпизодический недосып приносит временные неудобства и недомогание, люди, которые постоянно подвержены расстройствам сна, демонстрируют низкий уровень производительности и концентрации внимания, а также повышенную тревожность.

Одним из самых серьёзных и распространённых заболеваний, связанных с нарушениями сна, является синдром обструктивного апноэ сна (СОАС). Таким синдромом страдает более 100 млн человек во всём мире. При этом,

согласно статистике, около 80% людей с синдромом апноэ сна остаются не диагностированы и не связывают появление проблем со здоровьем с постоянным недосыпом, который вызывает заболевание. При отсутствии специализированного лечения СОАС может провоцировать различные кардиологические нарушения, гипертонию, диабет и инсульт.

Валентин МАЛОВ.

МИА Сито!



От продрозвёрстки до психиатрии

Александр Шмарьян родился в августе 1901 г. в местечке Махновка Винницкого уезда Подольской губернии в семье служащего. Сначала он окончил 4-классное училище, а затем, в 1920 г., гимназию. Революционная пора захватила юношу. Александр занимается культпросветработой в отряде по сбору продрозвёрстки, непосредственно участвует в подавлении кулацкого восстания в Ямпольском уезде Подольской губернии. 2 года он служит выполнению заданий военного коммунизма в Виннице. Однако притяжение медицины приводит Александра к поступлению в 1922 г. на лечебный факультет Киевского мединститута. Учитя вдохновенно, а также работает в лаборатории гистопатологии нервной системы под руководством крупного нейроморфолога Леонида Иосифовича Смирнова. Избирает своей профессией психиатрию.

После окончания медицинского института в 1927 г. Александр Шмарьян становится ординатором Киевской областной психиатрической больницы и одновременно аспирантом видного невролога Бориса Николаевича Маньковского.

Московский взлёт

В 1930 г. Александр Соломонович приезжает в Москву. И здесь он делает головокружительную карьеру. Сначала старший научный сотрудник Института высшей нервной деятельности при Коммунистической академии им. Я.М.Свердлова. Спустя 3 года – заместитель заведующего психиатрической клиникой Всесоюзного института экспериментальной медицины.

В 1937 г. защищает докторскую диссертацию. В 1938 г. становится научным руководителем нейропсихиатрической клиники Центрального института психиатрии Наркомздрава РСФСР, а вскоре, научным руководителем всего института. Его избирают в президиум Всесоюзного общества неврологов и психиатров. Является заместителем главного редактора журнала «Неврология и психиатрия».

«Падение» вверх продолжается – в 1943 г. Александра Соломоновича назначают главным психиатром Минздрава СССР и членом президиума Учёного совета Минздрава СССР. Владея, наряду с русским, немецким, французским, еврейским и украинским языками, Шмарьян глубоко знакомится с зарубежными исследованиями по психиатрии и сам много пишет. Выходят его монографии: «Фашизм в психоневрологии» (1935), «Психопатологические синдромы при поражении височных долей мозга» (1940), «Основные вопросы взаимоотношений мозговой патологии и психиатрии» (1940), «Мозговая патология и психиатрия. Опухоли головного мозга и учение о локализации психических расстройств» (1949) и др.

Учёный разрабатывает психопатологическую семиотику черепно-мозговых травм и опухолей мозга, изучает апатические синдромы. Выдающийся вклад А.С.Шмарьян вносит в исследование локализации психических нарушений. Совместно с Р.Я.Голант им был описан синдром отчуждения восприятия речи.

В годы Великой Отечественной войны профессор А.С.Шмарьян был организатором и научным руководителем одного из первых невропсихиатрических госпиталей и главным консультантом главного управления эвакогоспиталей НКЗ СССР. За свой самоотверженный труд он был награждён орденом «Красной звезды» (1945) и рядом медалей.



Александр Шмарьян

годы в Ленинграде нейрохирург профессор И.С.Бабчин (Нейрохирургический институт им. А.Л.Полёнова) и психиатр профессор Р.Я.Голант (Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева), а также в Горьком, Киеве, Харькове, Алма-Ате, Свердловске, Ростове-на-Дону и других местах.

Борьба мнений о допустимости лейкотомии как лечебного метода шла вначале в естественных рамках и формах. Однако страна уже во всю боролась с безродными космополитами, с преклонением перед Западом, с вейсманизмом-морганизмом, вирховианством, с «лженауками» – генетикой и кибернетикой. «Железный занавес» опустился. Прибли-

жало к коммунизму, не победивши шизофрению».

Через неделю с небольшим Приказом Министра здравоохранения СССР (№ 1003 от 09.12.1950) префронтальная лейкотомия при нервно-психических заболеваниях была запрещена. А.С.Шмарьян был отстранён от работы, руководимая им группа психиатров в Институте нейрохирургии ликвидирована. Были также сняты со своих должностей другие адепты психиатрии в Ленинграде и Горьком.

Надо быть справедливым: лейкотомия в её первоначальном виде умирала и на Западе, обнаружив свою ограниченность в научном, терапевтическом, техническом и общественном преломлении. Но здесь исчезновение психиатрии из арсенала лечебных методов шизофрении и мания-

Единственная встреча

Я нередко читал и читаю труды А.С.Шмарьяна, восхищаюсь их глубиной, доказательностью и запоминающейся образностью изложения сложных понятий. Но лишь однажды мне довелось видеть и слышать Александра Соломоновича. Это было в феврале 1957 г. Я тогда работал в Казахстане, был неврологом и главным врачом Актюбинского областного психоневрологического диспансера. Центральный институт психиатрии Минздрава СССР собрал нас – главных врачей психоневрологических учреждений на семинар. Помню выступление академика В.А.Гиляровского, профессора Д.Д.Федотова и, конечно, А.С.Шмарьяна.

Об его трагической судьбе я знал. Своё свержение он тя-

Далёкое – близкое

«МЫ ВХОДИМ В КОММУНИЗМ, НЕ ПОБЕДИВШИ ШИЗОФРЕНИЮ»

Так сказал выдающийся психиатр Александр Шмарьян, родившийся 115 лет назад

Психохирургия и её разгром

С 1932 г. Александр Соломонович по приглашению Василия Васильевича Крамера и Николая Ниловича Бурденко заведует кабинетом (а в дальнейшем, отделением) психопатологии в Московском институте нейрохирургии. В конечном итоге, главным направлением его научной деятельности становится нейропсихиатрия, основоположником которой он явился.

А.С.Шмарьян убедил выдающегося нейрохирурга профессора Б.Г.Егорова заняться префронтальной лейкотомией. Это был очень удачный и перспективный научно-практический альянс. Психохирургия приобрела не только блистательного творческого нейрохирурга, но и получила поддержку авторитетнейшего Института нейрохирургии, директором которого с 1947 г. стал Б.Г.Егоров, одновременно, как и было положено, заняв пост главного нейрохирурга Минздрава СССР.

Как это нередко бывает в медицине, случай вызвал определённую благосклонность к лейкотомии на первых порах со стороны общественно-государственных кругов. У одного из самых высокопоставленных партийно-советских деятелей произошла беда с сыном, который страдал шизофренией. У него развилось длительное некупируемое принятыми методами асоциальное поведение, опасное как для окружающих, так и самого пациента. Решение широкого консилиума психиатров, неврологов и нейрохирургов было единодушным – лейкотомия. И Б.Г.Егоров решился на операцию, в результате которой буйный пациент превратился в спокойного молодого человека с упорядоченным поведением.

Б.Г.Егоров считал теоретической основой лечебного действия лейкотомии разобщение префронтальной коры и подкорки. Его поддержал физиолог академик Л.А.Орбели.

Новое направление на стыке психиатрии и нейрохирургии успешно развивали в СССР в 40-е

жало «Дело врачей». Психохирургия представлялась удобным полем для расправы.

Распорядок действий был расписан по известному сценарию. Режиссёры инициировали «возмущение снизу» в виде письма в газету «Правда» (29 ноября 1950 г.), а реакцией на неё стало заседание Президиума Учёного медицинского совета Минздрава СССР буквально на следующий день (30 ноября 1950 г.) с докладом будущего министра С.В.Курашова. Шло не научное обсуждение допустимости применения метода психохирургии при хронической шизофрении, а политизированное избивание

кально-депрессивного психоза было естественным. Лейкотомия уступила позиции появившимся психотропным препаратам и более точным малоинвазивным методам манипуляций на головном мозге (таким, как стереотаксис). Со временем аналогично исчезли и такие тяжёлые и опасные методы лечения шизофрении и ряда других психических заболеваний, как инсулинотерапия и электрошок, когда-то, подобно лейкотомии, казавшиеся спасительными.

В СССР борьба с лейкотомией вышла за рамки свободной дискуссии и научных доказательств. Критика психохирургии была разгромно-политизированной с заданными партией итогами –

жело переживал и на этой почве перенёс опаснейший правополушарный инсульт. Работал консультантом в психиатрической больнице им. П.П.Кашенко, на базе которой проходил наш семинар. Опираясь правой рукой на палку и волоча левую ногу, на кафедру медленно поднимался старый человек. «Я – Шмарьян, но уже не тот Шмарьян, какой был раньше, и которого вы надеялись услышать», – начал он. А затем чётко рассказал о диагностике и вариантах течения хронической шизофрении. Лекция сломанного, но не сдавшегося Александра Соломоновича впечаталась в мою память на всю жизнь.

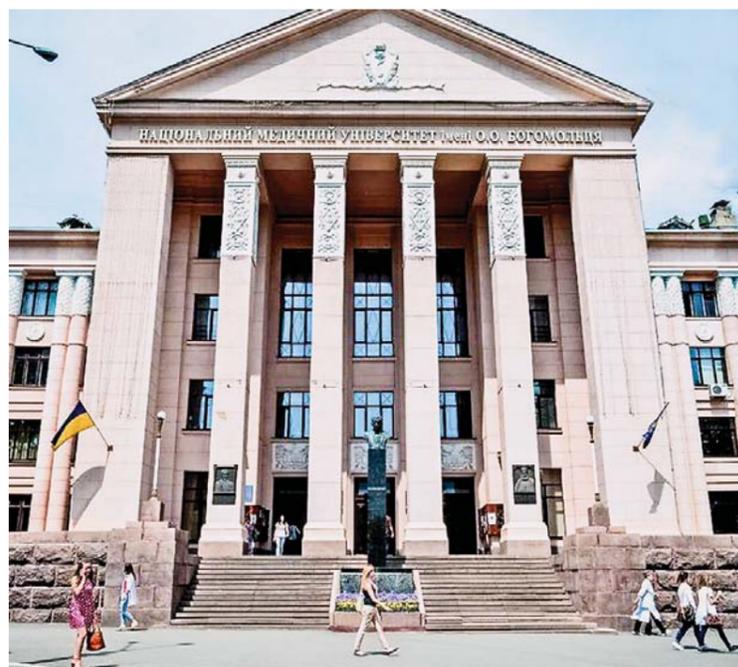
И всё-таки она живёт!

Спустя десятилетия отечественная психохирургия вновь стала возрождаться, сначала исподволь, а затем открыто на современной методологической и технической основе с использованием новых знаний и минимально инвазивных методик. В настоящее время есть все предпосылки для адекватного развития психохирургии в России, если ей удастся избежать, разумеется, разрушительного бума вторжения в социальную патологию.

Александр Соломонович Шмарьян занял по праву принадлежащее ему место основоположника нейропсихиатрии. Его монографии по психической патологии при очаговых поражениях головного мозга отнесены к классическим. Профессора Л.П.Лобова, Т.А.Доброхотова, О.С.Зайцев творчески развили и продолжают развивать шмарьяновскую нейропсихиатрию в Институте нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко. И это есть главный памятник Александру Соломоновичу!

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

Институт нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко.



Из стен Киевского мединститута вышел основоположник нейропсихиатрии Александр Шмарьян

крупных учёных с оргвыводами. И здесь главным лицом, по которому били прямой наводкой, явился Александр Соломонович. Исход, конечно, был предreshён заранее, но Шмарьян всё равно достойно отстаивал свои позиции: «Шизофрения была при феодализме, она существовала при капитализме и, к великому нашему сожалению, мы входим

полный запрет метода, административное уничтожение лабораторий и исследовательских групп, снятие с должностей крупных учёных, изгнание их из вузов и НИИ, вето на публикации и возможность защищать даже ранее подготовленные диссертации по крамольной теме. Западную заразу – лейкотомию – вырывали с корнями.

Когда межклубная многофункциональная поликлиника Верхненижненска вышла на второе место из всех имеющихся в городе трех таких же учреждений, её руководство глубоко и где-то даже надолго призадумалось. А потом всё-таки решило: «Нужно что-то срочно (и немедленно) предпринимать, чтобы не быть на первом месте только по числу жалоб и нареканий!»

Конечно, это руководство можно было понять и в чём-то даже оправдать. Ведь в учреждении наблюдалась текучесть не только кадров, но и потолков, особенно, в коридорах ожидания приёма соответствующих специалистов. А это очень и очень скверно, когда всё течёт, но ничто не меняется, нагоняя не только возмущение, но и уныние, тоску и прочие проявления депрессивных реакций на страждущих, жаждущих встречи с медицинскими специалистами.

Самые активные представители межклубной поликлинической службы – хирурги – особенно настаивали на радикальных мерах. И тогда руководство осознало, что их не избежать.

Сравнительно недолгие, с возрастом поликлиники, заседания и совещания привели к неожиданному выводу: необходим узкий специалист широкого профиля. Желательно юморист и, может даже сатирик. Поскольку, как давно и хорошо известно, смех лечит, а порой даже исцеляет почти все болезни.

В поликлинике, как выяснилось, имелась свободная (в связи с дефицитностью этой специальности) ставка психотерапевта. И тогда руководство решилось – оно пригласило включиться в борьбу за всеобщее качественное здоровье контингента, обслуживаемого вверенным ему медицинским учреждением, известного в районе, а также за некоторыми его пределами писателя К.Скалозубского. По той простой причине, что этот представитель нескудного литературного жанра некогда начинал свой трудовой путь как раз в

На литературный конкурс

Узко-широкий специалист

Рассказ



качестве психолога-психотерапевта.

Скалозубский от такой чести сначала смущался и упорно отнекивался. Его настойчиво убеждали, напоминая, что смех – лучшее лекарство, особенно в эпоху увлечения фальсификацией фармацевтических препаратов и исчезновения юмористических изданий. Писатель же высказывал опасения, что местные аптеки тогда перестанут выполнять планы, как минимум, по продаже населению антидепрессантов. Но

его успокаивали. И Скалозубский дал-таки себя уговорить.

Уже через несколько дней он появился на своём новом трудовом посту.

Памятя о силе печатного, а также нарисованного слова, новый специалист первым делом срочно оформил боевой листок для посетителей многофункциональной поликлиники, озаглавив его весьма броско: «За здорово живёшь!» В нём он высмеивал паникёров и ипохондриков.

Александр ЗДОРОВЦЕВ

а под рукой или даже в аптечке нет аспирина, то страждущему бывает достаточно попасть под горячую руку начальства, поскольку его сразу же не только бросит в жар, но ещё и в пот, а что это как не действенная профилактика дальнейшего развития простудно-вирусного процесса?!

И ещё им объяснялось, что трусу-«стенокардисту» лучше всего ставить горчичники на пятки, куда уходит чаще всего не только его сердце, но и душа.

Ну а чтобы побыстрее выгнать из организма простуду с начинающимся трахеобронхитом, на грудь и на спину следует ставить не обычные, а трёхлитровые банки.

Популярность межклубной поликлиники быстро пошла в рост. Расширялся и лечебно-творческий арсенал Скалозубского.

Прошло не так уж и много времени, а слухи о верхненижненском эксперименте шагнули за пределы города и двинулись дальше.

В популярную теперь поликлинику к смехотерапевту Скалозубскому начали стекаться многочисленные сатирические и юмористические находки, предложения, цитаты и изыскания.

А потом в ней стали практиковаться ещё и семинары, а также совещания молодых и не очень писателей-сатириков и юмористов. Вместо пресловутых утренних «пятидесяти минуток» в ней стали проводиться вечера сатиры и юмора. Ну а книга жалоб и предложений, столь беспокоившая некогда руководство этой многофункциональной поликлиники, превратилась в Альманах сатиры и юмора!

Ныне поговаривают, что и сама эта поликлиника вот-вот станет Домом сатиры и юмора, по типу Габровского. Надо же когда-то и у нас... хоть что-то совершить для улучшения качества здоровья и душевного состояния...

Московская область.

Озеро	Для ручек					Пучок волос	СКАНВОРД										Монте-лукаст																																																																																																																																																																																																																																																																												
				Флуоксетин	Туловище		Звезда, Орел	Холоп (стар.)	Кулик					Духовой муз. инструмент	Комн. кустарник	Период, кайнозой	Не теснота губит, а ...		Сито																																																																																																																																																																																																																																																																										
Шариф	Отросток на колесе						Ночная фиалка						"Пиковая ..."	Пьеса Горина	Электронная лампа			Углубление, гора		Коллинз																																																																																																																																																																																																																																																																									
				Нем. архитектор				Река, Белое море	Ездовая собака							100 соток	Арабика																																																																																																																																																																																																																																																																												
	Омега-празол	Биопол					Лабор. сосуд						Символ	Живет под землей	"Горе, от ума", перс.	Воспаление печени																																																																																																																																																																																																																																																																													
				Кумай			Цветок	Муз. знак	Араб. поэт	Заслонка																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Ориентир, судно	Режиссер ... Стрейч		Дно		Франц. иммунолог			Муз. стиль, США																																																																																																																																																																																																																																																																																					
Оратор					Шлюпка		"Гроза", перс.			"Чудесная страна"																																																																																																																																																																																																																																																																																			
Автор Валерий Шаршуков		Город, Брянск. обл.						Летат. аппарат																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>Т</td><td>О</td><td>М</td><td>П</td><td>А</td><td>К</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Б</td><td>Е</td><td>Р</td><td>М</td><td>Л</td><td>А</td><td>Б</td><td>Д</td><td>А</td><td>К</td><td>Б</td><td>Е</td><td>П</td><td>П</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ш</td><td>О</td><td>О</td><td>Р</td><td>А</td><td>М</td><td>Е</td><td>Б</td><td>А</td><td>У</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Л</td><td>К</td><td>О</td><td>Й</td><td>О</td><td>Т</td><td>М</td><td>У</td><td>Д</td><td>Р</td><td>О</td><td>В</td><td>Б</td><td>А</td><td>З</td><td>А</td><td>Р</td><td>П</td><td>О</td><td>С</td><td>Т</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ч</td><td>О</td><td>Х</td><td>А</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Ч</td><td>Р</td><td>А</td><td>Н</td><td>И</td><td>И</td><td>Р</td><td>И</td><td>С</td><td>Е</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>С</td><td>К</td><td>Р</td><td>И</td><td>Б</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Т</td><td>О</td><td>Т</td><td>Я</td><td>Г</td><td>А</td><td>О</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>А</td><td>Н</td><td>А</td><td>Д</td><td>А</td><td>А</td><td>Л</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Н</td><td>М</td><td>О</td><td>Р</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																									Т	О	М	П	А	К	А																							Б	Е	Р	М	Л	А	Б	Д	А	К	Б	Е	П	П	О															Ш	О	О	Р	А	М	Е	Б	А	У																				Л	К	О	Й	О	Т	М	У	Д	Р	О	В	Б	А	З	А	Р	П	О	С	Т									Ч	О	Х	А																										Ч	Р	А	Н	И	И	Р	И	С	Е																				С	К	Р	И	Б	Л	Е	Т	О	Т	Я	Г	А	О																А	Н	А	Д	А	А	Л	Л	Е	Н	М	О	Р																																													
Т	О	М	П	А	К	А																																																																																																																																																																																																																																																																																							
Б	Е	Р	М	Л	А	Б	Д	А	К	Б	Е	П	П	О																																																																																																																																																																																																																																																																															
Ш	О	О	Р	А	М	Е	Б	А	У																																																																																																																																																																																																																																																																																				
Л	К	О	Й	О	Т	М	У	Д	Р	О	В	Б	А	З	А	Р	П	О	С	Т																																																																																																																																																																																																																																																																									
Ч	О	Х	А																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Ч	Р	А	Н	И	И	Р	И	С	Е																																																																																																																																																																																																																																																																																				
С	К	Р	И	Б	Л	Е	Т	О	Т	Я	Г	А	О																																																																																																																																																																																																																																																																																
А	Н	А	Д	А	А	Л	Л	Е	Н	М	О	Р																																																																																																																																																																																																																																																																																	

Ответы на сканворд, опубликованный в № 56 от 29.07.2016.

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

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

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

Отпечатано в АО «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1. Заказ № 16-07-00370 Тираж 28 420 экз. Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

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

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

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