Медицинская газета®

14 июля 2017 г.
пятница
№ 51 (7769)

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

Здоровая жизнь

Вагон анонимного тестирования

Масштабный проект Минздрава России совместно с РЖД стартовал с «нулевого километра» Транссиба

Всероссийская акция, направленная на информирование и мотивирование к тестированию населения, открылась на «нулевом километре» Транссибирской магистрали – на станции Владивосток.

Рукопожатие Олега Салагая и начальника Дальневосточной дирекции здравоохранения ОАО «РЖД» Михаила Лазуткина (слева направо) символизирует крепнущее партнёрство государственной и ведомственной медицины

В рамках акции, которая проводится совместно с РЖД, специально оборудованный вагон проедет через всю страну – от Владивостока до Санкт-Петербурга, сделав остановки в 24 самых поражённых ВИЧ регионах. Как в самом поезде, так и на вокзалах в местах его остановок, каждый желающий сможет сдать тест на ВИЧ.

Открывая акцию, помощник министра здравоохранения РФ Ляля Габбасова отметила её актуальность: «Тема ВИЧ-инфекции является важнейшим приоритетом государства. Минздрав России совместно с другими министерствами и ведомствами разработал Государственную стратегию по противодействию распространению ВИЧ-инфекции до 2020 г. и дальнейшую перспективу. Одним из важнейших её направлений является первичная профилактика, включающая информирование граждан».

(Окончание на стр. 2.)

Андрей МОДЕСТОВ,
главный врач Красноярского краевого клинического онкологического диспансера:

Сроки прохождения обследования на уровне первичного звена определены для среднестатистического пациента, а для онкологических пациентов они слишком велики, их необходимо минимизировать и закрепить законодательно.

Стр. 4

Александр ДЫГАЙ,
научный руководитель НИИ фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д.Гольдберга Томского научно-исследовательского медицинского центра, академик РАН:

Процесс разработки оригинальных российских лекарств в целом движется, однако из-за недостатка денег тормозится внедрение их в клиническую практику, а тем более выход на мировой рынок.

Стр. 10

Ирина НАЗАРОВА,
главный врач ГКБ им. Д.Д.Плетнёва Департамента здравоохранения Москвы, кандидат медицинских наук:

В ряде случаев, когда пациент фактически обречён, трансплантация является единственным шансом на спасение.

Стр. 11

Признание

Сибирские учёные были лучше всех

Учёные из Новосибирска представили на прошедшем в Берлине форуме, организованном Европейской школой передовых исследований в офтальмологии (17th ESASO Retina Academy), собственные результаты изучения патогенеза возрастной макулярной дегенерации (ВМД).

Сообщение директора Новосибирского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктора медицинских наук, профессора Валерия Черных вызвало большой интерес со стороны участников офтальмологического конгресса и было отмечено, как лучший научный доклад.

Исследование, о котором идёт речь, выполнено учёными Новосибирского филиала МНТК совместно с сотрудниками лаборатории клинической иммуногенетики НИИ клинической и экспериментальной лимфологии Сибирского отделения РАН, которую возглавляет академик Владимир Коненков.

В последние годы в научном сообществе активно дискутируется роль в патогенезе ВМД окислительного стресса, патологического ангиогенеза, иммунновоспалительного процесса и нарушений цитокиновой регуляции. При этом особое внимание уделяется изучению сложных взаимодействий средовых и генетических факторов, как пускового механизма развития ВМД. Указанные процессы тесно взаимосвязаны с экспрессией биологически активных субстанций, таких как фактор роста эндотелия сосудов (VEGF), матриксные металлопротеиназы (MMPs) и провоспалительные цитокины.

Новосибирские учёные сделали предположение, что полиморфизм генов цитокинов может быть важной детерминантой развития ВМД, а различия в определённых регуляторных участках генов у разных людей могут оказывать влияние на развитие и течение у них данного патологического процесса.

– В ходе научной работы был изучен ряд генотипов промоторных регионов генов, а также их комбинации у пациентов с возрастной макулодистрофией, – поясняет профессор В.Черных.

Важность этого исследования заключается в том, что его результаты позволяют разработать скрининговые программы по выявлению групп риска развития возрастной макулярной дегенерации. Кроме того, полученные данные могут быть использованы при создании методологии персонализированной терапии ВМД и при оценке эффективности создаваемых биоинженерных препаратов для лечения макулодистрофии.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

События

Новые возможности

Для дальнейшего снижения заболеваемости и смертности от онкозаболеваний по инициативе временно исполняющего обязанности губернатора Калининградской области Антона Алиханова на базе отделения Калининградской областной клинической больницы создан Центр женского здоровья по обследованию женщин на выявление на ранних стадиях рака молочной железы и шейки матки.

– Такой центр создан впервые в нашем регионе, мы его ждали, – подчеркнул глава региона. – Это универсальный медицинский комплекс с широкими возможностями, который позволит выявлять и лечить эти виды онкозаболеваний, а значит, будет способствовать снижению смертности.

Всего на оснащение нового медицинского объекта из регионального бюджета было выделено 40,5 млн руб. В результате экономии средств при проведении конкурсных процедур эту сумму удалось снизить до 24,5 млн.

Как рассказал руководитель областного Минздрава Александр Кравченко, за последний год благодаря чётко выстроенной маршрутизации пациентов, переформатировании работы всей онкологической службы выявляемость на ранних стадиях онкозаболеваний в Калининградской области удалось увеличить с 4 до 57%.

Помимо диагностики в центре также будут вести приём высокопрофессиональные специалисты. А.Кравченко добавил, что центр полностью укомплектован, и к врачам смогут обратиться без направления врача как калининградки, так и жительницы муниципалитетов.

А.Алиханов сообщил, что на 2018 г. запланировано выделение средств на капитальный ремонт второй половины здания, а в перспективе – создание Центра семейного здоровья с более широким спектром оказания медицинских услуг населению Калининградской области на бесплатной основе.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Новости

Подари мне жизнь!

В ходе празднования Дня семьи, любви и верности центр охраны здоровья семьи и репродукции Медицинского консультативно-диагностического центра Минздрава Кабардино-Балкарской республики решил провести акцию «Подари мне жизнь!». Она была организована Фондом социально-культурных инициатив при поддержке Минздрава России.

В Центре охраны здоровья, семьи и репродукции в течение недели были открыты двери для жителей республики по вопросам профилактики абортов, планированию беременности и контрацепции. Всем желающим провели лабораторные обследования, УЗИ, консультации специалистов. Кроме того, для всех женщин республики в женских консультациях были прочитаны лекции по актуальным вопросам.

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Нальчик.

Вакцина против лихорадки Эбола

Прошёл первый этап отправки оборудования и вакцины для профилактики лихорадки Эбола на пострегистрационные исследования в Гвинейскую Республику.

Первые дозы вакцины, разработанные Федеральным научно-исследовательским центром эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, переданы в рамках помощи Гвинеи по предупреждению возникновения вспышек геморрагической лихорадки. В общей сложности, учёными центра было произведено более тысячи доз вакцины.

Российская вакцина разработана в рекордно короткие сроки и стала первой в мире официально зарегистрированной и разрешённой для клинического применения вакциной против болезни, вызываемой вирусом Эбола.

Андрей ДЫМОВ.

Москва.

Земских докторов становится больше

В Алтайском крае продолжается успешная реализация программы «Земский доктор». Недавно постановлением правительства Алтайского края утверждён порядок её реализации в этом году.

Единовременные компенсационные выплаты в размере 1 млн руб. в нынешнем году могут получить медицинские работники в возрасте до 50 лет, имеющие высшее образование и прибывшие в 2016 и 2017 гг. на работу в сельский населённый пункт, рабочий посёлок либо в посёлок городского типа или переехавшие туда на работу из другого населённого пункта и заключившие договор с Министерством здравоохранения Алтайского края.

Финансовое обеспечение выплат медицинским работникам осуществляется за счёт федерального и краевого бюджетов в соотношении 60 и 40% соответственно.

С 2012 г. в Алтайском крае в программе «Земский доктор» приняли участие 846 врачей, из них 147 – в прошлом году.

В 2017 г. в неё планируется включить 140 молодых специалистов, трудоустроившихся в подведомственные медицинские организации.

Елена ЛЬВОВА.

Алтайский край.

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

Здоровая жизнь

Вагон анонимного тестирования

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Вице-губернатор Приморья Павел Серебряков, поприветствовавший участников от региона, сказал: «Для нас быть отправной точкой такого крупного и важного проекта очень важно. Такие акции позволяют привлечь внимание в регионе к проблеме ВИЧ, помочь людям решиться прийти и сделать тест. В Приморье многое было сделано за последнее время в плане противодействия ВИЧ. Мы будем активно продолжать эту работу».

В свою очередь, директор Департамента общественного здоровья и коммуникаций Минздрава России Олег Салагай напомнил, что преодолеть проблемы, связанные с распространением ВИЧ-инфекции, возможно только совместными усилиями общества и органов власти, а также поблагодарил СМИ и общественные организации за поддержку проекта.

В акции во Владивостоке приняли участие не только пассажиры, оказавшиеся в этот день на вокзале, но и сотрудники целого ряда предприятий региона.

В течение 3 дней на железнодорожном вокзале Владивостока работали специалисты регионального Центра по профилактике и борьбе со СПИДом, которые проводили бесплатное анонимное тестирование на ВИЧ-инфекцию всем желающим с обязательным дотестовым и послетестовым консультированием. За эти дни более 800 человек прошли тестирование, что является абсолютным рекордом для подобных акций в регионе.

Церемония открытия акции «Стоп ВИЧ/СПИД» на перроне железнодорожного вокзала

После торжественной церемонии специально оборудованный вагон, в котором пассажиры могут пройти бесплатное и анонимное экспресс-тестирование на ВИЧ-инфекцию с дотестовым и послетестовым консультированием, начал своё движение в составе поезда Владивосток-Хабаровск, и далее проследует по регионам с высокими показателями распространённости ВИЧ-инфекцией. За первые часы поездки тестирование прошли уже десятки пассажиров.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Владивосток.

Фото Владимира КЛЫШНИКОВА.

Более подробно об акции читайте в ближайших номерах «МГ».

Работают мастера

Спасли от большой беды

Спинальные хирурги Краснодарского края поставили на ноги пациента из Москвы с затяжной и крайне опасной болезнью спины

В Краевую клиническую больницу № 1 им. С.В.Очаповского обратился 39-летний москвич Юрий, страдающий болезнью Бехтерева. Его позвоночник терял гибкость, деревенел, позвонки срастались друг с другом. Однажды два позвонка грудного отдела поломались. От паралича уберегла счастливая случайность… Пока Юрий выяснял, где и как в Москве лечат подобные болезни, верхняя часть позвоночного столба постепенно сгибалась.

В одной из столичных клиник Юрию предложили сложное, длительное и многоэтапное лечение. Пациент посчитал его чересчур рискованным. Ему посоветовали съездить в Краснодар, к спинальным хирургам НИИ – Краевая клиническая больница № 1: на их счету уже не один десяток успешно прооперированных «бехтеревцев».

Больного осмотрел заведующий нейрохирургическим отделением № 3 заслуженный врач РФ Игорь Басанкин. Он заверил Юрия, что проблему можно решить в ходе одного вмешательства, с доступом со стороны спины.

– При укладке пациента специалисты разместили под его грудью специальных валики. Такая модификация дала возможность уложить Юрия в соответствии с имеющейся формой позвоночника. Теперь стояла задача циркулярно – вокруг спинного мозга – убрать угловую деформацию на уровне перелома. В этом сегменте И.Басанкин аккуратно вырубил необходимого размера клин. Он позволил сложить позвонок и выпрямить весь позвоночный столб на 40 градусов – до физиологической нормы. Операция заняла 7 часов.

Сегодня пациент быстро идёт на поправку. По его словам, самочувствие – отличное, настрой – бодрый. Со стройной осанкой он уже прогуливается по коридорам клиники. Скоро выписка…

Дмитрий АНДРЕЕВ,
внешт. корр. «МГ».

Сотрудничество

Соединяя знания, научный и клинический опыт

Ростовский научно-исследовательский онкологический институт (РНИОИ) начинает сотрудничество с госпиталем Сеульского национального университета. 3 июля 2017 г. во время официального визита делегации из Южной Кореи между учреждениями был подписан меморандум о сотрудничестве в сфере здравоохранения.

Во время визита в ростовский онкоинститут, который является крупнейшим онкоцентром на юге России, ведущие хирурги госпиталя Сеульского национального университета ознакомились с работой диагностических и лечебных отделений, а также научно-экспериментальных лабораторий РНИОИ. Особый интерес южнокорейских специалистов вызвали исследования, проводимые учёными института в лабораториях молекулярной онкологии, иммунофенотипирования и культуры клеток. Это клинические и фундаментальные исследования, в том числе прикладные разработки в области онкоиммунологии.

Олег Кит и Кван-Вонг после подписания меморандума

У южнокорейских специалистов уже была возможность оценить профессиональный уровень ростовских хирургов. В 2016 г. несколько сотрудников ростовского института проходили стажировку в Сеуле. Полученные знания и навыки ростовские онкологи привнесли в свою каждодневную работу. После подписания меморандума специалисты РНИОИ смогут регулярно стажироваться в Южной Корее.

– С коллегами из Сеула мы будем взаимодействовать в вопросах лечения рака молочной железы, печени, желудка, поджелудочной железы, толстой кишки, рака простаты и щитовидной железы. Мы также планируем сотрудничать в сфере внедрения нового медицинского оборудования и технологий. Всё это будет способствовать повышению качества оказания онкологической помощи и развитию медицинской науки, – отметил генеральный директор РНИОИ член-корреспондент РАН Олег Кит.

Соединить знания, научный и клинический опыт – одна из ключевых задач сотрудничества ростовских онкологов с южнокорейскими врачами. Это возможность проводить научные конференции и симпозиумы, мастер-классы по хирургии, исследования в области клинической и фундаментальной онкологии.

После подписания меморандума в институте состоялся симпозиум. Научным и клиническим опытом с онкологами РНИОИ поделились ведущие хирурги Южной Кореи – профессора Кван-Вонг Ли и Джин-Янг Джанг. Специалисты из Сеула прочитали лекции по малоинвазивной хирургии, рассказали о последних достижениях хирургического лечения гепатоцеллюлярной карциномы и новых подходах хирургического лечения поджелудочной железы.

Алла МЫСНИК,
внешт. корр. «МГ».

Ростов-на-Дону.

Медицинская газета

№ 51 • 14. 7. 2017

100 строк на размышление

Нужны ли нам «живучие» традиции?

Важное и долгожданное событие произошло недавно в одном из районов Северного административного округа Москвы. В центре нового жилого квартала на улице Смольной, выросшего на месте старых жилых построек, вместе с новосёлами отпраздновало своё открытие и новое здание поликлиники. Когда-то учреждение здравоохранения, ютившееся в четырёхэтажке, переехало, без преувеличения, в красивое девятиэтажное здание. Долго ждали его жители, сотрудники поликлиники. И вот свершилось.

Заглянуть в новое здание поликлиники, которая является филиалом № 3 городской поликлиники № 45 Департамента здравоохранения Москвы, журналисту «Медицинской газеты», конечно, захотелось увидеть всё своими глазами, оценить «новинку»– это естественное желание. И она не разочаровала.

Давно мы не видели таких грандиозных красивых построек амбулаторной помощи. Современная, комфортная, необычная по планировке и отделке новостройка впечатлила. И архитекторы, и строители потрудились на славу. По всему было видно, что и сами сотрудники медицинского учреждения вложили в него много душевных сил.

Уже при входе, на 1-м этаже за стойкой регистратуры пациента встречал дежурный администратор, который отвечал на все вопросы, тут же – информационные табло, компьютеры для записи к специалистам. Для прикрепления к поликлинике нет никаких сложностей, дежурная выдаёт необходимые бумаги для заполнения и тут же информирует, что через 5 дней вы можете уже записываться к любому врачу. Информация о расположении кабинетов специалистов не только при входе в поликлинику, но и на каждом из 9 этажей.

Чувствуется, что забота о пациенте здесь на каждом шагу. Конечно, кто-то высказывает свои замечания, но большинство очень довольны. От пациентки в возрасте узнаю, что в поликлинике очень хороший эндокринолог, другие хвалили хирургов, терапевтов. На каждом шагу на этажах самая разнообразная информация, особенно не забыты инвалиды.

О таком подарке для населения очень хотелось рассказать поподробнее – каким оборудованием располагают специалисты, какую помощь, которой раньше здесь не было, сегодня могут получить пациенты, какие возможности и перспективы открылись для врачей.

А вот тут ожидали немалые «сюрпризы». Точнее – никто не отказывал в беседе, но руководитель данного филиала, его заведующая Ольга Хохлова посетовала, что для этого надо получить разрешение главного врача (для получения данной информации ушло 2 дня). Главный врач поликлиники Ольга Красильникова, которую трудно было застать по телефону, спустя 3 дня через секретаря также предложила обратиться за разрешением дать информацию в газете о поликлинике в Департамент здравоохранения Москвы.

Признаюсь, сделать это не трудно. Но уже не раз подобные обращения ничем не кончались. В отделе по связям с общественностью Департамента здравоохранения всегда просили отправить по электронной почте письмо с изложением задачи журналиста. Увы, никогда ответа не получали, а потому со временем поняли, что затея эта пустая.

Уверена, что посылая меня в департамент, руководители поликлиник, больниц ничего не выдумывали – таков в столице давно установленный порядок. Хотя казалось, что он уже отменён. Ведь прошло почти 30 лет, как данное правило было внедрено в практику взаимоотношений здравоохраненческого ведомства с журналистами. Это «новшество» ввел приснопамятный руководитель здравоохранения столицы. В его бытность стало появляться немало публикаций о недостатках в работе медицинских учреждений. Это, конечно, не могло понравиться начальству, и вот тогда появился негласный указ – запретить без разрешения департамента информировать общественность о положении дел в медицине. Давно уже нет «запретителя» – начальника, а дело его живет. Давно уже нашей Госдумой РФ принят закон «О средствах массовой информации», статья 47 которого «Права журналиста» гласит, что он имеет право «быть принятым должностными лицами в связи с запросом информации». Да, некоторые «традиции» очень живучи.

Но вот хочется сослаться на один наглядный и приятный пример. «Медицинская газета» под рубрикой «Клинический разбор» регулярно публикует отчёты с московских городских клинико-анатомических конференций, которые собирают руководителей столичных медучреждений и главных специалистов Департамента здравоохранения столицы. Проводятся они под председательством заместителя мэра Москвы по вопросам социального развития профессора, заслуженного врача РФ Леонида Печатникова. На конференциях подробно разбираются, казалось бы, неприятные, но поучительные случаи смерти больных с подробными нюансами случившегося, с высказываниями мнений специалистов об этих «ЧП». И говорить об этом вслух, выносить на суд ошибки врачей не боятся, потому что эти факты – хороший урок, настоящая учёба, как избежать возможных ошибок. Так почему же мы боимся рассказать о том интересном, новом, что появляется в нашем здравоохранении? Откуда страх и недоверие к нам?

Уважаемые руководители Департамента здравоохранения Москвы! Пожалуйста, отмените давно устаревшее бюрократическое указание, к тому же и противоречащее закону, запрещающее освещать жизнь учреждений здравоохранения без согласования. Облегчите журналистам их работу. Пусть каждый главный врач учреждения сам берёт на себя ответственность, сам решает, быть или не быть интересной информации, дать или не дать ей путёвку в жизнь. Заранее – спасибо.

Валентина ЗАЙЦЕВА,
редактор отдела здравоохранения,
член редакционной коллегии «МГ».

Конкурсы

Водители «скорой» – высокие профессионалы

В Омске на конкурсе профессионального мастерства выбрали лучшего водителя скорой помощи. Соревнования среди тех, кто не первый год «крутит баранку» в кабине медицинского транспорта, отмеченного красным крестом, проходили в два этапа.

Вначале конкурсантов проверили на знания правил дорожного движения, техники безопасности и порядка эксплуатации автомобиля. Затем, водители, сдавшие теоретическую часть, должны были состязаться в скоростном маневрировании машин скорой помощи. Этот этап конкурса профмастерства проходил на территории возле спортивного комплекса. Здесь участников ждали ситуации, с которыми им не раз приходилось сталкиваться и в реальной жизни. Нужно было выполнить задание быстрее всех, но не нарушая правил дорожного движения и с максимальной безопасностью для находящихся в салоне автомобиля.

За звание лучшего боролись 68 конкурсантов, до финала дошли 25 наиболее опытных водителей, не имеющих нарушений ПДД.

– Водители у нас – высокие профессионалы, – прокомментировал директор Автобазы здравоохранения Игорь Захарько. – Участникам нужно было продемонстрировать скоростное вождение со световыми, звуковыми сигналами, а также умение справляться с въездом в узкое пространство, ведь часто им приходится заезжать в узкие дворики, а затем сдавать назад...

Как сообщили в Министерстве здравоохранения Омской области, организаторы конкурса, чтобы заинтересовать молодёжь, которая не так давно трудится в этой отрасли, разделили участников на две категории: водители до 30 лет и старше. В итоге, победителем среди молодёжи стал водитель Сергей Михайлов, второе и третье места заняли Владимир Камалов и Дмитрий Шалаев. Среди водителей старшего возраста победу одержал Андрей Иванов.

Конкурс получился зрелищным, родные и близкие конкурсантов, пришедшие поболеть за них семьями и «группами поддержки», а также посмотреть на скоростное маневрирование «карет», испытали массу позитивных эмоций.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Инициатива

И до Кузбасса дошла трезвость

По инициативе Кемеровского областного клинического наркологического диспансера Кузбасс вошёл в международный социальный проект «Автотрезвость».

Его цель – повлиять на психологию участников дорожного движения, предупредить случаи вождения в состоянии опьянения и связанные с ними трагедии на дорогах. В России проект работает с 2013 г. К настоящему времени в него вошли 12 городов. Кузбасс станет вторым регионом-участником в Сибири и за Уралом (после Омской области). А областной наркологический диспансер – первым учреждением здравоохранения в стране, выступающим в роли организатора и координатора проекта.

«Решение начать реализацию данного проекта в Кузбассе было принято в октябре прошлого года, после представления «Автотрезвости» на совещании главных наркологов субъектов РФ в Москве, – уточняет главный нарколог Кемеровской области и Сибирского федерального округа, главный врач клинического диспансера, профессор Андрей Лопатин. – Проблема нетрезвого вождения, к сожалению, не теряет своей актуальности. Мы ищем различные варианты профилактики и считаем, что проект «Автотрезвость» заслуживает поддержки и со стороны наркологов, и со стороны правоохранительных органов, и со стороны органов власти. Он интересен именно своей творческой составляющей, поскольку подразумевает не только традиционные профилактические беседы, но и использование целого комплекса наглядных, привлекающих внимание элементов».

«Автотрезвость» объединяет два больших направления. Это информационно-просветительская работа среди различных групп населения, направленная на снижение существующего в обществе уровня терпимости к случаям нетрезвого вождения. А также – внедрение обучающего модуля «Алкоголь и вождение» в курс теоретической подготовки курсантов автошкол. Будущие водители не только узнают о медицинских и юридических последствиях пьянства за рулём, но и смогут примерить очки-тренажёры «Фатальное зрение», которые наглядно проиллюстрируют им, как меняется сознание и поведение человека под влиянием алкоголя.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

Профилактика

Врачи не остались в стороне

На главной набережной Волги в Астрахани состоялся большой праздник, посвящённый Дню семьи, любви и верности. Сотрудники центра медицинской профилактики и центра здоровья детей городской поликлиники № 1 не остались в стороне и приняли в мероприятии самое активное участие.

Так, на набережной были развёрнуты «точки здоровья» для взрослых и детей, в которых участники праздника могли узнать подробности о состоянии своего здоровья. Большой популярностью у населения пользовались раздаваемые памятки и буклеты профилактического характера, целью которых была популяризация здорового образа жизни.

Привлечение медиков для участия в подобных семейных мероприятиях в Астрахани давно стало традицией.

Вячеслав СВАЛЬНОВ.
МИА Cito!

Астрахань.

Проблемы и решения

К врачу за тридевять земель

Путь онкобольного от диагноза до лечения может и должен быть коротким

Национальная стратегия по борьбе с онкологическими заболеваниями, проект которой обсудили на прошедшем в Уфе IX Съезде онкологов России, главной целью имеет снижение смертности от рака за счёт повышения качества всех мероприятий, направленных на излечение пациентов. Именно так сформулировал предназначение разрабатываемого документа главный онколог Минздрава России, директор Российского онкологического научного центра им. Н.Н.Блохина, академик РАН Михаил Давыдов.

В Национальной антираковой стратегии закладываются новые целевые показатели, по которым будет оцениваться эффективность диагностики и лечения онкологических больных как в каждом субъекте РФ, так и в целом по стране: смертность от злокачественных новообразовании (ЗНО), одногодичная летальность, пятилетняя выживаемость, выявление ЗНО по стадиям. Способна ли российская онкологическая служба выдержать такой экзамен, имеются у неё для этого все необходимые ресурсы? Разговор об этом на съезде тоже был, и весьма откровенный. Участники форума обсудили острые вопросы финансирования онкологической помощи, в частности, лекарственного обеспечения. Остановились на задаче выстраивания оптимальной маршрутизации онкологических больных. Не обошли стороной проблему кадрового дефицита в онкологии и качество образовательных программ в данной области медицины.

Кто заменит онколога?

Очень важно, что вместе с делегатами съезда в обсуждении кадрового вопроса принимала участие директор Департамента медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Татьяна Семёнова.

Согласно приведённым ею данным, сегодня из 10,6 тыс. штатных должностей онкологов укомплектовано 86-89% в зависимости от уровня организации, которая оказывает онкологическую помощь. На этих ставках работает 7 тыс. специалистов. Очевидно, что неполная укомплектованность онкологической службы – это серьёзная проблема, без решения которой реализация Национальной антираковой стратегии будет затруднительна.

В то же время Т.Семёнова разъяснила грядущие изменения в оценке уровня профессиональной подготовки врачей всех специальностей, включая онкологов: «Нами разрабатывается особый порядок допуска к профессиональной деятельности, расширяются требования в рамках профессионального стандарта к знаниям, навыкам, умениям, уровню квалификации тех сотрудников, которые занимают те или иные должности в онкологической службе».

Признаться честно, укомплектованность лечебных учреждений специалистами-онкологами на 89% – это, можно сказать, вообще не проблема, если брать в расчёт только крупные города. В сельских районах страны ситуация куда более драматичная. Есть такие субъекты РФ, где в первичном звене укомплектованность онкологами менее 30%. К примеру, в Красноярском крае на 50 районов региона всего в 14 есть врачи с базовым онкологическим образованием. А с трёхгодичной ординатурой их станет ещё меньше, можно не сомневаться. Предвидя эту безрадостную перспективу, Минздрав Красноярского края принял решение нагружать терапевтов, работающих в сельских районах, функционалом онколога.

Здесь внимательно изучили нагрузку участковой службы и пришли к выводу, что она вполне позволяет терапевту или врачу общей практики вести мониторинг онкобольных на своём участке, своевременно оформлять направление на консультативный приём или на очередной курс лечения в краевой онкодиспансер, решать вопросы лекарственного обеспечения данной категории пациентов. Чтобы обеспечить терапевтам необходимый для этой работы уровень знаний, подготовлены несколько методических пособий и атласов. В частности, атлас возможных вариантов метастазирования разных опухолей, чтобы, наблюдая диспансерных онкологических пациентов, участковый терапевт был предельно насторожен в данном отношении. Также подробно расписаны индикаторные показатели ухудшения состояния онкологических больных и минимальный объём диагностики, которую в этом случае необходимо провести на уровне первичного звена.

Академик РАН М.Давыдов – с докладом о будущем российской онкологии

Далеко – не значит невозможно

Пример организации оказания онкологической помощи в Красноярском крае рассматривался и в другом разделе программы съезда – на заседании профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по онкологии, которое провёл академик М.Давыдов. Участники заслушали доклад главного врача Красноярского краевого клинического онкологического диспансера Андрея Модестова, посвящённый опыту маршрутизации онкологических пациентов в крае. Интерес специалистов именно к этой территории не случаен. Центральный НИИ информатизации и организации здравоохранения Минздрава России поделил все регионы страны на 9 возможных вариантов организации оказания онкологической помощи и маршрутизации пациентов, исходя из климато-географических и территориальных особенностей. Причём, 9-й вариант характерен только для одного субъекта РФ – Красноярского края, так как подобных ему территорий в нашей стране нет: протяжённость с севера на юг 4102 км, с запада на восток – 1250 км, удалённость северных районов – Норильск, Игарка, Дудинка – и отсутствие наземного транспортного сообщения с ними. За Полярным кругом проживают 200 тыс. красноярцев. На полуострове Таймыр время в пути вертолётом между двумя ближайшими населёнными пунктами иногда составляет часполтора. В южном направлении картина не намного лучше: наиболее удалённые районы находятся в 12 часах езды по трассе от краевого центра.

Коль скоро российская онкологическая служба поставила задачу добиться снижения смертности населения от онкопатологии, в частности, показателя одногодичной летальности, вопрос маршрутизации больных и соблюдения сроков начала лечения в этой повестке на первом месте. А в условиях огромной территориальной удалённости населённых пунктов от регионального онкологического центра правильная маршрутизация приобретает особое значение.

– В 2015 г. мы опросили около тысячи пациентов онкодиспансера, сколько дней они проходили обследование на уровне первичного звена до того, как приехали к нам на лечение? Оказалось в среднем 3,7 месяца. Для значительной части больных это невосполнимая потеря времени. Но вот ведь парадокс: все участники опроса прошли отдельные этапы обследования и верификации диагноза в сроки, определённые Программой госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи. То есть формально закон соблюдается, но по факту мы имеем запущенные случаи рака. Проблема в том, что эти сроки определены для среднестатистического пациента, а для онкологических пациентов они слишком велики, их необходимо минимизировать и закрепить законодательно, – говорит Андрей Модестов.

Сделать это можно на уровне субъекта РФ, что и произошло в Красноярском крае. Здесь в 2016 г. была утверждена Концепция снижения показателей инвалидизации и смертности пациентов со злокачественными новообразованиями до 2025 г., в рамках которой установлены предельно допустимые сроки начала специализированного лечения онкобольных. Срок работы первичного звена с пациентом при наличии у него подозрения на опухолевый процесс не должен превышать 14 календарных дней. Имеется в виду время от той даты, когда врач выявил у пациента некие «подозрительные» изменения во время проведения УЗИ или лучевой диагностики, до даты, на которую пациента записали на первичную явку в краевой онкологический диспансер.

– Результаты уже есть, жители края стали быстрее попадать в диспансер на первичный приём. И на уровне нашей консультативной поликлиники мы тоже стали сокращать сроки верификации диагноза: по новым правилам цитология должна проводиться в течение суток, гистология – 4. Мультидисциплинарная врачебная комиссия в составе радиолога, химиотерапевта и хирурга теперь собирается не два раза в неделю, а каждый день для определения плана лечения пациента. Срок ожидания очереди на госпитализацию для начала специализированного лечения уменьшился в среднем до 15 дней. Таким образом, общий период от впервые сформулированного подозрения на ЗНО врачом первичного звена до начала специализированного лечения в условиях краевого онкодиспансера составляет сегодня 1,5 месяца, то есть за счёт управленческих решений он сократился в два с лишним раза даже с учётом территориальных особенностей, – продолжает главный онколог Красноярского края.

Все эти регламенты оформлены в виде приказов краевого Минздрава, предусмотрен также контроль их исполнения. В настоящее время в регионе создаётся система онкологического мониторинга по аналогии с кардиомониторингом и перинатальным мониторингом. Речь идёт об информационной системе, которая позволяет администраторам поликлиник и краевого онкодиспансера отслеживать маршрут онкологического больного и определять, нет ли задержек на каком-либо этапе.

Необходимо учитывать и то, что пациент, состоящий на учёте у онколога, должен периодически приезжать в онкодиспансер. Для регионального бюджета, который оплачивает эти поездки для жителей удалённых районов, такая благотворительность влетает «в копеечку»: по итогам 2016 г. на поездки к врачам пациентов, проживающих в одной только Эвенкии, было потрачено 40 млн. бюджетных рублей.

– Мы пересмотрели периодичность явок диспансерных пациентов к специалистам онкодиспансера исходя из того, что, если нет прогрессирования болезни и жалоб, то достаточно сделать анализы на месте и отправить их в диспансер по каналам телемедицинской связи. В минувшем году дистанционных консультаций в Красноярского онкологического диспансера проведено около 800. Правда, идя навстречу интересам пациента и регионального бюджета, мы сталкиваемся с проблемами правового и финансового толка: в России до сих пор не принят федеральный закон о телемедицине и правомочности телеконсультаций, а значит, мы проводим такие консультации бесплатно, ФОМС не может оплачивать нам эту работу, как медицинскую услугу. Думаю, ситуация знакома системам здравоохранения всех субъектов РФ, и необходимо обратить на неё внимание законодателей, – обратился к коллегам А.Модестов.

Лекарства есть, денег мало

Что касается доступности лекарственных препаратов для лечения онкологических больных, участники съезда отметили имеющийся дисбаланс возможностей. С одной стороны, в России происходит оживление фармацевтической промышленности, сегодня уже 75% лекарств на фармрынке – препараты российского производства, хотя в основном это дженерики.

С другой стороны, вопрос лекарственного обеспечения по-прежнему остаётся крайне острым. Главная проблема, по словам академика М.Давыдова – высокая стоимость лекарств, учитывая тот факт, что класс противоопухолевых препаратов постоянно меняется, появляются новые – таргетные и иммунные препараты. И, как прозвучало на форуме, справиться со столь непростой задачей, как бесплатное обеспечение дорогостоящей лекарственной терапией хай-класса всех до единого онкобольных, пока не удаётся ни одной стране в мире.

Нельзя сказать, что эти слова послужат утешением больным. Тем более в нашей стране, где, чего греха таить, бесплатное лечение лучшими препаратами всегда гарантировано вовсе не «простым» и небогатым гражданам, а ровно наоборот – высокопоставленным и хорошо обеспеченным людям, пользующимся особыми привилегиями везде и во всём. И это грустно….

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Ориентиры

Из стационара – на домашнее лечение

Дистанционная реабилитация – шаг в будущее медицины

Сегодня наш собеседник – академик РАН Константин ЛЯДОВ, директор медицинского кластера АО группа компаний Медси.

– Константин Викторович, наши читатели помнят вас как главного врача ряда федеральных лечебных учреждений, начиная от Московской бассейновой больницы и заканчивая Лечебно-реабилитационным центром Минздрава России, который вы создали и которым эффективно управляли много лет. Чем объяснить, что успешный руководитель по собственному желанию сменил место работы? Что случилось, надоела рутина или, может быть, «кольчужка» стала маловата?

– Думаю, трудно назвать какую-то одну причину, хотя, наверное, вы правы – рутина заедала, всё-таки 19 лет административной работы – это много. Есть много идей, задумок, до которых просто не доходили руки, банально не хватало времени. Давно хотелось больше времени уделять науке. Пошёл на приём к министру здравоохранения. Вероника Игоревна с пониманием отнеслась к моему стремлению с «головой» окунуться в научные исследования. Но договорились, что останусь в Лечебно-реабилитационном центре советником по науке. Однако, человек предполагает...

Когда поступило предложение от Группы компаний Медси выделить ряд амбулаторных подразделений, а также большой, почти 700-коечный стационар и санаторий в отдельную бизнес-единицу и возглавить это объединение, меня впечатлило поле деятельности. Да и амбициозность глобальной задачи Медси – создание федеральной сети частных клиник, работающих и в Программе государственных гарантий и на рынке платных медицинских услуг, тоже подкупила масштабностью. Так что и здесь вы правы: новая «кольчужка» открывала совершенно новые горизонты. При этом мои задачи самые насущные и востребованные – стратегическое планирование, выработка оптимальных подходов к организации медицинской помощи, а рутинными вопросами занимаются главные врачи. Но даже в плотном рабочем графике у меня остаётся время на науку и исследования, потому что всё это взаимосвязано.

– За последнее время с вашим участием прошёл целый ряд мероприятий, посвящённых дистанционной реабилитации. Вы не первый год развиваете это направление. Какие есть продвижения на этом пути?

– Дистанционно-контролируемая реабилитация (именно так мы называем нашу методику), действительно начала создаваться группой врачей под моим руководством в Лечебно-реабилитационном центре. Не открою ничего нового, если скажу, что продолжение реабилитационного процесса после выписки из стационара является актуальной проблемой для всех специалистов, занимающихся реабилитацией, и не только в нашей стране. Пациенты после инсульта, черепно-мозговой или спинно-мозговой травмы, после тяжёлых операций, онкологические больные как после хирургического вмешательства, так и находящиеся на комбинированном лечении – все они и многие другие нуждаются в длительной и профессиональной реабилитации. К сожалению, мы все привыкли к тому, что она возможна только в стационаре или поликлинике.

– И вы решили опровергнуть это мнение?

– В первую очередь, мы попытались осмыслить, что не позволяет нашему пациенту продолжать реабилитацию в домашних условиях. При этом понимали, что для этого потребуется некий набор тренажёров, которые могут использоваться дома. Нужна сформированная реабилитационная программа, учитывающая возможности пациента, а в ряде случаев и его родственников, для оказания ему помощи в её реализации. В последующем, проведение контроля за тем, как он осуществляет эту программу. То есть, обязательно нужен специалист (чаще всего инструктор ЛФК), который дистанционно в режиме online контролирует порядок домашних занятий, их интенсивность, правильность выполнения упражнений. В этом принципиальное отличие нашего подхода от попыток делать упражнения дома самостоятельно, руководствуясь неким их описанием или записанными видеоизображениями.

И здесь, конечно, и нам, и нашим пациентам повезло, что мы встретились с единомышленниками, которые тоже работали над оптимизацией реабилитационных процессов. Наши идеи и разработки поддержал Департамент социальной защиты Москвы, его руководитель Владимир Петросян, заместитель руководителя, а ныне Уполномоченный по правам человека в столице Татьяна Потяева, сотрудники департамента. А техническую поддержку оказала и продолжает это делать фирма «Орторент», чьи инженеры разработали целую линейку тренажёров для использования в домашних условиях с возможностью удалённого включения, настройки и выбора программ тренировки.

– Так что же всё-таки представляет из себя дистанционно-контролируемая реабилитация?

– Всё начинается с очного консультирования пациента, который находится на стационарной реабилитации. Специалист обсуждает с ним и его родственниками возможность её продолжения в домашних условиях. В случае, если это признано целесообразным, формируется реабилитационная программа, подбираются тренажёры, которые будут доставлены пациенту домой на время домашнего реабилитационного курса, а в случае необходимости и компьютер с веб-камерой. Всё это – аренда тренажёров, и компьютер, и работа инструктора в Москве входит в программу домашней реабилитации, которая ежегодно организуется Департаментом социальной защиты города. За время, которое мы занимаемся дистанционно-контролируемой реабилитацией, через эту систему прошло уже больше тысячи пациентов, отработана методика, а пациенты и врачи убедились в эффективности предложенного нами подхода.

Мы выпустили первое методическое руководство по медицинской реабилитации. В нём подробно описывается дистанционно-контролируемая реабилитация (ДКР) у пациентов со спастическим гемипарезом вследствие перенесённого острого нарушения мозгового кровообращения или черепно-мозговой травмы. Выбор этой группы не случаен. Пациенты с подобным уровнем неврологического дефицита, как правило, выписываются из стационара, однако, им сложно самостоятельно применять приобретённые навыки и умения на реальные условия дальнейшей жизни. Вне стационара отсутствует помощь обученного персонала, безопасная и адаптированная среда. Возвращаясь домой, человек зачастую остаётся один на один с бытовыми неудобствами, с необходимостью построения новых отношений с социумом. Именно здесь роль ДКР трудно переоценить.

– И всё-таки, почему такой интерес именно сейчас? За неполные полгода прошли конференции и семинары в Казани и Набережных Челнах, в Иваново и в Перми. Да, необходимо совершенствование профессиональных компетенций специалистов в этой области. Или задача таких форумов дать толчок к развитию новых технологий медицинской реабилитации?

– Такой интерес связан с обсуждением и, надеюсь, скорым принятием закона о телемедицине. Нами накоплен огромный и уникальный опыт работы с пациентом, причём не только для нашей страны. Однако, я всегда подчёркиваю, что и создание программы реабилитации и итоговый контроль осуществляются специалистом при очном контакте с пациентом, инструктор контролирует правильность выполнения программы, но не может дистанционно изменить саму суть её наполнения. Это может сделать только врач при очном посещении. Сейчас ДКР не является медицинской услугой, это некий симбиоз медицинской консультации, оказанной врачом лично, и контроля за правильностью выполнения врачебных рекомендаций, осуществляемого дистанционно. С принятием закона о телемедицине мы сможем включить дистанционно-контролируемую реабилитацию в перечень медицинских услуг, тарифицировать её и определить место в программе ОМС. Ну в самом деле, зачем занимать койки реабилитационных отделений на 2-м или 3-м этапах реабилитации, которые пациенты с успехом могут пройти дома? Реабилитироваться по меньшему тарифу, но эффективно и контролируемо, сэкономив средства ОМС для стационарной реабилитации других, которые ещё не могут быть переведены на домашнее лечение.

Принятие закона о телемедицине открывает перед нами огромные перспективы. Мы надеемся, что наш опыт будет востребован коллегами.

– Желаю вам, Константин Викторович, и вашим коллегам приумножить накопленный потенциал и дальше быть первопроходцами современных технологий в новом направлении реабилитации.

СПРАВКА «МГ».

Клиническая больница Медси находится на Пятницком шоссе. Это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение полного спектра восстановительного лечения: поликлиника – диагностика – стационар – реабилитация. Стационар почти на 600 коек с максимально комфортными условиями пребывания. Расположен в лесопарковой зоне. Подобных пока в нашей стране нет.

Клиническая больница Медси на Пятницком шоссе

Беседу вела
Галина ПАПЫРИНА,
редактор отдела
региональной политики «МГ».

«Круглый стол»

Зарплата растёт. Но какой ценой...

Как сдвинуть с места кадровую проблему в здравоохранении?

Общероссийский народный фронт обратится в Правительство РФ с предложением рассмотреть вопрос о разработке и утверждении государственной программы поэтапного сокращения дефицита медицинских кадров, в которой необходимо предусмотреть в том числе меры социальной политики по повышению привлекательности отрасли здравоохранения.

Ситуация катастрофическая

Предложение обратиться в Правительство страны с идеями по разрешению кадрового вопроса озвучил на встрече за «круглым столом» член центрального штаба ОНФ, президент НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

– Сделать здравоохранение по-настоящему привлекательной отраслью для самих же врачей, а оплату их труда и условия жизни – достойными тех усилий, которые они прилагают ради нашего с вами благополучия, – это долг государства. Об этом долге напоминают и Майский указ Президента РФ, предусматривающий разработку комплекса мер по обеспечению системы здравоохранения страны медицинскими кадрами, и целый ряд поручений, касающихся социальных гарантий для медиков, данных главой государства по итогам медицинского форума ОНФ в 2015 г. Пока мы не видим заметных перемен в этом направлении. Поэтому ОНФ принял решение обратиться в Правительство РФ с просьбой рассмотреть вопрос о разработке и утверждении отдельной государственной программы по поэтапному сокращению дефицита медицинских кадров, в которой должны быть предусмотрены в том числе меры социальной политики по повышению привлекательности отрасли здравоохранения, – сказал Л.Рошаль.

Президент НМП считает, что важно также обсудить вопрос о распределении выпускников в медицинских учебных заведениях, обучающихся за государственный счёт. По его мнению, без решения этого вопроса в ближайшее время кадровую проблему решить будет невозможно.

И хотя, по данным Минздрава России, дефицит медицинских кадров немного снизился, в реальности же, как отмечают медработники в регионах, он является катастрофическим.

Формально потребность в медицинских кадрах уменьшилась, но в основном за счёт оптимизации медицинских учреждений. Однако при этом врачи вынуждены совмещать ставки, а из-за высоких показателей совместительства (в 2016 г. по России он составлял 1,46) снижается качество медицинских услуг и растёт вероятность врачебных ошибок. Молодые специалисты не идут работать в первичное звено, так как большая нагрузка там сочетается с невысокой зарплатой и скромными социальными льготами.

Наиболее распространённые проблемы, о которых говорили региональные эксперты, – это несовершенство формы начисления заработной платы, когда её средний размер определяется не размером ставки, а суммируется из всех доплат и подработок медиков, а также проблемы подготовки и переподготовки медицинских кадров, непрерывного образования и аккредитации, проблемы при реализации программы «Земский доктор», в которую не попадают малые населённые пункты, расположенные вблизи крупных городов, транспортная доступность, оснащённость современным медоборудованием.

Необходимо изменить методику расчёта средней заработной платы работников здравоохранения, исходя из продолжительности рабочего времени, а также ввести справедливую систему распределения стимулирующих выплат, исключив влияние на неё субъективных факторов – с таким предложением выступили участники дискуссии.

– Получается, что размер зарплаты в здравоохранении вроде бы растёт и есть о чём отчитаться, но это – не результат работы региональных чиновников, а итог дополнительных усилий самих врачей. Поэтому важно, чтобы медицинские учреждения при поддержке региональных властей провели работу по совершенствованию оплаты труда медработников, сбалансировав долю тарифной ставки в размере заработка: на долю оклада должно приходиться 55-60%, 30% – стимулирующие выплаты по достижению определённых результатов работы и 10-15% – компенсационные выплаты в зависимости от условий труда. А сейчас, к примеру, у нас в Республике Коми 35% заработка составляет оклад, 21% – компенсационные выплаты и 44% – стимулирующие, – представил свой взгляд на ситуацию главный врач Койгородской центральной районной больницы Республики Коми, эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость» Вадим Мечетин.

Снизить дефицит кадров

Действия госпрограммы «Земский доктор» необходимо распространить на города и посёлки с численностью населения до 10-15 тыс. человек для того, чтобы снизить остроту кадрового дефицита в больницах небольших населённых пунктов, считают участники «круглого стола». По их мнению, это было бы актуально, поскольку нередко медики, работая фактически в условиях сельской местности, не имеют никаких льгот и социальных выплат, потому что населённый пункт формально входит в состав городского округа.

Эксперты из ряда регионов рассказали о печальной для системы здравоохранения тенденции, когда малые населённые пункты исключаются из программы по формальным признакам, а врачей, уже получивших положенный по программе миллион рублей, вынуждают вернуть деньги.

К примеру, населённые пункты находятся на расстоянии 30 км, а в некоторых случаях – и 70 км от города, но тем не менее входят в городской округ, и льготы и социальные выплаты, гарантированные государством на них не распространяются. Такие населённые пункты формально теряют сельский статус, хотя по числу населения, инфраструктуре остаются сёлами.

– В Самарской области в 2005 г. посёлок городского типа Прибрежный был включён в состав городской территории, и после этого начались проблемы, связанные, например, с потерей льгот, предусмотренных для жителей села. В результате низкие зарплаты и отсутствие льгот, несмотря на то, что работать приходится фактически в условиях сельской местности, привели к затяжному и острому дефициту врачей и медсестёр. Фактически подобные населённые пункты не являются городами, не имеют развитую социальную инфраструктуру и транспортную доступность, но при этом лишены тех социальных льгот, которые предоставляются программой для села. В итоге привлечь туда молодые кадры шансов почти не остаётся, – рассказал уролог-андролог эксперт рабочей группы ОНФ «Социальная справедливость» Олег Сабанцев.

Участники «круглого стола» напомнили, что активисты ОНФ неоднократно поднимали вопрос о необходимости расширения программы «Земский доктор». После того как эта тема была озвучена на форуме ОНФ по здравоохранению в сентябре 2015 г., Президент РФ, лидер Общероссийского народного фронта Владимир Путин дал соответствующее поручение. При содействии депутатов – представителей ОНФ удалось расширить программу: был увеличен возраст её участников программы до 50 лет, сама программа была распространена на посёлки городского типа.

Поручено Правительству

По итогам дискуссии экспертам ОНФ поручено обобщить предложения, прозвучавшие в ходе заседания, и направить перечень мер по преодолению дефицита кадров в здравоохранении в Правительство РФ.

В частности, разработать комплексную программу по оказанию государственной поддержки в улучшении жилищных условий молодым специалистам, специалистам здравоохранения в населённых пунктах с населением до 10 тыс. человек, работникам здравоохранения дефицитных профессий, предусмотрев различные варианты: полную или частичную компенсацию арендной платы, выделение служебного жилья с возможным последующим оформлением в социальный найм, льготные условия ипотечного кредитования.

Также ОНФ ставит вопрос об увеличении коэффициента оплаты медицинской помощи для медицинских организаций первого уровня, расположенных в сельской местности или отдалённых территориях, до уровня 1,6.

– Мы также просим рекомендовать главам субъектов провести работу по совершенствованию оплаты труда медиков, закрепив долю тарифной ставки заработной платы в пределах 55-60%, долю стимулирующих и компенсационных выплат – в пределах 40-45%, разработать и утвердить программы «Сельский фельдшер» и «Сельская медсестра», – заявил Л.Рошаль.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Акции

Когда приходит надежда

Щитовидная железа и качество жизни женщины

В течение последних 9 лет в мире проводится Международная неделя щитовидной железы. Мероприятия, проходящие в её рамках, призваны помочь людям в разных странах обратить внимание на состояния, которые могут быть связаны с данными заболеваниями.

По результатам международного исследования, выполненного по инициативе Международной федерации щитовидной железы (TFI), многие женщины не догадываются, что появление таких симптомов, как изменения веса, раздражительность, тревожность, быстрая утомляемость может быть обусловлено расстройством функции щитовидной железы.

Заболеваниями щитовидной железы страдают в мире более 200 млн человек, а в некоторых странах оно остаётся не выявленным у 50% населения.

При этом данные заболевания встречаются у женщин в 10 раз чаще, чем у мужчин: к 60 годам у 17% женщин развивается гипотиреоз – самое распространённое нарушение функции щитовидной железы, возникающее из-за изменений гормонального фона. Если гормональный дисбаланс не диагностируется и не проводится медикаментозная терапия, это может негативно отражаться на состоянии здоровья и качестве жизни человека. Поэтому особое значение приобретает осведомлённость о симптомах нарушений работы щитовидной железы и принятие необходимых мер при их выявлении.

Исследование, проводившееся в 7 странах, выявило общую тенденцию: симптомы, которые могут сигнализировать о заболеваниях щитовидной железы, женщины чаще всего связывают со своим образом жизни. Почти половина респондентов (49%) указали, что именно этим они объясняют беспокойство и нарушение сна, а 40% указали этот фактор как причину депрессии, тревоги, усталости.

На самом деле эти состояния могут свидетельствовать о наличии заболеваний щитовидной железы. Почти четверть (23%) респондентов указали, что депрессия, беспокойство, раздражительность стали частью их жизни, а 19% сообщили, что они жаловались близким на постоянное чувство усталости.

По словам специалистов, исследование таким образом выявило важную причину того, почему заболевания щитовидной железы остаются не диагностированными и не проводится их лечение у миллионов людей, что приводит к значительному ухудшению качества их жизни. Сейчас появилась надежда, что при возникновении таких состояний должным образом информированные женщины обратятся к врачу.

– Симптомы дефицита гормонов щитовидной железы (гипотиреоза) – это вялость, снижение концентрации внимания, депрессия, нарушения менструального цикла, прибавка веса, – говорит член-корреспондент РАН Валентин Фадеев. – Об избытке гормонов щитовидной железы (тиреотоксикоза) может свидетельствовать потеря веса, сердцебиения и психическая лабильность, мышечная слабость. Как гипотиреоз, так и тиреотоксикоз могут приводить к серьёзным нарушениям работы всех функциональных систем организма. Наиболее опасны нарушения функции щитовидной железы во время беременности, так как они могут отразиться на развитии ребёнка.

Основной трудностью, по его словам, при выявлении дисфункций щитовидной железы является тот факт, что гормоны, вырабатываемые ею, регулируют различные функции организма, поэтому симптомы заболевания могут быть разными и не иметь определённых или специфических особенностей.

Именно этим объясняются причины недостаточной диагностики таких заболеваний, обнаруженные в ходе исследования.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

Медицинская газета

№ 51 • 14. 7. 2017

Проблемы и решения

Заманчивая перспектива для гериатров

Ранняя диагностика заболеваний, ассоциированных с возрастом

В настоящее время всё большее значение придаётся ранней, доклинической диагностике заболеваний, которые ассоциированы с возрастом, например, болезнь Альцгеймера. Известно, что доклиническая стадия её протекает на протяжении не менее двух десятков лет. Ранняя диагностика возрастных заболеваний позволяет своевременно начать лечебно-реабилитационные мероприятия и повысить степень функциональности пациента при их развитии. Проведённые в отделе патоморфологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта в Санкт-Петербурге исследования и анализ данных позволяют считать, что новым, перспективным и легкодоступным объектом для неинвазивной прижизненной диагностики заболеваний, ассоциированных с возрастом, является буккальный эпителий (БЭ).

И диагноз и прогноз – в «одном флаконе»

БЭ – это пограничная зона между внешней и внутренней средой организма, что важно, поскольку изменения функциональной активности клеток БЭ (процессы клеточного обновления и дифференцировки, экспрессия различных сигнальных молекул) во многом отражают состояние локального и системного гомеостаза организма или его нарушения при патологических состояниях. То есть БЭ, как доступный материал для прижизненного цитологического исследования, может служить источником важной диагностической и прогностической информации о состоянии здоровья, стрессовых воздействиях, влиянии факторов внешней среды, соматической патологии и биологического возраста человека.

Проведённые исследования показали, что БЭ может рассматриваться также, как материал для возможной диагностики процессов старения организма. Было установлено, что с возрастом в БЭ снижается экспрессия матриксной металлопротеиназы 9, которая может служить маркёром диагностики синдрома преждевременного старения. Фактор роста эндотелия сосудов VEGF – это маркёр образования новых кровеносных сосудов и роста незрелых кровеносных сосудов. Стимулируя функциональную активность эндотелиальных клеток, VEGF играет центральную роль в процессе ангиогенеза. Установлено, что многие опухоли экспрессируют его. Кроме того, уровень VEGF непосредственно регулируется такими факторами окружающей среды, как pH, давление, концентрация кислорода. Влияние различных факторов внешней среды заключается в опосредованной через VEGF стимуляции важных для ангиогенеза факторов, включая антиапоптотические белки, молекулы клеточной адгезии и матриксные металлопротеиназы.

И.Кветной

Методами иммунофлуоресцентной конфокальной микроскопии и иммуноцитохимии нами установлено, что с возрастом экспрессия VEGF в БЭ достоверно снижается, причём наиболее выраженное её уменьшение наблюдается у людей старческого возраста, тогда как у лиц зрелых и пожилых это снижение носит менее значительный характер. Снижение экспрессии фактора роста сосудов в БЭ может отражать уменьшение способности тканей к регенерации и нарушение их трофики не только в слизистой оболочке щеки, но и во всех тканях и органах. Таким образом, изучение экспрессии VEGF является методом интегральной оценки гомеостаза организма при старении.

Мелатонин, как маркёр старения

По данным гистологического исследования буккальные клетки имеют хорошо различимую цитоплазму, занимающую примерно 80% клетки и небольшое, округлой формы ядро, расположенное в её центре. В некоторых случаях в цитоплазме клеток верифицируются небольшие округлые везикулы, в которых, вероятно, находятся биологически активные вещества, секретируемые БЭ. В связи с этим было предпринято исследование экспрессии в БЭ молекул – маркёров нейроиммуноэндокринной системы – хромогранина А и мелатонина. Хромогранин А является цитоплазматическим маркёром нейроэндокринных клеток. Этот белок секретируется при повышенной продукции пептидов. По данным иммуноцитохимического исследования, с возрастом наблюдается линейное снижение экспрессии хромогранина А в БЭ. Так, максимальное снижение синтеза этого белка выявлено у лиц старческого возраста – почти в 7 раз по сравнению с молодыми людьми. Кроме того, по данным иммунофлуоресцентной конфокальной микроскопии экспрессия хромогранина А у пожилых людей почти в 2 раза ниже по сравнению с лицами зрелого возраста. Полученные данные указывают на возрастное снижение скорости метаболизма и эндокринной функции буккальных клеток.

Мелатонин является общепризнанным маркёром старения. Снижение уровня ночного пика его секреции наблюдается как при ускоренном и естественном старении, так и при различной полиморбидной патологии. Установлено, что экспрессия мелатонина в БЭ у людей с возрастом резко снижается. Наиболее значительное снижение наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, что хорошо согласуется с данными возрастного снижения уровня синтеза этого гормона в других экстрапинеальных источниках.

Кроме того, в буккальном эпителии с возрастом наблюдается изменение экспрессии сигнальных молекул – маркёров клеточного обновления – пролиферотропного протеина Ki67 и проапоптотического белка p53. С возрастом происходит смещение процессов клеточного обновления буккального эпителия в сторону повышения клеточной гибели и снижения способности клеток к делению. С одной стороны, повышение уровня каспаза-зависимого апоптоза снижает риск развития опухолей, с другой – при старении этот процесс способствует уменьшению пула буккальных клеток, выполняющих барьерную функцию.

Шаги к индивидуальной программе

Обобщая данные по использованию БЭ для молекулярной диагностики различной патологии можно сделать вывод о том, что этот объект, получаемый неинвазивным путём, может найти широкое применение благодаря способности его клеток, экспрессируя различные сигнальные молекулы, осуществляющие нейроиммуноэндокринные межклеточные взаимодействия, отражать процессы локального и системного гомеостаза.

К.Прощаев

Прежде всего, БЭ может применяться в диагностике иммунной патологии. Клетками БЭ синтезируется ряд сигнальных молекул: хемокины (IL, INF, GM-CSF), ангигенпрезентирующих, коадгезивных, костимулирующих молекул (CD40, CD54, HLA), участвующих в активации различных субпопуляций иммунных клеток. Следовательно, изменение экспрессии этих молекул может являться диагностическим признаком нарушения гомеостаза в иммунной системе. Практическое применение этого свойства БЭ отражено в работах по диагностике бронхиальной астмы и воспалительных процессов желудочно-кишечного тракта у детей. Важно отметить, что высокоинформативными маркёрами БЭ в диагностике болезни Крона и язвенного колита оказались хемокины CXCL8, CXCL9 и CXCL10.

Кроме того, БЭ оказался многообещающим объектом для дифференциальной диагностики и прогнозирования развития гиперпластических процессов, малигнизации и метастазирования опухолей головы и шеи. Установлено, что важнейшими молекулярными маркёрами БЭ в отношении новообразований являются белки катепсин-Д, Е-кадерин, p53, S100A7 и VEGF.

Полученные ранее данные об изменении экспрессии различных сигнальных молекул в коже, лимфоцитах крови, желудочно-кишечном тракте и тучных клетках при болезни Альцгеймера позволили предположить, что это заболевание является системным и, следовательно, его молекулярно-клеточные проявления могут отражаться и на состоянии БЭ. Было установлено, что у пожилых пациентов с болезнью Альцгеймера в клетках БЭ наблюдается выраженное повышение экспрессии тау-протеина и снижение синтеза эпидермального фактора роста EGF и белка Е-кадгерина.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о перспективном использовании БЭ, как материала для прижизненной диагностики нейродегенеративных заболеваний человека.

В настоящее время использование БЭ в диагностических целях ещё не получило всеобщего распространения, однако перспективность развития такого подхода в молекулярной медицине не оставляет сомнений, учитывая широкий диапазон социально-значимых заболеваний, молекулярные механизмы которых связаны с изменением экспрессии сигнальных молекул, верификация которых возможна в клетках БЭ.

В центре функционального долголетия научно-исследовательского центра «Геронтология» проводится забор БЭ, как доступного для прижизненного гистологического исследования неинвазивным путём.

Получение образцов БЭ производится из ротовой полости (слизистая оболочка щеки), может осуществляться не ранее чем через 4 часа после приёма пищи (предварительно промыв полость рта водой или физиологическим раствором) стерильными разовыми микрощётками с синтетическим ворсом. После взятия соскоба, его путём стряхивания помещают в стерильную одноразовую пробирку с физиологическим раствором. Полученные при исследовании результаты помогают разработать высоко персонализированные программы ведения пациентов.

Информацию о данном методе важно донести до широкого круга врачей. Сегодня гериатры очень нуждаются в новых знаниях, в повышении своей квалификации, интересном опыте, который помогает им в нелёгкой работе. А мы постараемся включить данную информацию в свои учебные планы в новом году.

Игорь КВЕТНОЙ,
руководитель отдела патоморфологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О.Отта, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ.

Санкт-Петербург.

Кирилл ПРОЩАЕВ,
директор Научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология», профессор Института повышения квалификации ФМБА, доктор медицинских наук, профессор.

Москва.

Фото Юрия ЛУНЬКОВА.

Тенденции

Кровь в сумке-холодильнике

Медицинские учреждения Омской области получили сумки-холодильники для повышения доступности лабораторной диагностики

Процесс централизации лабораторных исследований в больницах Прииртышья начался в 2014 г., когда на базе клинического диагностического центра была организована централизованная лаборатория, призванная обеспечивать доступность лабораторной диагностики жителям всей области.

В централизацию, по сообщению регионального Минздрава, были включены наиболее сложные и уникальные исследования крови (определение онкомаркёров, гормонов, маркёров аутоиммунных заболеваний, инфекций), которые ранее не проводились в лабораториях области, а кровь отправлялась в Москву, Новосибирск.

Финансирование лабораторных исследований в рамках централизованной лаборатории осуществляется Фондом обязательного медицинского страхования, а это значит, что исследования бесплатны для пациентов. Механизм работы такой цепочки очень простой: пациенты сдают кровь по месту медицинского обслуживания (в тех поликлиниках и больницах, где они прикреплены). Со всей области кровь доставляется в диагностический центр, где проводятся исследования. Затем с помощью специально созданной информационной системы результаты исследований в режиме реального времени отправляются в больницы, где доктора видят результаты одновременно со специалистами диагностического центра. Всё происходит максимально оперативно, без промедлений.

Особое внимание в условиях централизации лабораторных исследований уделяется соблюдению медицинскими учреждениями требований так называемого преаналитического этапа. Во-первых, забор крови осуществляется в вакуумные пробирки с гелем, что позволяет сохранить пробу для исследования в соответствии с ГОСТ. Во-вторых, проводится специальная подготовка проб крови к транспортировке (центрифугирование на месте, соблюдение температурного режима, условий хранения и доставки). В-третьих, транспортировка ведётся в специальных сумках-холодильниках.

Эти сумки оборудованы термоиндикаторами, обеспечивающими сохранение и контроль необходимого температурного режима. Комплектом таких сумок на сегодняшний день обеспечены все 84 медицинских учреждения, участвующие в централизации.

– Логистика здесь играет важную роль, поэтому мы работаем над тем, чтобы все этапы были чётко отлажены, – рассказала заведующая централизованной лабораторией диагностического центра, доктор медицинских наук, профессор Татьяна Долгих. – Все больницы, участвующие в процессе централизации, обеспечены пробирками, штативами для пробирок, хладагентами и специальными сумками-холодильниками. Регулярно проводятся выезды в районы, аудиты с целью контроля этапа сбора и отправки биоматериала, тренинги и обучение.

Кстати, за 3 года работы централизованной лаборатории клинического диагностического центра проведено более 10,5 млн исследований.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 48 (2078)

Оказание скорой медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности

Клинические рекомендации

(Продолжение. Начало в № 50 от 12.07.2017.)

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Информация для пациента и позвонившего в службу скорой медицинской помощи.

До приезда бригады скорой медицинской помощи принять следующие меры:

– необходимо обеспечить пациенту свободное дыхание (расстегнуть тугой воротник, ослабить ремень и т.д.) и приток свежего воздуха;

– разрешить больному самому найти удобное для него положение тела, например, сидеть вертикально или полулёжа;

– постараться успокоить больного;

– не давать пить и есть;

– найти препараты, которые принимает больной, и показать их персоналу СМП;

– не оставлять больного без присмотра.

Обследование на догоспитальном этапе

Если реанимационные мероприятия не требуются и больной доступен контакту, необходимо целенаправленно собрать краткий анамнез:

– когда появились первые признаки заболевания (обычно одышка в покое или при минимальной нагрузке);

– есть ли кашель, «сухой» или с мокротой и её характер;

– какие лекарственные средства принимает больной, регулярно или по требованию;

– имеются ли признаки инфекции; обязательно измерение температуры тела;

– есть ли боли в груди и их характер;

– какими хроническими заболеваниями страдает больной.

Объективное обследование включает:

– положение больного в постели;

– оценка состояния сознания и психологического статуса;

– цианоз или влажность кожных покровов;

– осмотр кожных покровов (включая волосистую часть черепа)

– наличие признаков стеноза гортани (стридорозное дыхание, осмотр полости ротоглотки);

– участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;

– измерение пульса, артериального давления, частоты дыхания, температуры тела;

– аускультация лёгких и сердца.

Необходимые инструментальные исследования:

– электрокардиография;

– пульсоксиметрия (измерение насыщения капиллярной крови кислородом).

Лечение ОДН на догоспитальном этапе.

Основные принципы лечения ОДН:

– оказание медицинской помощи, направленной на восстановление проходимости дыхательных путей, нормализацию газообмена и лёгочной вентиляции;

– определение и устранение главных причин развития синдрома ОДН;

– устранение нарушений системы кровообращения;

– симптоматическая терапия, направленная на коррекцию КОС, обезболивание, устранение гипо- или гиперволемии и пр.

Стандартный комплекс скорой (в т.ч. специализированной, экстренной и неотложной) медицинской помощи при крайне тяжёлой ОДН является началом сердечно-лёгочной реанимации, при осуществлении которой необходимо руководствоваться соответствующими рекомендациями (категория доказательств: В, 1+). При восстановлении сердечной деятельности больной должен быть доставлен в ОРИТ стационара.

Интенсивное лечение синдрома ОДН начинают с кислородотерапии, которая в обязательном порядке показана при насыщении гемоглобина кислородом (SpO_2) менее 92% и клинических признаках гипоксемии. Цель кислородотерапии добиться значений SpO_2 выше 92% (категория доказательств А, 1+). При таком значении SpO2 достигается удовлетворительный транспорт кислорода тканям. Источником кислорода служит специальный баллон с редуктором-ингалятором, обеспеченным дозиметром объёмной скорости потока газа л/мин. Соединение больного с источником кислорода обычно выполняют с помощью носовых канюль. Объёмную скорость подачи кислорода регулируют эмпирически методом титрования с тем, чтобы достичь значения SpO_2 превышающим 92%. Скорость подачи кислородовоздушной смеси у больных без предшествующей хронической дыхательной недостаточности 5-6 л/мин, при наличии – 2-2,5 л/мин. Если добиться желаемого результата с помощью носовых канюль не удаётся, используют другие приспособления (см. табл. 2).

Во время транспортировки показано продолжение ранее начатой респираторной поддержки, а также обеспечивается контроль проходимости дыхательных путей, параметров гемодинамики.

Медикаментозная терапия ОДН определяется нозологической формой заболевания или патологического состояния, которые явились её причиной.

Жаропонижающие препараты при лихорадке выше 39^{0}С у больных без осложнений и сопутствующих заболеваний, а при наличии последних при температуре тела выше 38^{0}С (парацетамол в максимальной разовой дозе 1 г, в максимальной суточной дозе 4 г).

Ненаркотические анальгетики для обезболивания при плевральной боли (кеторолак в/в 30 мг/1 мл, дозу необходимо вводить не менее чем за 15 секунд, при внутримышечном введении анальгетический эффект развивается через 30 минут; препарат обладает и жаропонижающим эффектом. Не следует сочетать кеторолак с парацетамолом из-за повышения нефро- и гепатотоксичности. Может также быть использован лорноксикам внутрь по 8 мг, запивая стаканом воды. Препарат также обладает жаропонижающим эффектом.

При бронхообструктивном синдроме – бронходилататоры (сальбутамол ингаляционно 1-2 дозы/100-200 мкг аэрозоля или 2,5-5 мг через небулайзер). При выраженной бронхообструкции необходимо рассмотреть целесообразность системного введения глюкокортикоидов.

Дезинтоксикационная терапия (изотонический раствор, 5%-ный раствор глюкозы, гемодез-Н, объём однократного введения 200-400 мл).

При артериальной гипотензии (АД < 90/60 мм рт.ст.) – начать восполнение потери жидкости, учитывая, что при повышении температуры на 1^{0}С количество жидкости в организме уменьшается на 500 мл/сут (0,9%-ный раствор натрия хлорида – 400 мл в/в, 5%-ный раствор декстрозы – 400 мл в/в, быстрая инфузия, гидроксиэтилкрахмал 500 мл).

При сохраняющейся артериальной гипотензии после восполнения объёма циркулирующей крови применяют допамин в/в капельно со скоростью 4-10 мкг/кг в минуту, но не более 15-20 мкг/кг в минуту: развести 200 мг допамина в 400 мл 0,9%-ного раствора натрия хлорида или 5%-ного раствора декстрозы и вводить по 2-11 капель в минуту до достижения систолического АД 90 мм рт.ст. Необходимо постепенное снижение скорости введения допамина. Противопоказания: феохромоцитома, фибрилляция желудочков.

При тяжёлом и жизнеугрожающем обострении больной должен быть немедленно госпитализирован. Медицинская эвакуация осуществляется на носилках в полусидячем или сидячем положении. В период осмотра, оценки состояния и при транспортировке осуществляется проведение лечебных мероприятий:

– ингаляции увлажнённым кислородом 1-4 л в минуту;

– одновременно ингаляции сальбутамола 2,5 мл (2,5мг) или 3-4мл (60-80 капель) раствора беродуала+ преднизолон внутривенно 90-120 мг или внутрь 20-30 мг либо другой ГКС в дозе, эквивалентной преднизолону,

или

– ингаляция 3-4 мл (60-80капель) раствора беродуала в сочетании 1-2 мг (2-4 мл) суспензии пульмикорта через небулайзер.

При невозможности указанного лечения – ингаляции через спейсер одного из препаратов:

– дозированный аэрозоль сальбутомола, или фенотерола 400-800 мкг(4-8 доз), или беродуала 4 дозы через 20 минут в течение одного часа,

или

– сальбутамол, фенотерол каждые 60 секунд до 20 доз;

– ГКС назначаются в объёме, указанном в таблице 3.

Согласно международным согласительным документам при тяжёлом обострении БА внутривенное и пероральное назначение ГКС одинаково эффективно (уровень доказательности А). При отсутствии этих препаратов назначаются внутривенно последовательно эуфиллин 240 мг и преднизолон 90-120 мг.

При крайне тяжёлом состоянии, больного интубируют однопросветной трубкой и проводят ИВЛ в принудительном режиме с контролем по объёму (VC-CMV). Примерные начальные параметры ИВЛ: FiO_2 = 0,8-1,0, VT = 8-10 мл/кг, f = 10-12 в мин, PEEP = 0 – +5 см H_2O, Ti:Te = 1:2, Pmax < 55-60 см H_2O.

Клинические показания к переводу на ИВЛ:

- Апноэ или угроза остановки дыхания (дыхание менее 6-8 вдохов в минуту).
- Острая нестабильность гемодинамики, остановка сердечной деятельности.
- Тахипноэ свыше 35 вдохов в минуту (быстро прогрессирующая усталость дыхательной мускулатуры и угроза наступления апноэ).
- Быстро нарастающая ДН, резистентная к проводимой ингаляции кислорода.
- Быстро нарастающее угнетение сознания у пациента, кома с нарушением кашлевого и глотательного рефлексов.

При решении вопроса о переводе пациента на ИВЛ на догоспитальном этапе доступна пульсоксиметрия. Показанием для перевода на ИВЛ следует считать снижение SpO_2 ниже 85%. Нормальные значения SpO_2 = 94-98%.

Таблица 1

Ключевые диагностические признаки основных заболеваний, сопровождающихся острой дыхательной недостаточностью

Заболевание	Признаки
Приступ бронхиальной астмы	Свистящие хрипы со сниженной пиковой скоростью выдоха (ПСВ) Бронхообструкция частично или полностью обратима Похожие приступы в анамнезе, купировавшие бронходилататорами Сезонные изменения симптоматики и её изменения в течении суток Приступы провоцируются контактом с аллергеном или неспецифическими раздражающими внешней среды Нарушения сна вследствие одышки и свистящего дыхания
Острая сердечная недостаточность (отёк лёгких)	Заболевания сердца в анамнезе, характерные изменения ЭКГ, двусторонние влажные хрипы Пенистая мокрота
Пневмония	Лихорадка Продуктивный кашель Боль в грудной клетке плеврального характера
Обострение ХОБЛ	ХОБЛ в анамнезе: выделение мокроты ежедневно в течение 3 месяцев в году более 2 лет, увеличение вязкости и количества отделяемой мокроты, появление гноя в мокроте Свистящее дыхание с уменьшением ПСВ
ТЭЛА	Боль в груди плеврального или неплеврального характера Кровохарканье Наличие факторов риска венозной тромбоэмболии
Пневмоторакс	Внезапно возникшая одышка у практически здоровых молодых людей Одышка возникает после проведения инвазивных процедур (например, катетеризации подключичной вены, пункции плевральной полости)
Тампонада сердца	Боль в груди, набухание шейных вен Парадоксальный пульс (снижение САД при вдохе более чем на 20 мм рт.ст.)
Обструкция гортани	Вдыхание дыма или приём едких веществ в анамнезе Отёк нёба или языка Симптомы острой аллергии
Трахеобронхиальная обструкция	Стридорозное (шумный вдох) или монофоническое свистящее дыхание («писк» на выдохе) Рак бронха в анамнезе Попадание инородного тела в дыхательные пути в анамнезе Свистящее дыхание не купируется бронходилататорами
Гипервентиляционный синдром (панические расстройства)	Чаще возникает в молодом возрасте, больной испытывает чувство страха и ощущение нехватки воздуха Нередко сопровождается головокружением, парестезией Часто связан с приёмом больших доз алкоголя Приступ выглядит драматично, но не опасен и заканчивается, как правило, самопроизвольно

Таблица 2

Сравнительная характеристика методик ИКТ

Система	Поток кислорода л/мин	Фракция кислорода во вдыхаемой смеси (FiO_2)
Носовые канюли	1 2 3 4 5	24% 28% 31% 35% 40%
Простая маска	5 – 15	35 – 60%
Нереверсивная маска	10 – 15	80 – 95%
Носоглоточный катетер	4 – 6	40 – 55%

Таблица 3

Используемые препараты при обострении БА

Препарат	Форма выпуска	Доза
Сальбутамол	раствор для небулайзеров 2,5 или 5 мг/мл	2,5 или 5 мг каждые 20 мин в течение 1 ч, затем через 1-4 ч в режиме «по требованию»
	дозированный аэрозоль со спейсером (100 мкг/доза)	4-8 ингаляций каждые 20 мин в течение 1-4 ч, затем через 1-4 ч в режиме «по требованию»
Фенотерол	раствор для небулайзеров 1 мг/мл	1мг каждые 20 мин в течение 1 ч, затем через 1-4 ч в режиме «по требованию»
	дозированный ингалятор со спейсером (100 и 200мкг/доза)	2-4 ингаляции каждые 20 мин в течение 1-4 ч, затем через 1-4 ч в режиме «по требованию»
Ипратропиума бромид	раствор для небулайзеров (0,25 мг/мл)	0,5 мг каждые 30 мин 3 раза, затем через 2-4 ч в режиме «по требованию
Ипратропиума бромид 2 мл каждые 30 мин, и фенотерол	раствор для небулайзеров (в 1 мл 0,25 мг ипратропия, затем через каждые 2-4 ч бромида и 0,5 мг фенотерола)	2 мл каждые 30 мин, затем через каждые 2-4 часа в режиме «по требованию»
Эуфиллин	ампулы 2,4% – 10 мл для внутривенного введения	разовая доза 250 мг в/в капельно суточная доза 0,75 – 1,5 г Не вводить больным, принимавшим препараты теофиллина!
Будесонид	небулы	500-1000 мкг 2-4 раза в сутки
Гидрокортизон гемисукцинат		250-1000 мг и более, 3-4 раза в день внутривенно
Преднизолон Метилпреднизолон		30-60 мг и более, перорально 120-180 мг и более 3-4 раза в день внутривенно
Дексаметазон		4-8 мг и более 3-4 раза в день внутривенно

Таблица 4

Дифференциальная диагностика форм ОДН на основании рентгенопрозрачности лёгочных полей

Лёгочные поля на рентгенограммах	Наиболее вероятный диагноз	
	P_aCO_2 < 40 мм рт.ст.	P_aCO_2 > 40 мм рт.ст.
«Тёмные» (повышенная прозрачность лёгочной ткани)	Острая эмболия лёгочной артерии Обструкция лёгочных сосудов иной этиологии Левожелудочковая недостаточность	ХНЗЛ Астматический статус Альвеолярная гиповентиляция при нейромышечной слабости
«Светлые» (инфильтративные изменения в лёгких)		
При диффузных изменениях	Респираторный дистресс-синдром взрослых Кардиогенный отёк лёгких Лёгочный фиброз Пневмония	Респираторный дистресс-синдром взрослых Кардиогенный отёк лёгких
При локализованных изменениях	Острый ателектаз Инфаркт лёгкого	Пневмония в сочетании с ХНЗЛ и угнетением дыхания

У больных ХОБЛ нижняя граница относительной нормы для SpO_2 составляет 88-92%. В тех случаях, когда имеется возможность использовать в своей работе метод капнометрии (или капнографии), показанием к началу ИВЛ служит концентрация углекислого газа в конце выдоха ($PetCO_2$) ниже 25 мм Hg или свыше 60 мм Hg. У здоровых лиц значения $PetCO_2$ = 36 до 43 мм Hg.

Перевод больного на режимы с контролем по давлению (PCV) может быть рекомендован на более поздних этапах респираторной поддержки, – после того, как в ходе проводимой терапии у пациента начнёт отчётливо снижаться сопротивление дыхательных путей на вдохе. Сразу после начала ИВЛ содержание кислорода в дыхательной смеси повышают до 100%, а затем возможно постепенное снижение FiO_2 до 0,8-0,9. Однако, после корректировки FiO_2 в сторону уменьшения, уровень SpO_2 не должен опускаться ниже 90%. Увеличение частоты вдохов (свыше 14-16) и минутного объёма дыхания может приводить к гиперинфляции лёгких (феномен autoPEEP).

Пациенты с тяжёлыми формами ОДН доставляются в приёмное отделение стационара (стационарное отделение скорой медицинской помощи). Решение о вопросе госпитализации пациентов в стадии обострения хронического бронхолёгочного заболевания (ХОБЛ, бронхиальная астма) принимаются индивидуально. В этих случаях врач ориентируется на эффективность проведённой терапии. При повторных вызовах скорой медицинской помощи на протяжении суток таким пациентам показана госпитализация в профильный стационар с ОРИТ.

При поступлении в отделение СМП пациента в тяжёлом или крайне тяжёлом состоянии с преобладающей симптоматикой ОДН показан перевод в ОРИТ. Уже на этапе первичного осмотра и подготовки к рентгенологическому исследованию к пациенту должен быть приглашён дежурный анестезиолог-реаниматолог, который затем принимает на себя ответственность за дальнейшее ведение больного. Пациенты с декомпенсированной формой ОДН сразу направляются в ОРИТ, минуя стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

В СтОСМП продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе. В условиях отделения СМП используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях (см. табл. 4).

При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию лёгких, а при подозрении на ТЭЛА её проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию лёгких.

Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в лёгочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)

Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Всем больным выполняются:

– клинический анализ красной и белой крови;

– полное биохимическое исследование крови с маркёрами повреждения миокарда (тропонин, КФК-МВ и пр.);

– коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);

– газы артериальной крови и КОС;

– мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия);

– клинический анализ мочи.

Пациент осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтверждённым диагнозом «тяжёлое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию.

Растворы для ингаляций:

✓ Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 минут в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

✓ Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 минут в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.

✓ Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 минут в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.

✓ Ипратропиума бромид + фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2,0-4,0 мл каждые 30 минут в течение 1 часа. Затем через 2-4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах.

У взрослых допустимо назначение аминофиллина в составе комплексной терапии тяжёлого обострения бронхиальной астмы, если пациент не принимал ранее теофиллин внутрь: 2,4% аминофиллин в/в – 10,0 мл, предварительно развести в 0,9%-ном растворе натрия хлорида – 10-20 мл и вводить в течение 15-20 минут.

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8-12 см вод. ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5%-ный раствор глюкозы 500,0; 0,9%-ный раствор хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов. Обычно суточный объём не превышает 1,5-1,7 л.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

Таблица 5

Критерии ТВП по шкале IDSA/ATS, 2007 г.

Большие критерии	Малые критерии
Инвазивная механическая вентиляция	Частота дыхания > 30 в минуту
	P_aO_2 /FiO_2 < 250 мм
Септический шок с необходимостью введения вазопрессоров	Мультилобарная инфильтрация
	Спутанность сознания/дезориентация
	Мочевина сыворотки > 7 ммоль/л
	Лейкоциты < 4000 /мм^3
	Тромбоциты < 100000/ мм^3
	Температура тела < 36^{0}C
	Гипотензия, требующая введения большого объёма растворов

При SpO_2 менее 92% показана респираторная поддержка (см. ниже).

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства, для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение.

Дофамин: 2,0-4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0-20 мкг/кг/мин (кардиотонический эффект).

Адреналин: 0,01-0,15 мкг/кг/мин.

Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин.

Мезатон: 0,5-1,5 мкг/кг/мин.

При повышенном артериальном давлении или лёгочной гипертензии – систолическое давление в лёгочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отёк лёгких, тяжёлое обострение ХОБЛ): нитроглицерин 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: раствор глюкозы 5%-ный – 500 мл, раствор хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

У больных с повышенной температурой, одышкой, влажными хрипами, кашлем со слизисто-гнойной мокротой, болями в грудной клетке и симптомами общей интоксикации следует заподозрить ВП (см. клинические рекомендации (протокол) оказания скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии). У госпитализируемых с ВП больных характер наблюдения (необходимость направления в ОРИТ) уточняется с помощью шкалы IDSA/ATS, разработанной Американским обществом инфекционных болезней/Американским торакальным обществом (IDSA/ATS, 2007), таблица 5. Шкала IDSA/ATS позволяет с большой вероятностью выявить всех пациентов, кому показана госпитализация в ОРИТ; низкий риск будет указывать на отсутствие необходимости наблюдения в ОРИТ (у части больных с высоким риском не исключается гипердиагностика тяжёлой ВП).

Выявление хотя бы **одного большого или трёх и более малых критериев IDSA/ATS** является указанием на необходимость направления пациента в ОРИТ.

При подтверждении диагноза «пневмония» нужно выбрать эмпирическую антибактериальную терапию с возможным учётом предполагаемого возбудителя и степени тяжести лёгочной инфекции (см. табл.6)

(Окончание следует.)

Владимир ВОЛЧКОВ,
доктор медицинских наук, профессор,
Ольга ТИТОВА,
директор НИИ пульмонологии,
доктор медицинских наук,
Семён ЧЁРНЫЙ,
ведущий научный сотрудник,
доктор медицинских наук.
НИИ пульмонологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.

Таблица 6

Антибактериальная терапия ВП у госпитализированных больных

Группа	Наиболее частые возбудители	Рекомендованные режимы терапии		Комментарии
		Препараты выбора	Альтернативные препараты	
Пневмония нетяжёлого течения	S.pneumonia, H.influenzae, C.pneumoniae, S.aureus, Enterobacteriaceae	Бензилпенициллин в/в, в/м ± макролиды внутрь*; Ампициллин в/в,в/м ± макролиды внутрь*; Амоксициллин/клавуланат в/в ± макролиды внутрь*; Цефуроксим в/в,в/м ± макролиды внутрь*; Цефотаксим в/в,в/м ± макролиды внутрь*; Цефтриаксон в/в,в/м ± макролиды внутрь*;	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в Азитромицин в/в ***	Предпочтительна ступенчатая терапия. При стабильном состоянии пациента допускается сразу назначение препарата внутрь
Пневмония тяжёлого течения**	S. pneumonia, Legionella spp., S.aureus, Enterobacteriaceae	Амоксициллин/клавуланат в/в + макролиды в/в; Цефотаксим в/в± + макролиды в/в; Цефтриаксон в/в + макролиды в/в;	Респираторные фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в + цефалоспорины III поколения в/в	

Примечания: * – следует отдавать предпочтение макролидным антибиотикам с улучшенными фармакокинетическими свойствами (кларитромицин, азитромицин, спирамицин); ** – при подозрении на инфекцию, вызванную P.aeruginosa препаратами выбора являются цефтазидим, цефепим, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам, карбопенемы (меропенем, имипенем), ципрофлоксацин. Все вышеуказанные препараты можно применять в монотерапии или в комбинации с аминогликозидами II-III поколения. При подозрении на аспирацию – амоксицилин/клавуланат, цефоперазон/сульбактам, тикарциллин/клавуланат, пиперациллин/тазобактам, карбопенемы (меропенем, имипенем);*** – при отсутствии факторов риска антибиотикорезистентных S.pneumoniae, грамотрицательных энтеробактерий или синегнойной инфекции.

Авторитетное мнение

Александр ДЫГАЙ:

Интересы науки и фармбизнеса не всегда совпадают

В России много оригинальных идей, но не хватает денег на их реализацию

В декабре 2015 г. сессия Общего собрания Российской академии наук была полностью посвящена теме фармацевтической независимости страны. В своих сообщениях российские учёные продемонстрировали высочайший уровень и фундаментальных, и прикладных исследований в области фармакологии. При этом, все сетовали на то, что разработанные в российских лабораториях новые лекарственные препараты проходят слишком долгий и болезненный путь «от идеи до таблетки». А многие так и не доходят до финиша.

В ответном слове министр здравоохранения РФ член-корреспондент РАН Вероника Скворцова заверила научное сообщество, что разработанная Минздравом России ещё в 2012 г. стратегия развития медицинской науки до 2025 г. главной целью имеет «создание системы инновационных потоков, то есть быстрого доведения результатов научных исследований до медицинского продукта: конкретного лекарственного препарата, прибора, технологии».

Прошло 5 лет от начала реализации этой стратегии и 1,5 года после академического саммита о фармнезависимости России. Почувствовала ли наша наука за это время какие-то перемены? Насколько активнее отечественные препараты стали появляться на российском и мировом лекарственных рынках? На эти и другие вопросы в интервью «Медицинской газете» ответил научный руководитель НИИ фармакологии и регенеративной медицины им. Е.Д.Гольдберга Томского Научно-исследовательского медицинского центра академик РАН Александр ДЫГАЙ.

– Александр Михайлович, сегодня в отчётах чиновников часто можно услышать о хороших темпах развития отечественной фармакологии и фармпромышленности. Это на самом деле так? Значит, все проблемы, обозначенные на сессии РАН, разрешены?

– Если говорить в принципе о внимании государства к данным областям науки и производства, оно действительно есть. Но в финансовом выражении этого внимания пока явно недостаточно.

Так, ещё с 2010 г. начала работать федеральная целевая программа «Фарма-2020», в рамках которой Минобрнауки России выделяет гранты на проведение доклинических исследований новых лекарственных препаратов, разработанных российскими учёными. Надо отдать должное, процедура конкурса заявок и выделения грантов абсолютно прозрачная. Для получения гранта есть два критерия: новый препарат должен быть либо равным по силе специфической активности, либо более активным, чем уже существующие, и менее токсичным.

За это время было поддержано 162 научных проекта на общую сумму 5,1 млрд руб. К сегодняшнему дню из поддержанных научных проектов завершено, по моим сведениям, 75. Это значит, полностью проведены доклинические исследования лекарственных препаратов, разработки запатентованы, они все оригинальные, ни один из новых препаратов не является аналогом других. Большинство в этом списке противоопухолевые и противовирусные средства, есть анальгетики, антикоагулянты, радиофармпрепараты и т.д.

Хочу отметить, что среди современных отечественных научных разработок менее 30% составляют лекарственные средства, полученные путём химического синтеза, зато полученных с помощью методов генной инженерии и биотехнологий – 65%. Одним словом, потенциал российской науки в плане фармакологии очень серьёзен.

Наш институт за последние годы тоже предложил ряд проектов, обладающих, на мой взгляд, большим потенциалом. К примеру, нам удалось сконструировать анальгетик, который не обладает побочными эффектами, характерными для противовоспалительных нестероидных препаратов. Есть формула противовирусного препарата, который в эксперименте показал активность вдвое выше, чем у существующих противовирусных средств, и вдвое более низкую токсичность. Также благодаря работе сибирских учёных-фармакологов Россия может стать страной, где создан первый в мире препарат для лечения хронической обструктивной болезни лёгких.

– Может стать и стала – не одно и то же. Разработчики получили гранты на проведение доклинических исследований. Провели эти исследования с хорошими результатами. А что дальше?

– А дальше следующий этап – клинические исследования, гранты на проведение которых выделяет Минпромторг России. На этом этапе в конкурсе принимают участие уже не научно-исследовательские институты, разработавшие новое лекарство, а компании-производители, готовые этот препарат выпускать серийно. Здесь информация о конкурсе почему-то более закрытая, и у меня нет данных по количеству поддержанных грантов и выделенных на это бюджетных средств.

Что же делают те российские производители лекарств, которые не получают гранты от государства? Они пытаются сами найти деньги на проведение клинических исследований и регистрацию нового препарата. Это невероятно сложная задача, ведь в сегодняшних ценах на один препарат необходимо, в среднем, 150 млн руб. Вот и получается, что процесс разработки оригинальных российских лекарственных средств в целом движется, однако из-за недостатка денег тормозится внедрение их в клиническую практику, а тем более, выход на мировой рынок.

В июне в Москве состоялось первое заседание Научно-координационного совета при ФАНО России и президиума РАН. Собралась очень серьёзная аудитория, обсуждали, в основном, финансовые вопросы. Ситуация с финансированием имеет некую положительную динамику, но, в целом, денег очень сильно не хватает. Ведь почему начался процесс объединения институтов в исследовательские центры? Потому что такая реорганизация подразумевает создание центров коллективного пользования, а это – палочка-выручалочка, чтобы научные коллективы могли выжить в нынешние непростые времена и проводить исследования на мировом уровне. К примеру, в Томске объединили 6 институтов разного профиля бывшего Сибирского отделения РАМН и уже выделен 4-этажный лабораторный корпус для создания центра коллективного пользования, оснащённого современным оборудованием. В том числе и для фармакологов.

– Это хорошо?

– Смотря как это будет работать. Пока же мы только планы строим. Но с надеждой смотрим в будущее.

– А нет ли у вас опасения, что разработчики и производители отечественных инновационных препаратов, не найдя финансовой поддержки на клинические испытания здесь, смогут найти её за рубежом? И не окажется ли потом, что права на наши передовые фармтехнологии получат иностранные инвесторы?

– Международное сотрудничество в данном случае – это не минус, а большой плюс, учитывая, что у нас в стране с научными идеями проблем нет, а с финансами есть. В том случае, когда иностранная компания заинтересуется и проинвестирует запатентованный российский препарат, это будет совместная корпорация, совместное правообладание.

– Вернёмся ещё раз к «лекарственной» сессии РАН. Вероника Скворцова тогда сказала, что основная задача Минздрава и РАН – «укоротить цепочку от научной идеи и создания молекулы до выпуска готового лекарства с 12 до 5-6 лет». Этот процесс уже стартовал, хоть какие-то шаги сделаны?

– Найти инвесторов, готовых вложить деньги в разработку и производство лекарств на 12 лет, чрезвычайно трудно, потому что им нужна прибыль уже через год-два. Многие бизнесмены сворачивают свою деятельность на фармрынке не только потому, что здесь конкуренция высокая, но и потому, что дивиденды отдалённые.

За рубежом, кстати, тоже есть идеи по укорочению «лекарственного» цикла до 5-6 лет. Но я очень негативно отношусь к тому, как именно они это делают. Там сокращение сроков от научной идеи до производства происходит за счёт того, что многие эксперименты на этапе доклиники проводятся in vitro, то есть действие новых лекарств проверяют на культурах клеток, а потом сразу начинают клинические исследования на людях. При таком подходе существует опасность, что in vitro препарат стимулирует пролиферацию каких-то нужных клеток, к примеру, гепатоцитов, а in vivo выдаст серьёзнейшие побочные эффекты.

Мы действительно хотим, чтобы период от идеи до готового препарата сократился наполовину, но не таким образом. При условии, что есть и инвестор, и производитель, для нас вполне реально провести доклинические испытания вместе с токсикологическими испытаниями за 2 года. Затем один год первой фазы, год второй фазы и ещё год третьей фазы клинических исследований, а за это время бизнесмены уже закупили соответствующее оборудование и построили заводы. Вот и получается 5-6 лет. Однако в реальной жизни пока так не бывает.

Зато бывает по-другому: учёные лет пять назад разработали инновационный препарат, опубликовали статьи в зарубежных журналах, оформили патенты, а лекарства до сих пор нет ни в больницах, ни в аптеках. Единственное, что утешает в такой ситуации – если кто-то другой в мире когда-либо начнёт выпускать разработанный нами препарат, то приоритет всё равно останется за нами, и мы будем этим гордиться.

– Думаю, под некоторые научные идеи найти инвесторов будет сложно не только из-за слишком долгого ожидания дивидендов, но и потому, что эти идеи противоречат коренным интересам фармбизнеса. Я говорю о препаратах для регенеративной медицины, о чём на сессии РАН был особый разговор. Восстановив жизнеспособность больного органа, медицина избавляет человека от необходимости тратить деньги на лекарства.

– Действительно, такая проблема есть. Изначально фармацевтические компании не могут быть заинтересованы в том, чтобы излечить больного. Они заинтересованы в том, чтобы его «посадить на таблетку» надолго, если не навсегда. Вы думаете, нельзя создать препарат, который позволил бы справиться с соответствующей проблемой раз и навсегда, без рецидивов? Можно не сомневаться, что теоретически этот вопрос в научных лабораториях уже решён. Но дойти до клиники такому лекарству будет невероятно сложно.

Что же касается регенеративной медицины с использованием клеточных технологий, она занимает в здравоохранении всё большее место, и с этим фарминдустрии придётся считаться. Кстати, само научное направление – фармакологическая стратегия регенеративной медицины, основанная на стимуляции эндогенных стволовых клеток путём подражания деятельности естественных регуляторных систем – изначально появилось именно в России, а точнее в Томском НИИ фармакологии. Мы показали несостоятельность механизмов восстановления тканей и органов только за счёт собственного ресурса эндогенных стволовых клеток: их надо стимулировать извне, они не могут сами полностью восстановить структуру поражённого органа, например, при циррозе печени, инфаркте миокарда или болезни Паркинсона.

Депо мультипотентных стволовых клеток находится в костном мозге. Как нам удалось выяснить и доказать, ряд цитокинов и ферментов способны стимулировать эти клетки, вызывая их размножение и миграцию по кровотоку в органы-мишени: печень, головной мозг, сердце, поджелудочную железу. Здесь мультипотентные стволовые клетки дифференцируются в клетки-предшественники, а затем – в соответствующие зрелые специализированные клетки. Таков механизм регенерации тканей и органов.

– Но как простимулированные стволовые клетки узнают, в какие именно органы они должны направляться, чтобы выполнить свою регенеративную задачу?

– Там, где возникает очаг воспаления, увеличивается концентрация молекул адгезии и хоминга. У стволовых клеток срабатывает их биологический «навигатор», они целенаправленно мигрируют туда, где маркёров воспаления становится больше. А воспаление присутствует при развитии практически любых патологических процессов в разных органах и тканях, в том числе, когда происходят дегенеративные изменения.

Никто в мире до сих пор не придумал лекарственный препарат, который позволил бы предотвратить или устранить хронизацию воспалительного процесса. И тут свои неожиданные свойства показали наши научные разработки. Первоначально, мы предполагали использовать молекулы на основе эндогенных регуляторов функций в составе препарата для лечения тяжёлых форм гепатита, переходящих в цирроз, энцефалопатии, нарушений мозгового кровообращения, панкреатита. Лабораторно получили хорошие результаты. Аналогичные результаты в отношении сахарного диабета: препарат настолько активно стимулирует дифференцировку стволовых клеток в клетки поджелудочной железы, что это опережает разрушение бета-клеток антителами к инсулину.

Казалось бы, результаты и без того многообещающие. Но в серии экспериментов выяснилось также, что клеточная терапия обладает ещё одним эффектом – она не даёт воспалению хронизироваться. А если при сахарном диабете 1-го типа убрать воспалительный компонент, заболевание гораздо лучше лечится. Предполагаю, что это позволит значительно снизить дозу инсулина, назначаемого пациенту.

Если вводить этот же комплекс, предназначенный для клеточной терапии, здоровым животным, пул стволовых клеток в разных органах и тканях увеличивается на 10-20%. Мышки живут значительно дольше, медленнее стареют, сохраняют двигательную активность, у них не возникают контрактуры, не снижается зрение. Когда мы после этого вскрывали двухлетних мышей, оказалось, что у них вилочковая железа, как у трёхмесячных, а это значит, у животных до глубокой старости был хороший противоопухолевый иммунитет.

– Вы говорите о результатах, полученных в экспериментах на животных. Есть ли уверенность, что человеческий организм отреагировал бы на клеточную терапию подобным образом?

– Если бы я не верил в такие параллели, не стал бы говорить о полученных нами результатах в академическом сообществе.

– Среди разработок других российских институтов есть такие, которым вы мысленно аплодируете?

– Конечно, не все 200 препаратов, на создание которых государство выделило гранты, скажут новое слово в фармакологии. Но два-три десятка из них достойны того, чтобы называться инновационными, не имеющими аналогов в мире. Вопрос: когда они появятся в клинике?

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Клинический разбор

В борьбе за жизнь

Две истории. Две судьбы. Два исхода

Необычная конференция прошла в городской клинической больнице им. Д.Д.Плетнёва Департамента здравоохранения Москвы. Она объединила в себе анализ двух историй болезни – двух историй невероятной борьбы за жизнь пациента с совершенно разными финалами. Первая часть конференции была посвящена клиническому разбору и обсуждению юбилейной, 50-й операции по трансплантации лёгких, прошедшей в стенах столичного НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского в июне нынешнего года.

– В ряде случаев, когда пациент становится инкурабельным, когда он фактически обречён, трансплантация является единственным шансом на спасение, – открыла конференцию главный врач ГКБ им. Д.Д.Плетнёва Ирина Назарова. – Однако пересадка органов – это сложный, многокомпонентный процесс, требующий слаженной командной работы врачей разных специальностей и самых высоких профессиональных и человеческих качеств. Только так нам удаётся достичь главной цели – продлить и сохранить человеку достойную жизнь. Именно эта цель объединяет всех наших коллег.

История болезни

Доклад по клиническому случаю представила научный сотрудник НИИ пульмонологии ФМБА России Наталья Карчевская. Так, 51-летний пациент почувствовал себя больным в возрасте 37 лет, когда у него впервые появилась и начала нарастать одышка. Учитывая 20-летний стаж курения, пациенту был поставлен диагноз ХОБЛ, по поводу чего он получал симптоматическую терапию бронхолитиками. Приблизительно с этого времени пациент отказался от курения. В 2014 г. врачи поликлиники по месту жительства заподозрили наличие у него какого-то генетического дефекта, в связи с чем пациенту было предложено пройти исследование на определение уровня альфа-1-антитрипсина (А1АТ), количественный уровень которого оказался очень низким и составлял 0,41 г/л (при норме от 0,9-2,0 г/л).

В последующем, в московской ГКБ им. Д.Д.Плетнёва было проведено генетическое исследование, в результате которого было установлено, что пациент является гомозиготным по патологической аллели (MZ). Также были обследованы и ближайшие родственники пациента: его родной брат также имел низкий уровень А1АТ и был гомозиготен по патологической аллели, однако не имел никаких заболеваний лёгких. Дети пациента, девочки 7 и 3 лет, не имели данной генетической аномалии.

В том же 2014 г. пациент стал получать заместительную терапию А1АТ и включён в лист ожидания на трансплантацию легких. Несмотря на получаемое лечение, состояние пациента постепенно ухудшалось. Из-за выраженной десатурации (SpO_2 = 70-72%) он был вынужден находиться на постоянной оксигенотерапии, его беспокоило кровохарканье, в связи с чем была проведена эмболизация бронхиальных артерий, нарастала лёгочная гипертензия.

Исследование газового состава артериальной крови показало выраженную гипоксемию. Поскольку у пациента не было гиперкапнии, вопрос о неинвазивной вентиляции лёгких не стоял. Исследование функции внешнего дыхания (ФВД): выраженное повышение остаточного объёма лёгких, общее увеличение и крайне низкий показатель диффузионной способности органов дыхания. При проведении КТ органов грудной полости диагностирована выраженная панацинарная эмфизема с преимущественной локализацией в базальных отделах с трансформацией в тяжёлую буллёзную форму.

Диагноз: «дефицит альфа-1-антитрипсина с развитием панацинарной эмфиземы лёгких. Хроническая дыхательная недостаточность. Лёгочная артериальная гипертензия, ассоциированная с гипоксемией. Кровохарканье».

Состояние – стабильное…

В июне нынешнего года для данного пациента появился подходящий донор. Спустя буквально несколько часов после получения сигнала о появлении донора пациент был подан в операционную.

– Первичная оценка кандидата в доноры проводится комплексно, с учётом анализа медицинской документации, статуса пациента, – рассказал Таймураз Каллагов, бронхолог, торакальный хирург НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. – В период с момента диагностирования у потенциального донора атонической комы и до констатации биологической смерти мозга должно быть принято решение о проведении донорского забора. Проводятся рентгенографическое исследование, по возможности – компьютерная томография. При эндоскопическом исследовании оценивается состояние слизистой оболочки, наличие патологического эндобронхиального секрета, анатомических аномалий. Должны быть исключены признаки аспирации, кровотечения, другая эндобронхиальная патология. Оцениваются также функциональные показатели качества донорского органа, длительность нахождения на аппарате ИВЛ (не более 3 суток), возраст потенциального донора (не более 50 лет), наличие сопутствующих заболеваний (особенно, сердечной и почечной недостаточности, ожирения и т.д.). В данном случае на оценку, забор и транспортировку донорских лёгких у нас ушло не более 9 часов, а время ишемии правого лёгкого (оно пересаживалось первым) составило 4,5 часа от момента фановых повреждений до этапа реперфузии, второго лёгкого – 5,5 часов. Причём, донорский орган имел особенность – короткую правую лёгочную артерию, в связи с чем пришлось потратить больше времени на формирование правого лёгочного анастомоза, – добавил он.

После плодотворной работы

После проведения операции, отлучения от аппарата экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) и стабилизации, пациент был переведён в отделение реанимации. Спустя сутки после трансплантации – состояние стабильное, признаков дисфункции трансплантата не отмечалось. В настоящее время пациент получает стандартную иммуносупрессивную, антимикробную и противогрибковую терапию. Лабораторные показатели в норме, пациент находится на самостоятельном питании, потребности в оксигенотерапии нет.

Главная цель

– Как мы видим, работа бригады врачей, участвующих в трансплантации, напоминает отлаженную работу единого, сложного механизма, – обратился к аудитории коллег председатель конференции – заведующий кафедрой госпитальной терапии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова академик РАН Александр Чучалин. – Этой целостности, системности невозможно достичь случайно. Только благодаря упорному труду, постоянному самообразованию, совершенствованию своих навыков, исключительным человеческим качествам, врач может стать частью команды для достижения общей цели – спасения жизни пациента.

По замкнутому кругу

Вторая часть мероприятия была представлена клинико-анатомическим разбором. Т.Каллагов доложил 66-летнего пациента, который в ноябре минувшего года был экстренно госпитализирован в «Склиф» с жалобами на одышку в покое. У пациента отмечался цианоз, тахипноэ (до 32/мин.), низкая сатурация, несмотря на поддержку кислородом (SpO2 – 70%); тахикардия (ЧСС – 110/мин). Аускультативно в лёгких крепитация с обеих сторон. Из анамнеза известно, что в 2014 г. при рентгенографии были выявлены некие изменения органов грудной клетки, которым никто не придал значения, и пациент был отпущен домой. Соматически чувствовал себя хорошо. В течение 2 лет его практически ничего не беспокоило, вплоть до июня минувшего года, когда появились одышка и кашель. Одышка сначала появлялась только при физической нагрузке, однако впоследствии стала постоянно беспокоить пациента, даже в состоянии покоя. В связи с этим, в конце августа прошлого года пациент был госпитализирован в ЦКБ РАН, где его состояние расценили как внебольничную пневмонию. Была назначена антибактериальная терапия.

Далее, при обследовании диагностировали неспецифическую пневмонию и начали терапию глюкокортикостероидами (ГКС). После проведённого лечения пациент не отметил существенного улучшения состояния здоровья. Спустя 12 дней после выписки вновь отметил нарастание одышки и был повторно госпитализирован. На этот раз пациент уже не мог обходиться без постоянной поддержки кислородом. Курс лечения был повторён: антибиотики, ГКС. К терапии были добавлены цитостатики.

При поступлении в «Склиф» в ноябре 2016 г. общие анализы крови и мочи были в норме, исследование мокроты на МБТ дало отрицательный результат. Подозревая грибковое поражение, больному был проведён анализ крови на галактоманнан и маннан, который тоже был отрицательный. Для исключения васкулитов были исследованы АТ к цитоплазме нейтрофилов (pANCA/cANCA) – в норме.

По данным инструментальных исследований: обращает на себя внимание резкие рестриктивные нарушения по ФВД. При КТ органов грудной полости отмечалась отрицательная динамика в виде нарастания интерстициальных изменений, признаки фиброза и нарушения архитектоники лёгочной ткани, но отсутствовали признаки «сотового лёгкого» и локализация бронхоэктазов была односторонняя. Нарастание выраженности «матового стекла». При ЭГДС обнаружены пищевод Барретта, кандидоз пищевода, гастродуоденит, дуоденогастральный рефлюкс. Для исключения кардиальной природы одышки выполнена КАГ: стенозов коронарных артерий выявлено не было. УЗИ плевральных полостей, органов брюшной полости, почек – без грубой патологии. На ренгенографии – интерстициальные изменения в обоих лёгких. ЭхоКГ: выраженные признаки лёгочной гипертензии, расширение правых отделов сердца, формирование «лёгочного сердца». Из лабораторных данных на себя обращало внимание двоекратное повышение IgG 4 подкласса.

На основании имеющихся клинических, инструментальных и лабораторных данных, решением консилиума, пациенту был выставлен диагноз: IgG-ассоциированный лёгочный фиброз, осложнённый острой дыхательной недостаточностью на фоне хронической. Специфическим лечением данного заболевания является иммуносорбция – высокотехнологичный, селективный, экстракорпоральный метод очищения плазмы, предполагающий связывание, а затем удаление из плазмы антител и других веществ с использованием иммуносорбентов.

Комплексное лечение включало 5 сеансов иммуносорбции, пульс-терапию ГКС, антифибротическую терапию, плазмаферез, антибактериальную, противогрибковую, муколитическую терапию, кислородную поддержку, реабилитацию. После проведённого лечения отмечалось улучшение всех инструментальных и лабораторных показателей, а также клиническое улучшение состояния пациента, увеличилась толерантность к физической нагрузке, пациент вернулся к своей профессиональной деятельности.

Перед выпиской, консилиумом было рекомендовано повторить курс сеансов иммуносорбции через 3 месяца с контролем всех лабораторных показателей. Однако, через месяц после выписки, в марте этого года, у пациента вновь развилась тяжёлая одышка в покое, появилась боль в правой половине грудной клетки, и по «03» он вновь был доставлен в «Склиф».

И вот – финал

При поступлении отмечались тахипноэ, тахикардия, в лёгких жёсткое дыхание, крепитация с обеих сторон. Картина КТ – без существенной динамики. Лабораторно: отмечались гиперкапния, умеренно выраженная гипоксемия и тенденция к гипокалиемии, повышение СРБ, уровень IgG общего почти в 2 раза превышало норму. Ухудшение состояния было расценено как внебольничная пневмония на фоне прогрессирования основного заболевания. Курс лечения был повторён. В апреле нынешнего года пациент был переведён в ГКБ им. Д.Д.Плетнёва для дальнейшего лечения, где продолжил получать антибактериальную терапию, а также терапию оксидом азота, гелий-кислородной смесью. Состояние пациента характеризовалось как стабильное, однако, во время очередного утреннего обхода дежурного врача, пациент был обнаружен в своей постели без признаков жизни.

– Гистологически ассоциированный фиброз лёгких характеризуется очаговым, перибронховаскулярным или альвеолярным/септальным фиброзом, а также компактными лимфоплазмоцитарными инфильтратами (IgG 4-позитивными), неравномерным сетчатым фиброзом, облитерирующим флебитом, – подчеркнул в этой связи заведующий отделом патологии НИИ пульмонологии профессор Андрей Черняев.

Патологоанатомический диагноз «Интерстициальный фиброз лёгких с мелкими подплевральными сотами. Спайки плевральных полостей. Вторичная лёгочная артериальная гипертензия. Венозное полнокровие и дистрофия внутренних органов. Массивный отёк лёгких» совпал с заключением клиницистов.

* * *

В своём коротком выступлении, посвящённом диагностике IgG 4-ассоциированных заболеваний, гость конференции – главный аллерголог-иммунолог Министерства здравоохранения Краснодарского края профессор Роман Ханферян заметил, что на сегодняшний день известно достаточно много IgG 4-ассоциированных заболеваний. Это хронический склерозирующий дакриоаденит, идиопатический ретроперитонеальный фиброз (болезнь Ormond), хронический склерозирующий периаортит, тироидит Riedel, гипофизит и др. «Диагностика этих заболеваний, а значит и инициация лечения на раннем этапе чрезвычайно важна», – отметил профессор.

Юлия ШЕВЧУК,
корр. «МГ».

Фото автора.

Пресс-конференции

Горячая вакансия

Сегодня провизор – это не только работник аптеки

В Пятигорском медико-фармацевтическом институте (ПМФИ) прошла пресс-конференция на тему: «Новые горизонты фармацевтического образования и профессиональной карьеры». Участники встречи рассказали о перспективах работы провизора для выпускников вузов со специальностью «Фармация», особый акцент сделав на возможности выстраивания карьеры в научной деятельности и на фармацевтическом производстве. Именно на данную профессию в ПМФИ установлена самая большая квота бюджетных мест в России (250). И в их альма-матер, исходя из анализа трудоустройства своих выпускников, уверены, что провизор – это очень востребованная профессия и не только в сфере обращения лекарственных средств.

– Данный обмен мнениями был организован не случайно. По старинке к деятельности провизора относятся как к массовой профессии в аптечных сетях, – напомнил директор ПМФИ доктор медицинских наук Всеволод Аджиенко. – Но мало кто из родителей, а тем более выпускников школ – нынешних абитуриентов задумывается о широчайших перспективах данного направления деятельности, его растущей востребованности в науке и фармацевтической промышленности. В отличие от многих других отраслей, именно развитие фармацевтической и медицинской промышленности показывает неустанный рост в течение последних лет и благодаря мерам господдержки и привлекательности для инвесторов эта отрасль постоянно испытывает кадровый голод в виде молодых учёных и технологов, специалистов, работающих в сфере контроля качества лекарственных препаратов.

– Наши выпускники ещё не успевают получить диплом, а уже к нам в вуз приезжают представители солидных фармкомпаний, чтобы провести собеседование и пригласить понравившихся им молодых специалистов на работу, – рассказал директор ПМФИ. – Многие старшекурсники стараются попасть на практику на фармпредприятия, что повышает их шанс выстроить свою карьеру и найти высокооплачиваемую работу.

– Для нашего края очень важно наличие в регионе такого крупного фармацевтического вуза, как Пятигорский медфарминститут, – отметила, в свою очередь, заместитель министра здравоохранения Ставропольского края Ольга Дроздецкая. – В стратегической программе развития Ставрополья запланировано развитие медико-фармацевтического кластера. И наличие собственной кузницы кадров является существенным критерием для привлечения потенциального инвестора.

Большое значение в краевом Министерстве здравоохранения придают развитию сети государственных аптек и их гарантированному кадровому обеспечению. «На сегодняшний день в крае осуществляют свою деятельность более 1100 розничных аптечных организаций, из них 24% – государственные и муниципальные аптеки. А это 15 юридических лиц, включающих 264 структурных подразделения», – подчеркнула О.Дроздецкая. В государственной аптеке предусмотрено выполнение всего спектра фармацевтической помощи, поэтому для молодых специалистов это важный шаг для приобретения опыта и выстраивания своей последующей карьеры.

80% таких государственных аптечных организаций расположены в сельской местности, в отдалённых и малочисленных поселениях. То есть через данную сеть край имеет возможность охватить в перспективе всю глубинку доступной медицинской и фармацевтической помощью.

Важно и то, что для сотрудников государственных аптечных организаций существуют преференции по повышению квалификации, они проходят обучение бесплатно в ПМФИ, – подчеркнула заместитель министра. – Кроме этого, ежегодно осуществляется целевой набор на бюджетные места в ПМФИ. К примеру, в 2017 г. вузом выпущено 30 целевиков. Они будут трудоустроены в государственных аптечных организациях, преимущественно, в сёлах края,– уточнила О.Дроздецкая.

Переходя к теме новых запросов со стороны современной фармацевтической промышленности, заведующий кафедрой технологии лекарств ПМФИ доктор фармацевтических наук Дмитрий Компанцев подчеркнул, что современная фармацевтическая промышленность – это одна из самых высокотехнологичных отраслей экономики по объёму интеллектуальной ёмкости, а производство современных лекарственных препаратов может сравниться с микроэлектроникой. Поэтому в последние годы наблюдается устойчивая тенденция к изменению штатного состава фармацевтических заводов. Современные требования к организации фармацевтического производства заставляют владельцев бизнеса максимально автоматизировать процессы производства, сводя к минимуму физическое участие в них человека. В итоге штат фармзавода преимущественно состоит из специалистов по организации и контролю качества процессов производства и тотальному контролю за качеством готового продукта. «Исследовательский штат некоторых компаний составляет 30-40% от общего числа работающих на предприятии. То есть современный фармацевтических завод – это целый научный институт и центр, в котором невозможно обойтись без специалистов, имеющих фундаментальное, разностороннее образование в области фармации», – подчеркнул Д.Компанцев.

При этом учёный обратил особое внимание на широту спектра компетенций, которые получают именно специалисты-провизоры во время обучения. Сформированный в вузе базис знаний в итоге позволяет выпускнику быстро адаптироваться не только в большой фарме, но и в различных отраслях промышленности.

Деловые встречи

Индикатор развития

В отечественной фармотрасли необходимо развивать собственные технологические компетенции

В Технополисе «Москва» состоялось отраслевое совещание с представителями столичных фармацевтических компаний, на котором обсуждались направления развития отрасли, лучшие практики, актуальные вопросы производства лекарственной продукции.

По словам руководителя Департамента науки, промышленной политики и предпринимательства Москвы Алексея Фурсина, в настоящее время в столице действуют около 30 предприятий отрасли, продукция которых занимает 26% рынка госзакупок и 16% коммерческого рынка России. Все они вносят вклад в достижение намеченных индикаторов развития отрасли – это достижение к 2020 г. доли отечественной продукции по номенклатуре Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90% и доли на рынке в денежном выражении до 50%.

В свою очередь, директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Минпромторга России Алексей Алехин отметил сохранение положительной тенденции в фармацевтической промышленности: «В объёме производства в натуральном выражении каждая вторая таблетка является российской, в настоящее время в стране производится 81,5% номенклатуры перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, снижается импорт. Есть достойные разработки, технологии, необходимо обеспечить им доступ к рынку», – считает Алексей Алехин.

– Москва может выступить одним из крупнейших заказчиков таких лекарственных препаратов, чтобы обеспечить доход компаниям со снижением налоговой нагрузки, что позволит им тратить средства на инвестиции и инновации, – обозначил директор департамента ведомства, подчеркнув, что у столицы для этого есть все инструменты. – В рамках федерального закона № 44 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» приняты поправки, в соответствии с которыми субъект Российской Федерации в праве заключать госконтракт в обмен на встречные инвестиционные обязательства».

В законе также введена норма, связанная с реализацией механизма специального инвестиционного контракта (СПИК). Если сумма инвестиций в рамках СПИКа превышает 3 млрд руб., то инвестор может претендовать на статус единого поставщика для государственных и муниципальных нужд. Сохраняются и такие меры поддержки, как субсидирование клинических исследований, производства субстанций, компенсация до 50% затрат по лизинговым платежам при приобретении оборудования.

– Задача – не просто импортозаместить те или иные препараты. Импортозамещение – это скорее результат наших мер, – обозначил позицию ведомства А.Алехин. – Необходимо создать технологические компетенции, чтобы позволить развить базу, создать единую технологическую цепочку производства продукции от разработки до выхода на рынок, вывести отрасль на мировой уровень.

По итогам выступления состоялось интерактивное голосование. По мнению участников совещания, развитию инновационного потенциала фармацевтической промышленности Российской Федерации поможет создание механизма включения инновационных препаратов в клинические рекомендации.

Статистика

По данным экспертов за январь-март 2017 г. в аптеках было продано средств барьерной контрацепции на 4,5% меньше в стоимостном объёме, чем за I квартал 2016 г., ранее рынок показывал рост в пределах от 9,5 до 32,2%.

Изделие номер два

Аптечные продажи контрацептивов растут

– В натуральном выражении ситуация более позитивна: мы отметили рост на 2,3%, что является большим успехом после провала 2016 г. (за первые 3 месяца 2016 г. было приобретено на 21,6% меньше, чем за аналогичный период 2015 г.). Таким образом, за I квартал 2017 г. ёмкость сегмента составила 3,6 млн упаковок презервативов или 826 млн руб., – говорит эксперт фармацевтического рынка генеральный директор одной из крупных аналитических компаний Сергей Шуляк.

Основной особенностью сегмента является очень разнообразный и широкий ассортимент, который с каждым годом растёт. За I квартал 2017 г. в аптеки Российской Федерации поступило 355 наименований презервативов, продаваемые под 38 брендами и производимые 35 корпорациями.

Производители средств барьерной контрацепции предоставляют большой выбор объёмов упаковок презервативов: упаковки от «№ 1» до «№ 100». 67% продаж аптек в натуральном выражении составляют средства барьерной контрацепции, выпускаемые в упаковке «№ 3». В стоимостном выражении лидирующее место занимает упаковка «№ 12», которая составляет 49% в структуре выручки аптек в категории средств барьерной контрацепции.

За I квартал 2017 г. в аптеках было приобретено 18,6 млн штук презервативов, что на 1,5% больше, чем в аналогичном периоде прошлого 2016 г. При этом рост объёмов продаж в натуральном выражении в январе-марте 2017 г. по сравнению с первыми 3 месяцами 2016 г. затронул только упаковки № 1, 6, 10, 100. На третьем месте по популярности как раз находится упаковка «№ 1» – её доля составляет 9% и спрос увеличился на 114%.

– Средневзвешенная цена одной упаковки презервативов в ценах продажи по итогам I квартала 2017 г. составила 230 руб., что на 6,1% меньше, чем в аналогичном периоде 2016 г. Заметим, что снижение данного показателя обусловлено изменением структуры покупки презервативов (снижением доли популярной упаковки «№ 12»). Если же рассматривать цены на конкретные позиции, то практически по всем брендам наблюдается рост цен, – отмечает Сергей Шуляк.

Материалы страницы подготовлены Ириной АНДРЕЕВОЙ.

МИА Cito!

Гипотезы

Не только гены

Принято считать, что то, как выглядит живое существо, определяют его гены. Они «подсказывают» телу, где должны быть руки, ноги, лапы, какой формы должен быть нос и будет ли у конкретной особи расти хвост.

Генной терапией сейчас занимаются многие исследователи. Однако учёные из Университета Тафтса (США) работают в совершенно ином направлении. С их точки зрения, человеческий организм программируют не только гены, но и электрические сигналы, которыми обмениваются клетки. Специалистам уже удалось с помощью биоэлектрики вырастить новые конечности лягушкам и переместить у головастиков глаза с головы в живот. Исследователи рассказали, что, возможно, с помощью этого метода в будущем появится возможность выращивать новые конечности и у людей – например, у военных, потерявших их в ходе боевых действий.

Майкл Левин, один из сотрудников научной группы, заинтересовался биоэлектричеством ещё в 2000 г. Он задался вопросом, каким образом тело «узнаёт», с какой стороны нужно вырастить сердце, печень, где должен быть желчный пузырь. Учёный пронаблюдал за формированием 6 зародышей цыплят и заметил, что у эмбрионов между клетками проходят электрические сигналы. Он предположил, что именно таким образом клетки подсказывают друг другу, в каком направлении им расти. Электричество, по его мнению, запускало процесс экспрессии генов в нужном месте.

Следующие годы исследователь посвятил экспериментам. Так появились шестиногие лягушки, головастики с глазами в районе кишечника и двухголовые черви, головы у которых регенерировали наподобие хвостов у ящериц. Учёный работал на клеточном уровне: на поверхности клеток расположены особые белки, ионные каналы, которые определяют заряд клетки, и М.Левин, меняя этот заряд, добивался роста клеток там, где это было необходимо. Для того, чтобы вырастить новый хвост у подопытного существа, требовалось 8 дней и час непосредственной работы. Новая функциональная конечность вырастала за полгода после 24 часов работы.

Учёный планирует перейти к экспериментам с теплокровными животными. Здесь, по его словам, возникнут сложности, так как кровяное давление у теплокровных существ выше, чем, например, у рептилий, то есть появляется риск кровотечения. Кроме того, конечности у теплокровных растут медленнее, и всё это время существует вероятность попадания инфекции в организм. Воспалительные процессы замедлят рост нужных клеток. Третья проблема заключается в том, что для работы биоэлектрика рана должна быть влажной и защищённой от воздействия воздуха. Для решения этого вопроса М.Левин и его коллеги разработали специальное покрытие из силикона, каучука и шелка, которое уже успешно испытали на лягушках.

Специалист заявил, что он уверен – уже при его жизни люди научатся выращивать конечности, которые они по каким-либо причинам потеряли. В худшем случае, рассказал он, пациент, потерявший руку в 25 лет, к 35 годам обзаведётся новой рукой подросткового размера, которая при этом будет полностью функциональна. Возможно, с помощью биоэлектричества можно будет лечить и рак, поворачивая процесс перерождения раковой клетки вспять. Исследователь отметил, что в опухолях «электрическая схема» нарушена, и если её восстановить – есть вероятность, что опухоль исчезнет. Аналогично с пороками развития плода – в будущем их тоже могут начать лечить электрическими воздействиями.

М.Левин подчеркнул, что сейчас биоэлектрика находится на начальных этапах развития. Он пояснил, что ситуация с биоэлектрикой подобна работе по изучению мозга – учёные знают, что воспоминания записываются в мозг, но не знают, как на них воздействовать с целью изменения. Аналогично в биоэлектрике – науке известно, что в организме существуют «электрические схемы», но какие формулы определяют их работу – пока неясно.

Ян РИЦКИЙ.
По информации Popular Science.

В ГБУЗ КО «ЦРБ Сухиничского района» требуются врачи:
ТЕРАПЕВТЫ, НЕВРОЛОГ, ОФТАЛЬМОЛОГ, РЕНТГЕНОЛОГ, АНЕСТЕЗИОЛОГ-РЕАНИМАТОЛОГ, ФТИЗИАТР, МЕДИЦИНСКИЕ СЁСТРЫ, ФАРМАЦЕВТ.
Предоставляется служебное жильё.
Производится оплата: за найм жилья;
молодым специалистам дополнительная ежемесячная выплата в течение 3 лет с даты приёма на работу.
Обращаться по адресу: **249275 Калужская область, г. Сухиничи, ул. Ленина 94; тел. 8-48451-5-12-09**
эл. адрес: zrb_suh@kaluga.ru

Кстати

«Движок» мозга

Вне зависимости от того, преуспевали ли люди в физике в вузе, их в любом случае можно назвать настоящими мастерами этой науки – когда дело доходит до понимания и предсказывания того, каким образом поведут себя объекты в реальном мире. Учёные из Университета Джонса Хопкинса (США) нашли источник этой интуиции, «физический движок» мозга.

Этот отдел работает в тех случаях, когда человек смотрит на какое-либо физическое явление, но при этом «физический движок» связан не со зрением, а с теми регионами мозга, которые отвечают за планирование деятельности. Наблюдающий в любую секунду готов увернуться, поймать, дёрнуть или сделать ещё что-то, что подсказывает ему мозг, ведущий расчёты в реальном времени. На основе полученной при этом исследовании информации можно будет, например, создавать более сообразительных роботов.

Ведущий специалист научной группы, доцент Джейсон Фишер рассказал, что каждый человек в своей голове постоянно проводит вычисления. Эти расчёты необходимы для выживания, но до нынешнего времени учёные не могли определить, какие отделы мозга отвечают за симуляцию, и, соответственно, направленно изучить их. Вместе со специалистами из Института технологии Массачусетса (США) исследователь провёл серию экспериментов, чтобы получить эти данные.

Во время первого эксперимента люди смотрели на башни из блоков (как в игре «Дженга»). Учёные попросили их примерно определить, куда приземлятся блоки, если башня развалится, а также каких блоков в ней больше, синих или жёлтых. Во время эксперимента мозговая активность участников фиксировалась. За цвет блоков отвечал визуальный центр, а вот направление их возможного падения анализировалось «физическим движком». Во втором опыте людям показывали видеоролики, во время которых на экране двигались две точки, и предлагали угадать, куда они переместятся в следующий момент времени. И в первом, и во втором случае исследователи отметили большую активность в регионах мозга, отвечающих за планирование движений.

Дж.Фишер рассказал, что таким образом появилась гипотеза о связи этих регионов с «физическим движком», и предположил, что это может иметь корни в детстве. Когда дети тренируют свои моторные навыки, они параллельно познают, как ведёт себя мир, и что будет с конкретным предметом, если его схватить. Таким образом, в их головах создаются физические модели мира вокруг, а также варианты их поведения при различных действиях со стороны ребёнка. Третий опыт подтвердил теорию учёных: участников попросили просто посмотреть серию коротких роликов, в части из которых было много различных физических явлений, а в другой – мало. Чем больше физической информации было на экране, тем активнее работали ключевые отделы мозга.

Возможно, результаты данного исследования помогут не только в создании роботов, но и в лечении людей. Например, такая болезнь, как апраксия, нарушение целенаправленности действий, может быть связана с дефектом «физического движка», невозможностью полноценно симулировать процессы, происходящие в окружающем мире.

Генрих АКОДИС.
По информации Medical Xpress.

Эксперименты

Опухолевая инфраструктура

Клетки образуют органы и ткани благодаря объединяющей их адгезии или «слипания» (сравни: адгезивный или липкий пластырь), для чего служат протеины клеточной адгезии (кадгерин, белок, активируемый ионами кальция, ICAM – InterCellular Adhesion Molecule и т.д.) При этом, в отличие от крови и лимфы, клетки иммобилизованы или «обездвижены» благодаря прочной посадке на подлежащем матриксе, представляющем собой переплетение внеклеточных белковых волокон.

Время от времени в действие вступают ферменты металло-протеиназы, расщепляющие матричные протеины, откуда и название этих энзимов. Ослабление матричной «хватки» позволяет клеткам двигаться (мигрировать), что важно для их функции. Ещё одним фактором слущивания поверхностных клеток является весьма непродолжительное время их жизни, обычно исчисляемое несколькими днями. Выполнившие свою функцию эпителиальные клетки стареют, сходят «с дистанции», вернее матрикса и подвергаются апоптозу (запрограммированной смерти).

Но метастазирующие клетки подобно переселенцам эпохи географических открытий основывают колонии, причём в масштабах тела на весьма удалённых расстояниях, передвигаясь с помощью выростов с большим количеством белка актина в них. Неудивительно поэтому, что сотрудники Центра раковых исследований в Мадриде задались важным для первопроходцев вопросом об инфраструктуре, без которой невозможно себе представить существование метастазов. С этой целью они «покрасили» с помощью флюоресцентного белка люциферазы (ген-репортёр фермента, названного по имели падшего ангела света Люцифера-«светоносного») клетки меланомы кожи, переселяющиеся в лёгкие и другие органы. До испанцев считалось, что переселение требует предварительного ангиогенеза или новообразования сосудов, они же на первое место поставили рост лимфатических сосудов, триггером которого стал белок мидкин, который был открыт в растущих нервных отростках (известный как ростовой фактор нейритов – NeGF). Протеин «ловит» или связывает гепарин, представляющий собой соединение, выделяемое пиявками, для которых важно, чтобы не останавливалось кровотечение (не тромбировались сосуды). Выключение гена мидкина, осуществлённое у мышей испанцами, привело к прекращению роста лимфатических сосудов и образованию новых клеточных колоний.

Мышиная модель, созданная в испанской столице, может быть опробована и на других видах опухолей, а также при заболеваниях лимфатической системы. Учёные, однако, признают, что им не совсем ясна связь между отдалённым лимфоангиогенезом и расселением по организму клеток. Эти вопросы требуют дальнейшего исследования, но уже новая модель позволяет тестировать новые фармакологические средства, тем более, что их действие легко визуализируется благодаря люциферазе. Статья испанцев в Nature носит название «Имиджинг лимфоваскулярных ниш идентифицирует роль мидкина».

Несколько иной подход к циркулирующим в крови клеткам избрали в Гарварде. Известно, что клетки модифицируют поступающую глюкозу, «меняя» на маннозу (и её полимер манна), наличие которой обнаруживается на поверхности грибков, бактерий и вирусов. Появление маннозы включает неспецифический иммунитет с его весьма агрессивным защитным белком комплемента (по наличию последнего ставится диагноз сифилиса). Распознаванию маннозы служит связывающий её протеин MBL (Mannosa-Binding Lectin) в комплексе с лектином, который «реагирует» на углеводы и, в частности, сахара (одним из наиболее известных является ядовитый лектин из конского гороха Vicia faba). Гарвардцы соединили MBL с константной (неизменяемой) частью белкового антитела (Fc), склонной к полимеризации и укрупнению образующихся комплексов.

Введение в кровь намагниченных микрочастиц, поверхность которых «одета» антителами с MBL, привела к тому, что 93% циркулирующих аномальных клеток попросту слипались друг с другом. Эффективность частиц не уменьшалась даже после искусственного снижения числа адгезивных молекул на поверхности циркулирующих клеток. Авторы полагают, что их терапевтический диагностик (тераностик) более надёжнее, чем применяемые ныне на основе EpCAM. Их утверждение имеет под собой надёжную основу, поскольку комплексы FcMBL относительно давно используются для диагностики весьма широкого спектра патогенов самый разной природы. Искусственное снижение EpCAM было применено весьма осознанно, поскольку после утери связи с другими клетками его уровень на поверхности циркулирующих клеток естественным образом уменьшается. Название статьи при этом говорит само за себя: «Биоинженерный FcMBL человека улавливает циркулирующие клетки».

В криминальных сериалах постоянно показывают процедуру, по ходу которой человека просят открыть рот, после чего эксперт с помощью ватной палочки проводит забор клеточного материала для анализа ДНК, например для определения биологического родства. Действие это, хотя и инвазивно, совершенно безболезненно и безвредно, так как клетки эпителия (или поверхностного слоя, на что указывает приставка эпи-) постоянно слущиваются со слизистой ротовой полости. То же происходит и с клетками мочеполовых путей, слущивание которых с поверхности мочеточников и мочеиспускательного канала легло в основу различных тестов, проводимых WADA – World Anti-Doping Agency.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

Идеи

Белки малигнизации

Исследование, проведённое учёными из Института Гюльбенкяна (Португалия), продемонстрировало наличие у клеток рака молочной железы определённого состояния, которое предшествует их переходу в агрессивную форму. Это состояние характеризуется «окостенением» клетки – её цитоскелет становится более жёстким. Только после этого раковая клетка способна активизироваться в организме.

Прогрессирование рака молочной железы происходит в несколько этапов: от доброкачественной опухоли до агрессивной злокачественной с вероятными метастазами. По статистике, только 20-50% опухолей перерождаются в агрессивную форму. Информация о том, относится ли конкретная опухоль к этим 20-50%, могла бы помочь более эффективно лечить пациентов с учётом тяжести их состояния.

Исследователи во главе с Флоренс Ханоди изучали клетки, выявляя сигналы, которые могли бы помочь спрогнозировать перерождение клетки. Специалисты уделили особое внимание цитоскелетам клеток – ранее проводившиеся исследования показали, что агрессивная форма рака требует размягчения клеток.

Оказалось, что перед этим размягчением клетки рака молочной железы проходят транзитную фазу окостенения за счёт аккумулирования волокон цитоскелета. Команда учёных выяснила, что в результате повышения жёсткости цитоскелета повышается производство белков, стимулирующих рост доброкачественной опухоли и её перерождение в злокачественную.

Учёным удалось идентифицировать эти белки и доказать их причастность к перерождению новообразования на примере мух-дрозофил. Это открытие, по словам научных сотрудников, может способствовать прогнозированию роста и метастазированию опухолей.

Алина КРАУЗЕ.
По информации EurekAlert!

Эксперименты

Подспорье для иммунитета

Большой и малый сальники, согласно гипотезе заокеанских исследователей, приносят человеческому организму массу пользы. Учёные указали на ещё одну их функцию – защиту от инфекций и токсинов.

Как известно, внутренние органы человека «обложены» складками соединительной ткани – брюшины, богатой жиром. Сальник «опутывает» и желудок, и печень, но особенно плотно – кишечник, обеспечивая их питание, защиту, механическую поддержку, также он участвует в гормональном обмене, воспалении, выполняет и ряд других функций. Например, при нарушении целостности кишки он «запаивает» поражение и не позволяет её содержимому излиться в полость тела, вызывая перитонит.

Работы последних лет позволяют назвать и ещё одну важную функцию брюшины – она играет роль одного из первых рубежей обороны при защите организма от токсинов и инфекций. К такому выводу пришли Трой Рэндалл и Селена Меза-Перес из Алабамского университета (США), авторы обзора, который был недавно опубликован.

Так, учёные указывают на «молочные островки» – светлые скопления лимфатических узелков, которые и обеспечивают иммунные функции. Они рассыпаны по жировой ткани и играют роль своего рода «контрольно-пропускных пунктов». Опутанные капиллярами и богатые активно действующими иммунными клетками, эти скопления фильтруют жидкости от потенциально опасных агентов.

– Жидкость вокруг внутренних органов не неподвижна, она циркулирует через «молочные островки, – отметил Т.Рэндалл. – «Молочные островки» собирают клетки, антигены и бактерии, прежде чем на них формируется ясный иммунный ответ. Затем, после «первичного химического анализа», в лимфатических клетках сальника формируется соответствующая реакция. В ткани выделяются сигнальные молекулы, запускающие фиброз, воспаление или другой подходящий защитный процесс, – добавил он.

С другой стороны, учёные отмечают и слабое место этого механизма: рак. «Что касается опухолевых клеток, сальник принимает неверные решения, – подчеркнула С.Меза-Перес. – Хотя опухоли в нём встречаются редко, клетки, попавшие в «молочные островки» с током жидкостей, оседают здесь, как водоросли в фильтре бассейна, развивая метастазы». Возможно, это сделает их мишенями для новых противоопухолевых препаратов», – заключила она.

Однако

Карта ожирения

На сегодняшний день во всём мире насчитывается около 2,2 млрд людей, страдающих от избыточной массы тела , вплоть до крайних форм ожирения.

Общая распространённость крайних форм ожирения, по данным на 2015 г., составила 5% среди детей (107,7 млн) и 12% (603,7 млн) среди взрослого населения планеты. Таковы результаты исследования, проведённого группой учёных за период с 1980 по 2015 г. в 195 странах мира. Результаты были представлены на конференции, посвящённой проблеме ожирения, которая прошла в Стокгольме (Швеция).

Учёные исследовали данные, разделив их по странам, возрасту, полу, а также исследовали последствия ожирения для здоровья человека, в том числе влияние на распространение пяти групп заболеваний: диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, хронического заболевания почек, рака и нарушений опорно-двигательного аппарата.

По данным на позапрошлый год, среди 20 самых густонаселённых стран, где наблюдается наибольший процент страдающих ожирением, лидером по ожирению среди взрослых стал Египет: здесь от этой проблемы страдает треть населения (35,3%). По ожирению среди детей лидируют США, где страдают 12,7% детей.

Наименее затронутыми этой проблемой странами оказались среди взрослых Вьетнам (1,6%), среди детей – Бангладеш (1,2%). США также лидируют по численности страдающих от ожирения взрослых – 79 млн человек в 2015 г., второе место по числу «толстых» людей занял Китай – 57 млн. За период исследования число страдающих от ожирения увеличилось вдвое в 73 странах мира, причём в некоторых странах этот показатель намного выше. В частности, в Китае, Бразилии и Индонезии число «толстых» детей и молодых людей увеличилось в три раза.

Учёные отмечают, что ожирение и сопутствующие ему болезни приводят примерно к 4 млн смертей в год, и 40% из них составляют люди, имеющие лишний вес, но ещё не страдающие от ожирения. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. число страдающих от лишнего веса людей в мире достигнет 2,7 млрд, из них 17% – с крайними формами ожирения.

Выводы

Дети, которых родители считают толстыми, набирают гораздо больше веса чем подростки, которых родители воспринимали адекватно. Такое заявление сделали психологи Эрик Робинсон из Университета Ливерпуля (Великобритания), и Ангелина Сутин из медицинского колледжа Университета Флориды (США) – их совместный доклад был основан на данных, составленных на основе двух национальных исследований.

Что посеешь – то и пожнёшь

В ходе исследования учёные обработали данные 2823 австралийских семей и 5886 семей из Ирландии. В начале они замеряли рост и массу тела 4-5 летнего ребёнка, а также узнавали у родителей, считают ли те своих детей худыми, нормальными или толстыми. Далее учёные следили за детьми до подросткового возраста, время от времени показывая им изображения фигур разной тучности и предлагая ребёнку сравнить себя с ними.

Результаты показали, что за десять последующих лет дети, чьи родители считали их толстыми, действительно набирали лишний вес, ассоциируя себя с изображениями полных людей, однако ни пол ребёнка, ни материальный доход семьи, ни вес родителей на вес ребёнка никак не влияли.

Таким образом, уверенность родителей в том, что их дети имеют избыточный вес не только не стимулирует ребёнка к похудению, но и повышает риск приобретения тучной фигуры. Поэтому родителям, оценивая внешний вид своего ребёнка, следует быть предельно осторожным в определениях. Каким они своего ребёнка видят, таким он и будет. И, как выяснилось, не только характером, но и внешним видом.

Исследования

По гендерному принципу

Совместное исследование специалистов из Массачусетской больницы и Школы медицины Бостонского университета (оба – США) продемонстрировало разницу между тем, как алкоголизм воздействует на систему вознаграждений мозга у женщин и мужчин.

Соответствующие структуры мозга у женщин, страдающих алкоголизмом, больше, чем у здоровых, а вот у мужчин зависимость обратная, причём разница в обоих случаях почти одинаковая. До настоящего момента научные работы подобной тематики велись исключительно с участием мужчин, поэтому результаты стали для учёных неожиданностью.

Специалисты работали с 60 пациентами (30 женщинами и 30 мужчинами), которые ранее в течение длительного времени были алкоголиками, а затем бросили пить. Период абстиненции продолжался от 4 недель до 38 лет. Контрольная группа состояла из 60 здоровых мужчин и женщин. По каждому из участников научные сотрудники получили полные медицинские данные, оценки нейропсихологов и результаты МРТ.

В среднем, у мужчин-алкоголиков структуры мозга, ответственные за вознаграждение, были меньше на 4,1%, чем у не алкоголиков, а у женщин-алкоголиков – наоборот, на 4,4% больше. Продолжительность и интенсивность употребления алкоголя усиливала различия. Кроме того, учёные заметили, что чем дольше был период трезвости – тем меньше было лишней жидкости в желудочках мозга. Это позволяет сделать предположение, что мозг после алкоголизма всё же восстанавливается.

Взгляд

Уровень тревожности и напряжения маленьких детей, которые воспитываются в яслях, примерно на треть выше, чем у детей, которых воспитывают родители. Ясельные дети слишком много страдают от стрессов, что делает их более робкими и застенчивыми в дальнейшей жизни. Кроме того, такие дети испытывают трудности в самоконтроле и в общении с более активными сверстниками.

...А дома – лучше

Дети же, которые остаются дома с родителями и не подвергаются такому количеству стрессовых атак, в дальнейшем становятся более спокойными и устойчивыми к внешним раздражениям. Скорее всего, это происходит потому, что малыши в яслях постоянно скучают по своим родителям и слишком рано попадают в конфликтные ситуации с другими детьми.

К такому выводу пришли исследователи норвежского Университета науки и техники, проведя обследование 112 детей в возрасте от года до 1,5 лет, которые уже провели в яслях 5-6 месяцев. Уровень тревожности малышей учёные определяли по наличию в слюне стрессового гормона кортизола. Как показали результаты тестов, у детей, посещающих ясли, его количество оказалось на 32% выше, чем у детей, которые оставались дома.

Высокий уровень гормона стресса в таком возрасте может негативно повлиять на мозг малышей, утверждают учёные. Впрочем, родители могут нивелировать его последствия, если, забрав ребёнка из ясель, весь вечер проведут с ним дома, уделяя малышу как можно больше внимания. По словам автора исследований профессора Мэри Бритт Другли, родители должны вместе ужинать, играть и читать книжки, восполняя детский дефицит контакта с папой и мамой.

«Уровень стресса растёт у ребёнка в течение дня пребывания в яслях, – пояснила профессор Другли. – Когда родители забирают малыша, он находится в высшей точке стресса. И только поддержка родителей сможет уравновесить все негативные эмоции после дня в детском саду».

По информации Daily Mail.

Ну и ну!

Тракторист в белом халате

В Узбекистане к 8 годам лишения свободы приговорили тракториста, который незаконно получил врачебный сертификат и оказывал медицинские услуги, заработав таким способом около полумиллиона долл.

Как сообщает пресс-служба Генеральной прокуратуры Узбекистана, Кахрамон Пулатов работал трактористом в одном из кишлаков Алатского района Бухарской области. Затем ему удалось получить поддельный сертификат члена Всемирной ассоциации психологов, врачей и народной медицины, якобы выданный Министерством здравоохранения Казахстана.

Пользуясь полученным документом, около года назад мужчина организовал частную клинику, где работал вместе с несколькими родственниками. Таким образом, К.Пулатову удалось заработать около 1,8 млрд сумов (около 500 тыс. долл. по курсу ЦБ Узбекистана).

В результате Уголовный суд Бухарской области приговорил Пулатова к 8 годам лишения свободы и штрафу в размере 150 минимальных зарплат (около 6 тыс. долл.). Его соучастники тоже привлечены к уголовной ответственности.

Примечательно, что похожая ситуация недавно сложилась в Пензе, где сотрудники полиции по подозрению в мошенничестве в особо крупном размере задержали работников и руководителей организации, позиционировавшей себя как «международная медицинская клиника».

По данным следствия, работники клиники под разными предлогами вынуждали посетителей брать кредиты на оплату процедур, которые проводились людьми без медицинского образования. В частности, комплексной диагностикой здоровья пациентов занимался мужчина с образованием автомеханика.

Марк ВИНТЕР.

По материалам New England Journal of Medicine, ukuk.uz, Medical Xpress, Reuters, Trends in Immunology.

Медицинская газета

№ 51 • 14. 7. 2017

История болезни

Между женщиной и мужчиной

Всемирная профессиональная ассоциация по трансгендерному здоровью сегодня считает, что транссексуальность относится к «вопросам разнообразия», не являясь проблемой патологии. Таким образом, предметом профессионального интереса психиатров постепенно становится лишь параневротический антураж, сопровождающий транссексуализм, в силу того, что человек не приемлет свой номинальный гендерный статус, не может определиться со своим внутренним «Я» и пр. На формирование психопатологии влияют моральные устои и социальная агрессия, существующая в некоторых странах в отношении транссексуалов, что повышает амплитуду и частоту их тревожно-депрессивных и невротических состояний.

Вторая жизнь

Диагноз транссексуализм пока ещё существует в МКБ–10, но есть смутное ощущение того, что в следующей редакции эта формулировка исчезнет или существенно трансформируется. Так, некогда из МКБ исчез гомосексуализм (1990). Клиническое значение постепенно обретает не суть самого феномена «транссексуализм», а его депрессивно-невротическая оркестровка. Тем не менее, пока что МКБ-10 актуальность сохраняет, диагноз «транссексуализм» существует, рекомендации по лечению обозначены, критерии дифференциальной диагностики разработаны.

…В 1882 г. в датском городе Вайле у четы Вегенер родился мальчик, которого назвали Эйнар Магнус Андреас. Под этим именем он и прожил большую часть своей жизни, номинально оставаясь мужчиной, ментально (примерно с 20 лет) будучи женщиной, в которую уже почти превратился анатомически, но в этом статусе он (она) пробыл (а) совсем недолго.

Поступив в Датскую королевскую академию изящных искусств Копенгагена, Эйнар познакомился с дочерью священника Гердой Готтлиб, тоже учившейся здесь. В 1904 г. они поженились; ему было 19 лет, ей – 21 год. Герда иллюстрировала книги и журналы мод, Эйнар писал пейзажи. Работы Вегенера есть в художественном музее его родного города Вайле.

Художник был несколько женственной натурой, с нежным голосом, слегка изломанной мягкой пластикой, но это обстоятельство не мешало браку. Эпохе модерна был хорошо знаком такой тип мужчин. И, возможно, если бы не стечение обстоятельств, эта драматичная история не получила бы никакого развития: человек прожил уже более 20 лет, не помышляя о смене пола и вполне удовлетворяясь тем, что (и кого) собой представлял.

Но однажды в Копенгагене Герда получила заказ на портрет от известной оперной певицы, которая всё никак не могла выбрать время для визита в мастерскую – оставалось дописать только ноги. Герда попросила Эйнара надеть шёлковые чулки и туфли на высоких каблуках, чтобы позировал хотя бы он, и работу наконец-то можно было закончить.

Он вспоминал, что именно в этот момент вдруг «ощутил свою женскую сущность», на удивление комфортно чувствуя себя в женской одежде. У Герды Вегенер появилась собственная муза и любимая натурщица. Новая модель получила прозвище «Лили». Картинки, изображающие одетых по последней моде (чаще, впрочем, раздетых) миловидных дам с миндалевидными глазами, стали весьма популярными. В них часто присутствовал скрытый, а то и откровенный эротизм. Работы Герды иногда напоминали рисунки О.Бердслея, который почему-то внезапно потерял вкус. В 1908 г., благодаря портретам Лили, Герда выиграла конкурс «Образ современной женщины», объявленный датской газетой Politiken.

К 1912 г. фру Вегенер стала известным мастером, ей заказывали рисунки модные парижские журналы Vogue, La Vie Parisienne, Fantasio, Rire. Она с успехом выставлялась в Париже: Салон независимых, Салон юмористов и пр.

Когда вдруг выяснилось, что загадочная модель Герды – её муж Эйнар Вегенер, в Копенгагене разразился скандал. Паре пришлось уехать. Они много путешествовали, а в 1912 г. поселились в Париже. Здесь Лили осмелела до такой степени, что регулярно посещала общественные места и вечеринки, нося женские одежды уже чаще, чем мужские, выглядя во фраке или смокинге переодетой женщиной. Жена не возражала против такой метаморфозы, представляя Эйнара новым знакомым как «сестру мужа».

Супруги говорили о Лили в третьем лице. Герда могла сказать: «Что-то я соскучилась по Лили... Ты не мог бы передать ей, чтобы она к нам заглянула?» Фру Вегенер не скрывала, что ей нравятся женщины. Многие её рисунки свидетельствуют об этом.

Герда отмечала, что по характеру Эйнар и Лили – очень различны. Он – болезненно застенчив, она – весела и непосредственна. Лили любила развлечения, у неё было много поклонников, не подозревавших, что имеют дело с мужчиной. Посещая рестораны и карнавалы или развлекая гостей, Эйнар представлялся женщиной. Иногда он даже утверждал, что его тело «начинает принимать женские формы». Со временем Вегенер почти перестал рисовать. Он ещё иногда помогал жене, прорисовывая фон и мелкие детали её картинок, но и этим занимался всё реже. Герда же писала новые и новые портреты Лили.

Спустя некоторое время Эйнар Вегенер погрузился в депрессию – гендерную дисфорию. Лили оказалась для него не игрой, а сущностью. Жизнь в мужском теле стала невыносимой, ношение мужской одежды он начал считать притворством. Бродя по Парижу, Вегенер представлял, как утонет в Сене: «Лучше умереть, чем жить наперекор природе!» Исполненный ощущения безысходности и бессмысленности бытия, он целые дни проводил в студии, слушая граммофон. В 1927 г. он решил: если в течение года не получит медицинской помощи, то покончит с жизнью. (Сегодня суицидоопасность считается показанием для операции по смене пола). Вегенеры стали искать врача.

Мнения специалистов разнились. Одни считали Эйнара нормальным мужчиной с истеричным характером, который выдумал себе претенциозную блажь. Другие полагали, что проблема – в его гомосексуальных склонностях. Докторов сбивало с толку противоречие: художник утверждал, что чувствует себя женщиной, но, в то же время, он отдавал себе отчёт в том, что физически является мужчиной.

За 2 месяца до истечения рокового срока, Эйнар встретил дрезденского профессора-гинеколога К.Варнеркросса, который, обследовав художника (тесты будто-бы подтвердили наличие в организме большого количества женских гормонов, но этому обстоятельству приходится верить на слово мемуаристов, порой изъясняющихся слишком туманно и неопределённо, а архив Дрезденской муниципальной женской клиники, как и по-существу, весь город, был уничтожен бомбардировкой американской авиации в 1945 г.), предложил ему операцию по изменению пола. Для этого следовало имплантировать в тело мужчины яичники и матку и убрать атрибуты мужского пола. Такая операция прежде никем не проводилась и её концепция носила характер эксперимента, граничащего с авантюрой. (Впрочем, не исключено, что ряд операций, всё же был проведён раньше, но пациенты сумели сохранить инкогнито).

Варнеркросс направил Вегенера в Берлин на консультацию к известному врачу М.Хиршфельду, одному из основоположников сексологии. В 1896 г. тот опубликовал эссе «Сапфо и Сократ», утверждавшее, что гомосексуальность может быть предметом научного медицинского исследования, а не статьёй УК. В 1928 г. он основал Всемирную лигу сексуальных реформ (именно туда Остап Бендер советовал обратиться Паниковскому). Обследовав Вегенера, Хиршфельд посчитал, что Эйнар – не гомосексуалист. Заключению можно было доверять – сексолог сам был педерастом.

Трагический финал

В 1930 г. художник отправился в Германию для проведения операции. Перед этим он подписал документ, где заявлял о том, что осведомлён об экспериментальном характере вмешательства и снимает с врачей юридическую ответственность в случае неудачи. За 2 года ему было проведено четыре хирургических вмешательства. Первое – удаление тестикул, было сделано в Берлинском институте сексологии Ф.Абрахамом под руководством Хиршфельда (май 1930 г.) После операции голос Вегенера изменился: вместо тенора он заговорил в диапазоне сопрано. Изменился и его почерк. Остальные операции были проведены Варнеркроссом в Дрездене. Во время второй Вегенеру были пересажены яичники умершей 26-летней женщины. (Будто бы, именно тогда Варнеркросс нашёл в брюшной полости Вегенера рудименты недоразвитых яичников. Утрата медицинских документов не позволяет комментировать эту информацию). Затем были удалены ненужные аксессуары мужского пола. Лили считала, что родилась заново. Название реки, на которой стоит город, давший ей иное бытие, она сделала частью своего имени. Вегенер получил от датского консульства новый паспорт на имя Лили Илзе Элвенёс, юридически изменив пол и имя. Художником к этому времени он перестал быть совершенно.

К этому моменту Лили Эльбе уже была газетной сенсацией. 26 мая супруги Вегенер возвратились в Копенгаген. По закону Дании (тогда) две женщины не могли состоять в браке, и в октябре 1930 г. король расторг их союз.

Первоначальная радость обретения новой – «правильной» жизни сменилась депрессией: Лили считала, что «убила Эйнара», несмотря на то, что никогда и не отождествляла себя с ним, называя «покойным братом». Ей было трудно чувствовать себя человеком без прошлого, без детства: ведь Лили Эльбе родилась на операционном столе взрослой женщиной. Она писала: «Я боюсь встретиться с людьми, которые знали Эйнара, которые любили его, и которых любил он. Такое чувство, что я убила его. Я знаю, что это звучит, как бред сумасшедшего. Но я ощущаю это». В Копенгагене она встретилась с сестрой, заявившей, что операция, сделанная в Германии, – «богохульство и преступление против природы». Со временем, впрочем, семья Лили смирилась с положением дел.

Но надо было заботиться о средствах к существованию. Эльбе не считала картины Вегенера своими работами, полагая, что не вправе писать в его манере. Она стала зарабатывать уроками рисования. Денег это приносило мало, а ведь предстояла ещё одна операция, и Лили, считая себя (всё-таки) наследницей Эйнара, решила продать его картины, предварительно предприняв рекламную акцию. Она согласилась рассказать корреспонденту газеты Politiken о своей судьбе. Новость разнеслась по Европе. Лили Эльбе получила всемирную известность.

В июне 1931 г. она вернулась в Дрезден для последней операции – пластики влагалища и пересадки матки: Эльбе непременно хотела выйти замуж и родить ребёнка (к этому моменту ей было 49 лет). Она уже даже была помолвлена с неким датским дворянином.

Ничего не вышло. Медицина ещё не знала иммуносупрессоров. Тело отторгало чужой орган, развилась инфекция. Лили умерла 13 сентября 1931 г., через 3 месяца после операции. В качестве причины смерти Эльбе просила указать патологию почек, не желая доставлять неприятности врачам. Она завещала похоронить её близ женского госпиталя Дрездена. Впрочем, ходили слухи о том, что она осталась жива, намеренно распространив дезинформацию о своей смерти и инкогнито уехав за тридевять земель.

После смерти Лили Эльбе её письма и дневники были подготовлены к публикации. Книга вышла под названием «От мужчины к женщине».

Патология становится нормой

Будет удивительно, если МКБ-11 не изменит статус транссексуализма, отдав этот диагноз на откуп хирургам и эндокринологам и оставив психиатрам лишь гендерную дисфорию (или что-то в этом роде: дефиницию придумать несложно). В самом деле, сегодня комплекс мер по лечению этого состояния предполагает, в частности, гормональную заместительную терапию, подавляющую врождённые и стимулирующую развитие желаемых вторичных половых признаков, а также хирургическую коррекцию анатомических атрибутов, которые субъект считает несоответствующими его пылким устремлениям. (Замечу, впрочем, что сами методы сексуального апгрейда вполне недвусмысленно относят транссексуализм к категории патологии: речь, всё-таки идёт о более чем серьёзных медицинских вмешательствах, имеющих длинный реестр осложнений и побочных влияний, требующий едва ли не пожизненного дальнейшего взаимодействия сексуального мигранта с врачом).

Сегодня философия постмодернизма, с её фетишизацией принципа потребления, послушно обслуживает постиндустриальное общество, подводя интеллектуальный базис под желания обеспеченного индивидуума: «Любой каприз за ваши деньги!», говоря о «вариативности», «диверсификации», «индивидуальности» и пр.; утверждая, что «вечные ценности» — лишь «тоталитарные и параноидальные идефиксы», препятствующие творческой самореализации субъекта и социума. Таким образом, те опорные камни, которые долго были цивилизационными ориентирами хоть в классической науке, хоть в морали, теряют функцию основы. Постмодернизм, создавший постнеклассическую науку, приблизивший методологию философских концепций к литературным дискуссиям, в которых преобладает так называемое нестрогое мышление, характеризуется индивидуалистическим хаосом идей. В этой философии, как и в самой нынешней культуре, действуют механизмы деконструкции, ведущие к распаду системности: постмодернизм признаёт относительность любых ценностей.

Истинный идеал постмодернистов – хаос, названный Ж.Делёзом хаосмосом, первоначальное состояние неупорядоченности, состояние «нескованных возможностей». Признание договорного характера норм и принципов позволяет философии постмодернизма вступать в диалог с любыми культурами, структурами, формами и нормами, существующими в любом пространственно-временном отрезке истории. («Что не запрещено – то разрешено», – советский постмодернизм с оглядкой на начальство. Позднее ограничения и табу вовсе минимизируются – в духе поговорки «Всё полезно, что в рот полезло». Здесь – исток пресловутых «двойных стандартов»: отсутствие базисных ориентиров легко допускает амбивалентность трактовки любого события, не принимая во внимание сакральность некоторых социальных правил и законов. Между тем, согласно определению Ю.Лотмана, «Культура есть система табу», следовательно, отсутствие запретов и развал систем уничтожают культуру). В этом контексте историческая эволюция трактовки сексуальных девиаций: грех – преступление – патология – норма выглядит вполне последовательной, а девиация превращается (уже превратилась) в диверсификацию норматива, уничтожая его в принципе. Есть, однако, опасение того, что эта цепочка может продолжиться, и следующим её звеном окажутся формулировка «единственно возможная норма».

Игорь ЯКУШЕВ,
доцент Северного государственного медицинского университета.
Архангельск.

На литературный конкурс

Евгений АЛЕКСКАНДРОВ

Защитные варианты

Наш давний приятель – Александр Семирадов – весьма современный человек, всегда идущий в ногу со временем (правда, не всегда в нужную сторону). Мы всё это хорошо знаем, а потому давно уже ничему не удивляемся.

И вот, как-то приходим мы недавно к нему и что же мы видим? Наш Семирадов основательно обложился какими-то справочниками и таблицами.

– Так, молодец! – одобрительно говорим мы. – Основательно готовишься к защите?

– Готовлюсь, – подтверждает Семирадов. – А если точнее, то занимаюсь изучением защитных вариантов.

– Вариантов?.. Защитных?.. Это каких? – не совсем понимаем мы.

– Ну вот – защиты Немировича, а ещё защиты Кар-Кан, – начинает разъяснять нам наш приятель.

– Молодец... – не совсем понимая, что к чему, всё-таки одобряем мы.

А Семирадов гордо добавляет: – Скоро засяду за сицилианскую и испанскую защиту!

– Ты что же это – в Евросоюз намылился? – ехидно интересуется один из нас.

– Если пригласят... – начинает пояснять наш приятель. Но его ещё более ехидно спрашиваю уже я: – А как же с нашей русской защитой?

– Планирую изучать и её! – твёрдо обещает Семирадов. – А как же без неё? В наши-то дни?

– Без неё – никак! – соглашаемся мы.

– Вот именно! – говорит Александр, и, тут же начиная расставлять шахматные фигуры на соответствующей доске, предлагает кому-нибудь из нас испытать его силы и возможности, разыграв с ним «партийку».

Я, подозревая какой-то розыгрыш с его стороны, скромно отказываюсь и не могу не поинтересоваться:

– А зачем, зачем тебе сейчас все эти шахматы, все эти варианты защит?

А Семирадов, окидывая меня и всех нас гордым взглядом, покровительственно разъясняет, что «шахматы – это сама жизнь!». И потому в них он собирается как бы проигрывать некоторые эмоционально-психологические нюансы предстоящей защиты своей новаторской диссертации, посвящённой методам защиты здоровья беззащитных перед множеством стрессов людей.

Популярно разъяснив это всем нам, он предлагает:

– Может, кто-то из вас желает сейчас проверить, так сказать, проэкзаменовать мои, да и свои собственные силы?

Желающий среди нас отыскивается – это Григорий Кособланков.

Оба тут же садятся за стол и начинают расставлять фигуры на шахматной доске.

Семирадов прибегает к голландской защите, но вскоре его защитная дамба рушится под натиском опытного перворазрядника Кособланкова. Что, похоже, несколько обескураживает будущего кандидата (правда, не в мастера спорта по шахматам).

Проходит всего несколько дней и мы снова появляемся в квартире Семирадова.

На этот раз Александр встречает нас в одних трусах и в боксёрских перчатках.

– Вот, – уже с порога поясняет он, видя наше удивление и где-то даже недоумение, – тренируюсь в защитной стойке.

– А что – это тоже важно для защиты твоей диссертации? – интересуемся мы.

– А то как же! – восклицает наш приятель. – Бокс – это же сама жизнь! Он помогает защищаться от всего!

– Даже от стрессов? – уточняет Кособланков.

– Тем более, от них! И не только в теории, но и на практике! – гордо сообщает Семирадов и предлагает: – Кто из вас хочет проверить мою готовность?

А то как-то надоело «сражаться с тенью».

Всего через несколько секунд после того, как один из нас – Славка Молотобойцев, натянул боксёрские перчатки, Семирадов уже готов. Правда, не к защите своей диссертации. Хорошо ещё, что среди нас оказывается Любомир Гиперкратов – специалист по травматологии и ургентной терапии. Он оперативно приводит в чувство отправленного Славкой в нокдаун соискателя учёной степени.

И всё-таки, Семирадов остаётся верным себе. Вот почему, когда мы в очередной раз появляемся у него дома, то застаём там благообразного, респектабельно одетого уже немолодого человека в золотом пенсне.

– Знакомьтесь, – представляет его хозяин дома, – Баловнев-Судьбоносцев – представитель коллегии адвокатов! Защитник, то есть. Он согласился, так сказать, представлять мои интересы. Может, кто-то из вас хочет проверить его, если так можно выразиться, компетенцию, его профессиональные навыки?

Желающих, а тем более, юристов среди нас не оказывается...

Ну а ещё через пару недель... Впрочем, вы уже, наверно, сами догадываетесь, что произошло с нашим давним приятелем Семирадовым. В тот печальный день на защите его с треском прокатили. Как говорили некогда – «на вороных». Возможно, ещё и потому, что как раз в это самое время подоспело вышестоящее указание о недопущении крупных и даже средних чиновников в ряды кандидатов, а потом и действительных членов академий всех наших отечественных наук. Такая вот поучительная история...

Долгопрудный,
Московская область.

Сокровенное

Юрий КОТЛЯРСКИЙ

Абстрактные мысли о конкретной жизни

Мир полон истинных чудес,
Иначе не понять такое:
Как может сказочный прогресс
Шагать в обнимку с параноей?

* * *

С восьмого этажа упав,
Познав земное притяженье,
Ты успокоишься, поняв,
Что жизнь даётся нам
в движенье.

* * *

Мир чист, прозрачен
и прекрасен!
Комфорт, удобства и уют!
И совершенно не опасен,
Когда другому морду бьют.

* * *

Ну много надо ли для счастья?
Кому – разок напиться в дым,
Кому – изведать бремя власти,
Кому – испортить жизнь другим.

* * *

В каком ещё ином краю
Возможны данные порядки:
Он подложил ему свинью,
Но это посчитали взяткой.

* * *

Он подошёл к зениту жизни
С таким запасом «свежих» сил,
Что, извините, даже клизму
Бессильно на пол уронил.

* * *

Абстрактно мыслить так легко!
Абстрактно мысля или споря,
Я не обидел никого,
И мне не причинили горя.
Я никого не обругал,
И их слова на мне не висли;
Я даже рта не раскрывал,
Всё только мысли, мысли,
мысли...

* * *

Нет, хватит лгать!
Довольно, право!
Враньё добра не принесёт.
Ложь – это язва, зло, отрава.
Но временами так сосёт!

* * *

Личный опыт чем хорош?
Тем, что всё с изнанки знаешь:
Сам обманешь, сам наврёшь,
Сам по морде получаешь.

Москва.

СКАНВОРД

Автор Валерий Шаршуков

Мелоксикам	Ступень в системе учреждений		Звезда, Лира					Стержень	Шумерский бог		Нимесулид					Парфюм			Затруднение дыхания	"Тихий" ров		"Тополя", художник	Увеличение		Вития
	Швед. врач, писатель		Лизиноприл		12,3 л		"Фокусник", актер				Застой крови	Река, Мюнхен		"Марокко", актриса		Анчар	Аккад. богиня плодородия		Зачаток гриба						Гладкоклювая кукушка
					Полотнище, судно		Река, Пакистан		Удовольствие							Камчатский бобр						Япон. писательница			
	"Вольный ...", Дунаевский		Раздел физики							Лермонтов, стих.		Возм. опасность					Предводитель		Англ. математик, биолог						
				Курорт, Бельгия		Горная выработка		Сапог на Севере	Не ровен ...				Папирус		Гляди в ...!							Корень из 9			
	"Бернар ...", Моруа		Никогда (прост.)						Оковы				Вращ. вал												
Древний город, Ирак							Небесный дух у ненцев				Племя, Др. Рим														
			Галоген						Военачальник ... Лушань				Тюрк. титул												

	И		Э		М	А	Р	Ш								К			Ф	Л	А	М	И	Н
К	Р	О	Й			Т		Т		Ч		К	А	М	П	С	И	С		Е		К		Г	
	И		В	А	З	О	Т	О	Ц	И	Н		Г		О		Р		Б	Л	А	У		У	
С	К	В	Е	Р		Л		Ф		К		Б	О	Н	Е	Ф	О	С		И	С	Т	О	М	А
	А			Б	И	Л	О		П	О	З	О	Р		Д		С	Ы	С	К			Г	Е	М
Г	Р	И	Щ	У	К		С	Т	И	В		С	А	Т	И	Н		Н		С	У	Х	О	Н	А
		Н		З	О	Н	Т		К	А	Л	Ф		У	Н	О									
Б	А	Н	Л	О	Н		О	В	Е	Н		О	П	Л	О	Т									
	А		В	А	А	Л		Т	И	Г	Р		О	К	А										

Ответы на сканворд, опубликованный в № 50 от 12.07.2017.

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

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

Главный редактор А.ПОЛТОРАК.

Редакционная коллегия: Д.ВОЛОДАРСКИЙ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.ПАПЫРИН (зам. главного редактора), Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), И.СТЕПАНОВА.

Дежурный член редколлегии – В.КОРОЛЁВ.

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

Отпечатано в АО «ПК «ЭКСТРА М» 143405 Московская область Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23 км, владение 1, дом 1.
Заказ № 17-06-00330
Тираж 23 732 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

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

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

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