

Медицинская

25 июня 2014 г.

среда

№ 45 (7470)

Газета®

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

www.mgzt.ru

События

Свободные от фармфирм

Казанцы выступили против внедрения коммерции в образовательный процесс



На их майках надпись Don't be a Pharma puppet!!! («Не быть фармацевтической марионеткой!!!»), и они – участники проекта «Медицинское образование без фармацевтической рекламы». Мероприятия, прошедшие в Казанском государственном медицинском университете, были подготовлены Татарстанской ассоциацией медицинских студентов КГМУ совместно с АНО «Ресурсный центр молодежи Республики Татарстан» в рамках реализации гранта Министерства по делам молодежи и спорту республики.

Тематика проекта была посвящена проблеме взаимодействия между будущими медицинскими работниками и фармацевтической индустрией. Фармацевтические компании тратят в среднем 35% от суммы продаж на рекламу, это является их основной статьёй рас-

хода, значительно превышающей затраты на разработку новых лекарственных средств. Авторитетные многоцентровые исследования доказали, что активная реклама фармацевтической продукции серьёзно влияет на привычки врача в выборе прописываемых препаратов. По дан-

ным авторитетных исследований, это приводит к снижению качества и повышению стоимости лечения, а также к снижению уровня образования студентов медвузов, вовлечению в коррупционный сговор с фармацевтическими компаниями. Проблема взаимодействия студентов-медиков и фармацевтической индустрии в Татарстане в таком масштабе обсуждалась впервые.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: участники проекта.

Дежурный по номеру: Виктор ЕГОРОВ

Директор
Хабаровского филиала
межотраслевого
научно-технического
комплекса
«Микрохирургия глаза»
им. С.Н.Фёдорова
Минздрава России,
доктор медицинских
наук, профессор,
заслуженный врач РФ.



Солидарность

Не хлеба горбушку – лекарства пополам

Контейнер дизентерийного бактериофага отправил Омская область жителям Алтайского края, пострадавшим от наводнения.

Препарат предназначен для профилактики и лечения дизентерии, и 50 его упаковок помогут выздороветь 130 пострадавшим.

Согласно нормативно-правовым актам, действующим на территории Омской области, резерв дизентерийного бактериофага

в регионе составляет 100 упаковок, из расчета на 500 пострадавших на случай возникновения чрезвычайной ситуации. Но не поделиться этим ценным лекарством с алтайскими соседями омичи не могли. Помните, как в песне поётся: «И хлеба горбушку – и ту пополам...» А алтайцам сейчас лекарства важнее хлеба.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».
Омск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Известная психиатрическая больница празднует юбилей.

Стр. 6-7.

Эпилепсия: проблемы ждут своего решения.

Стр. 11.

Особый случай

Новый митинг в защиту бывшей 72-й

На площади Защитников Неба в Москве прошёл новый митинг «За сохранение 72-й больницы», организованный командой «За Крылатское». На нём присутствовало более 200 местных жителей, и были собраны подписи за сохранение койко-мест и штата врачей в бывшей городской клинической больнице № 72.

Организатор инициативной группы «За Крылатское» Владимир Залищак

заявил, что обратился к депутатам Московской городской Думы и Государственной Думы РФ с просьбой помочь в разрешении этой конфликтной ситуации и намерен действовать решительно в случае игнорирования властями данной проблемы, дальше отстаивать право местных жителей на достойную медицину.

Напомним, что с 1 марта этого года коечный фонд в бывшей больнице, ставшей филиалом ГКБ № 31 по приказу Департамента здравоохранения

Москвы, сократился на 130 гинекологических и 50 терапевтических коек. Ранее у больницы уже изъяли часть территории, на которой был возведён 22-этажный жилой дом с подземной автостоянкой. Есть основания полагать, что в дальнейшем последует ликвидация филиала, роддома и строительство на их месте новых домов.

Геннадий НИКОЛОВ,
МИА Сити!

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Медицинская

25 июня 2014 г.

среда

№ 45 (7470)

Газета®

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

www.mgzt.ru

События

Свободные от фармфирм

Казанцы выступили против внедрения коммерции в образовательный процесс



На их майках надпись Don't be a Pharma puppet!!! («Не быть фармацевтической марионеткой!!!»), и они – участники проекта «Медицинское образование без фармацевтической рекламы». Мероприятия, прошедшие в Казанском государственном медицинском университете, были подготовлены Татарстанской ассоциацией медицинских студентов КГМУ совместно с АНО «Ресурсный центр молодежи Республики Татарстан» в рамках реализации гранта Министерства по делам молодежи и спорту республики.

Тематика проекта была посвящена проблеме взаимодействия между будущими медицинскими работниками и фармацевтической индустрией. Фармацевтические компании тратят в среднем 35% от суммы продаж на рекламу, это является их основной статьёй рас-

хода, значительно превышающей затраты на разработку новых лекарственных средств. Авторитетные многоцентровые исследования доказали, что активная реклама фармацевтической продукции серьёзно влияет на привычки врача в выборе прописываемых препаратов. По дан-

ным авторитетных исследований, это приводит к снижению качества и повышению стоимости лечения, а также к снижению уровня образования студентов медвузов, вовлечению в коррупционный сговор с фармацевтическими компаниями. Проблема взаимодействия студентов-медиков и фармацевтической индустрии в Татарстане в таком масштабе обсуждалась впервые.

(Окончание на стр. 2.)

НА СНИМКЕ: участники проекта.

Дежурный по номеру: Виктор ЕГОРОВ

Директор Хабаровского филиала межотраслевого научно-технического комплекса «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ.



Солидарность

Не хлеба горбушку – лекарства пополам

Контейнер дизентерийного бактериофага отравила Омская область жителям Алтайского края, пострадавшим от наводнения.

Препарат предназначен для профилактики и лечения дизентерии, и 50 его упаковок помогут выздороветь 130 пострадавшим.

Согласно нормативно-правовым актам, действующим на территории Омской области, резерв дизентерийного бактериофага

в регионе составляет 100 упаковок, из расчета на 500 пострадавших на случай возникновения чрезвычайной ситуации. Но не поделиться этим ценным лекарством с алтайскими соседями омичи не могли. Помните, как в песне поётся: «И хлеба горбушку – и ту пополам...» А алтайцам сейчас лекарства важнее хлеба.

Николай БЕРЕЗОВСКИЙ, соб. корр. «МГ». Омск.

СЕГОДНЯ В «МГ»

Известная психиатрическая больница празднует юбилей.

Стр. 6-7.

Эпилепсия: проблемы ждут своего решения.

Стр. 11.

Особый случай

Новый митинг в защиту бывшей 72-й

На площади Защитников Неба в Москве прошёл новый митинг «За сохранение 72-й больницы», организованный командой «За Крылатское». На нём присутствовало более 200 местных жителей, и были собраны подписи за сохранение койко-мест и штата врачей в бывшей городской клинической больнице № 72.

Организатор инициативной группы «За Крылатское» Владимир Залищак

заявил, что обратился к депутатам Московской городской Думы и Государственной Думы РФ с просьбой помочь в разрешении этой конфликтной ситуации и намерен действовать решительно в случае игнорирования властями данной проблемы, дальше отстаивать право местных жителей на достойную медицину.

Напомним, что с 1 марта этого года коечный фонд в бывшей больнице, ставшей филиалом ГКБ № 31 по приказу Департамента здравоохранения

Москвы, сократился на 130 гинекологических и 50 терапевтических коек. Ранее у больницы уже изъяли часть территории, на которой был возведён 22-этажный жилой дом с подземной автостоянкой. Есть основания полагать, что в дальнейшем последует ликвидация филиала, роддома и строительство на их месте новых домов.

Геннадий НИКОЛОВ.

МИА Сити!

DIXION
МЕДИЦИНСКАЯ ТЕХНИКА ОТ ЕДИНОГО ПРОИЗВОДИТЕЛЯ

ОСНАЩЕНИЕ ОТДЕЛЕНИЙ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА В 55 РЕГИОНАХ РОССИИ
+7(495) 780-0793, 8-800-100-44-95; www.dixon.ru

Новости

Возраст сосудов надо знать

Узнать «возраст» своих сосудов и пройти обследование может любой житель Ханты-Мансийска в Центре медицинской профилактики, на базе которого открыто консультативно-оздоровительное отделение. Его задача – выявление факторов риска и признаков атеросклероза, ишемической болезни, гипертонической болезни и других заболеваний.

Обследования проводятся с использованием сфигмографа, кардиовизора и другого оборудования.

– Болезни сердечно-сосудистой системы являются главной причиной смертности в России. По статистике, таких смертей насчитывается до миллиона в год, – отмечает терапевт консультативно-оздоровительного отделения Центра медицинской профилактики Кирилл Камнев. – К тому же сейчас болезнь сильно «помолодела»: инфаркты и инсульты всё чаще наступают 40-летних. Но нередко о больном сердце люди узнают уже после случившегося инфаркта миокарда и, находясь на больничной койке, впервые беседуют с кардиологом.

Диагностировать же изменения, способствующие столь тяжёлым последствиям, можно за несколько лет до начала заболевания.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Ханты-Мансийск.

Не зарплатой единой

Администрация Клинического консультативно-диагностического центра Кемерово не так давно учредила собственную награду: бронзовый, серебряный и золотой знаки центра. Их стали вручать за заслуги перед учреждением и в связи с юбилейной датой вместе с премиями (5, 10 и 15 тыс. руб. соответственно). На сегодняшний день отмечены уже один «серебряный» и 12 «бронзовых» юбиляров.

Поддержать тех, кто потерял близкого человека, поздравить родителей с новорождённым, помочь собрать первоклассника в школу, оплатить половину стоимости полиса ДМС и абонемента на посещение спортивного зала и организовать «зелёный коридор» для заболевшего сотрудника... Подобные знаки внимания давно считаются в коллективе нормой. Вместе взятые, все эти «социальные бантики» существенно повышают лояльность работников к своему учреждению. Главный врач ККДЦ профессор Глеб Колпинский иллюстрирует эту мысль конкретными цифрами: «За последние несколько лет оборот кадров снизился у нас с 47 до 7%».

Валентина АКимова,
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

«Коробка храбрости»
— детям

На Камчатке проходит Всероссийская акция «Добровольцы – детям», в рамках которой благотворительный фонд «Спаси жизнь» объявляет сбор игрушек для маленьких пациентов детской краевой больницы.

По словам Юлии Ромейко, руководителя камчатского отделения фонда «Спаси жизнь», в процедурном кабинете на шкафу стоит «волшебная» коробка. «Она так и называется – «коробка храбрости». Из неё малыш получает подарок, когда ему удаётся сдержать слёзы во время уколов, перевязок, установки катетера. Призы для бесстрашных мальчишек и девочек выдаёт процедурная медсестра», – говорит Ю. Ромейко.

Всероссийская акция «Добровольцы – детям» проходит с 15 мая по 15 июля 2014 г. Девиз акции «Добровольцы – в поддержку семьи, ребёнка, ответственного родительства!»

Николай ЧУГУРОВ,
МИА Сито!

Петропавловск-Камчатский.

Память

Аллея славы
медиков в Нерехте
Важное событие на костромской земле

На территории Нерехтской центральной районной больницы состоялось торжественное открытие аллеи славы «Люди в белых халатах, низко Вам поклониться хотим». Так воплотилась в жизнь идея главного врача больницы Юрия Мешалкина увековечить память и славу нерехтских медицинских работников за всю историю существования здравоохранения в небольшом районном центре.

Торжеству предшествовала большая и кропотливая работа с привлечением коллектива и ветеранов больницы, старожилов, музейных работников, представителей интеллигенции, общественности города и района, спонсоров, меценатов.

Были, как водится у всего нового, необычного, и противники создания аллеи славы. Автору идеи приходилось разьяснять, доказывать скептикам и пессимистам свою правоту. Но зато при торжественном открытии



этого памятного места, когда у многих ветеранов-медиков в глазах появились слёзы благодарности, все сомнения исчезли.

Это событие, произошедшее в рамках 800-летия Нерехты, при-

звано служить патриотическому воспитанию молодёжи и всех жителей земли костромской.

Наталья КУРИЛОВА,
председатель комиссии по
социальным вопросам
Совета депутатов Нерехты.

НА СНИМКАХ: дождь не помешал открытию аллеи славы; их имена высечены в камне.

События

Свободные от фармфирм

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В ходе реализации проекта были проведены парламентские дебаты совместно с клубом дебатов КГМУ на тему принятия законопроекта о запрете взаимодействия между медицинскими работниками и фармацевтическими представителями, состоялась встреча со студентами лечебного и стоматологического факультетов Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, раздача агитационных материалов студентам и администрации КГМУ. Итогом мероприятия стал «круглый стол» с участием проректора по международной деятельности профессора Айрата Зиганшина, заведующей кафедрой клинической и фундаментальной фармакологии К(П)ФУ профессором Лилией



Зиганшиной, казанских врачей, студентов, интернов, ординаторов КГМУ. Его участники поделились опытом взаимодействия с представителями фармацевтических компаний и фармацевтической

рекламой, эксперты проконсультировали участников о тактике общения с фармпредставителями, дали оценку существующему положению в данной сфере в клиниках и университетах. В ходе проведения «круглого стола» также был освещён опыт зарубежных студенческих организаций в решении проблемы этики взаимодействия между фарминдустрией и студентами-медиками, состояние современного законодательства на данную тему в России и в мире.

Участниками мероприятий была признана актуальность данной проблемы, необходимость её освещения и решения на уровне вузов.

Лилия ГАТИЯТУЛЛИНА,
Казань.

НА СНИМКЕ: кружка с понятным рисунком.

Назначения

У министра —
НОВЫЙ ЗАМ

Распоряжением Правительства РФ № 1031-р от 11.06.2014 заместителем министра здравоохранения РФ назначена ХОРОВА Наталья Александровна.

В 1993 г. она окончила Самарский экономический институт по специальности «финансы и кредит», в 2004 г. – Самарскую государственную экономическую академию по специальности «юриспруденция». Является действительным государственным советником Российской Федерации 3-го класса, сообщается на официальном сайте Минздрава России.

В Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации Н.Хорова работала с 2004 г. С 2005 г. занимала должность заместителя директора Финансового департамента, с 2012 г. – директора Финансово-экономического департамента Министерства здравоохранения РФ.

За успехи в работе имеет ведомственные награды и отличия. Должность заместителя министра освободил Айрат Фаррахов, который, в свою очередь, назначен заместителем министра финансов РФ.

МИА Сито!

Перспективы

Госпрограмму доработают

Счётная палата РФ рекомендовала Минздраву России доработать обновлённый проект Государственной программы развития здравоохранения до 2020 г. Об этом сообщил на заседании Комитета Совета Федерации РФ по социальной политике аудитор палаты Александр Филипенко.

По его словам, в проекте госпрограммы были безосновательно изменены или удалены некоторые показатели эффективности, сокращены целевые показатели по обеспечению населения медицинскими работниками с высшим образованием. Не учтены и аспекты ведомственной медицины. «Имеет место несогласованность мероприятий госпрограммы между собой, отсутствие территориального

аспекта. Всё это может сказаться на эффективности её реализации», – полагает А.Филипенко.

Министерство здравоохранения РФ пообещало учесть замечания Счётной палаты РФ и направить в ведомство доработанный проект госпрограммы.

Эта программа, одобренная на заседании Правительства РФ в ноябре 2012 г., обновлённый проект которой утвердил 16 апреля 2014 г. председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев, уже работает, но её то и дело корректируют. Она определяет развитие здравоохранения в России до 2020 г. и реализуется в два этапа: первый этап (2013-2015 гг.) – структурные преобразования; второй этап (2016-2020 гг.) – развитие инновационного потенциала в здравоохранении. На реализацию

программы планируется выделить из бюджетов всех уровней 26 620,8 млрд руб., в том числе из федеральных средств – 2451,2 млрд, из бюджетов регионов – 11 079,4 млрд, из средств фонда ОМС – 13 090,2 млрд.

Ресурсное обеспечение госпрограммы за счёт средств федерального бюджета определено с учётом необходимости достижения индикаторов, предусмотренных указами Президента РФ № 597, № 598, № 606, от 07.05.2012, Концепцией долгосрочного социально-экономического развития до 2020 г. и Концепцией демографической политики Российской Федерации.

Константин ЩЕГЛОВ.

МИА Сити!

Идеи

Рейтинг – для здоровья сотрудников

Насколько работодатели заботятся о здоровье и безопасности сотрудников? Именно этот критерий будет учитываться при составлении рейтинга российских предприятий, который на заседании правительственной комиссии предложил ввести председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев.

«Вполне вероятно, нужно составлять рейтинги предприятий по соблюдению условий труда», – сказал глава кабинета министров на заседании правительственной комиссии по охране здоровья граждан. По мнению Д.Медведева, такой рейтинг станет дополнительным стимулом для работодателей, а

его составлению могли бы подключиться объединения бизнеса и профсоюзы. Кроме того, из рейтинга соискатели заранее узнают, насколько работодатель готов позаботиться об их здоровье и безопасности, и выберут место работы, где условия труда лучше.

Премьер-министр считает необходимым больше внимания уделять профилактике профессиональных заболеваний. «Особый акцент здесь должен быть сделан на повышении результативности диспансеризации, в ряде случаев её просто нет, либо она проводится формально», – заметил он. По словам Д.Медведева, профилактикой в идеале должны заниматься все предприятия, «включая привле-

чение внебюджетных средств в рамках государственно-частного партнёрства для финансирования программ добровольного медицинского страхования».

Премьер-министр отметил, что в последние годы в стране появились современные производства, однако «часть заводов находится в дупотопном состоянии и не отвечает необходимым требованиям безопасности. «Имеет смысл подумать и о других решениях, в том числе необходимо внедрять систему управления профессиональными рисками, что на целом ряде производств уже происходит», – заявил Д.Медведев.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Ситуация

Не хватает специалистов, но ещё больше – времени

Новосибирская областная ассоциация врачей (НОАВ) направила свои замечания и предложения по проекту приказа Министерства здравоохранения РФ «Об утверждении отраслевых типовых норм времени приёма одного пациента врачом-педиатром участковым, врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом)».

Готовящийся в министерстве документ, по мнению новосибирских медиков, не отражает необходимых временных затрат на работу врача с пациентом. Правление НОАВ высказало

озабоченность тем фактом, что авторы проекта приказа, регламентируя деятельность участковых врачей, не учли произошедшие очевидные изменения условий труда в первичном звене здравоохранения: объём «бумажно-бюрократической» работы увеличился, штат среднего медицинского персонала не укомплектован.

Изучив результаты хронометража рабочего времени специалистов участковой службы, ассоциация предложила иные, нежели в проекте приказа Минздрава России, нормы длительности врачебного приёма: для участкового педиатра время работы с одним

пациентом в поликлинике должно составлять 23 минуты, а на дому – 33. Для участкового терапевта эти нормативы – соответственно 20 и 30 минут, а для врача общей практики – 25 и 45.

В НОАВ убеждены: установление адекватных временных параметров для такой важной компоненты врачебной деятельности, как приём пациентов, – одно из условий повышения качества медицинской помощи и решения кадровой проблемы в здравоохранении.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Новосибирск.

22 июня в расцвете сил скоропостижно скончалась директор Научного центра неврологии, академик РАН, лауреат премий Правительства РФ, заслуженный деятель науки Российской Федерации, главный редактор журнала «Анналы клинической и экспериментальной неврологии» СУСЛИНА Зинаида Александровна



Ушел из жизни человек ярчайшего творческого дарования, один из лидеров российской неврологии, выдающийся организатор науки, удивительно цельная личность и по-настоящему красивая женщина. О таких людях говорят: гордость страны.

Вся научная и врачебная деятельность Зинаиды Александровны была неразрывно связана с Институтом (Центром) неврологии, в который она пришла в 1973 г. по окончании с отличием 2-го МОЛГМИ им. Н.И.Пирогова. После обучения в клинической ординатуре и аспирантуре З.А.Суслина осталась работать в институте в качестве младшего, а затем старшего научного сотрудника. В 1985-1988 гг. была руководителем научно-консультативного отделения, а в 1988 г. возглавила созданное ею первое в стране специализированное отделение острых нарушений мозгового кровообращения с палатами интенсивной терапии. С 1991 по 2003 г. – заместитель директора, а с 2003 г. – директор НИИ (Научного центра) неврологии РАМН.

З.А.Суслина – создатель нового научного направления, связанного с изучением системы гемостаза и гемореологии при цереброваскулярных заболеваниях. Приоритетные исследования, выполненные ею в рамках концепции гетерогенности ишемического инсульта, неврологических аспектов артериальной гипертензии и проблем кардионеврологии, значительно расширили представления о патогенезе нарушений мозгового кровообращения. Внедрение полученных результатов о роли кардиальных нарушений в патогенезе и течении ишемического инсульта позволило существенно улучшить непосредственный исход заболевания, а также прогноз жизни пациентов и профилактику инсульта в масштабах страны. З.А.Суслина была признанным авторитетом в разработке научных основ клинических исследований лекарственных средств, активным участником создания ряда новых отечественных лекарственных препаратов, нашедших широкое применение в неврологической практике.

Делом всей жизни Зинаиды Александровны стало укрепление и развитие Научного центра неврологии, который она считала своим домом. Ей удалось не только достойно продолжить традицию, заложенные её выдающимися учителями Е.В.Шмидтом и Н.В.Верещагиным, но и придать центру новый импульс динамичного развития, объединив уникальный коллектив специалистов клинического и фундаментального профиля и создав основу для поступательного развития нейронаук в нашей стране. Велики заслуги З.А.Суслиной в качестве академика-секретаря Отделения клинической медицины РАМН, заведующей кафедрой нервных болезней стоматологического факультета МГМСУ и курса нервных болезней факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В.Ломоносова, председателя и активнейшего участника большого числа межведомственных комиссий и ассоциаций, занимающихся вопросами организации научных исследований в Российской Федерации.

Зинаида Александровна всегда остро чувствовала вызовы времени, искренне любила жизнь и людей, умела создать вокруг себя неповторимую атмосферу порядочности, ответственности за порученное дело, взаимного уважения.

Все, кто близко знал Зинаиду Александровну, благодарны судьбе за то, что она была в их жизни. Светлый образ Зинаиды Александровны СУСЛИНОЙ навсегда останется в нашей памяти и в сердце.

Коллектив Научного центра неврологии РАМН.

Сотрудники «Медицинской газеты» выражают соболезнования родным и близким Зинаиды Александровны Суслиной.

Решения

Врачи получили служебные квартиры

Счастливыми обладателями квадратных метров стали 4 врача-специалиста, приехавшие на Сахалин в рамках кадровой программы по привлечению молодых специалистов, а также 5 врачей, работающих в медучреждениях области вне кадровой программы.

В городской больнице им. Ф.С.Анкудинова в торжественной обстановке врачам-специалистам вручили ключи от служебных квартир, закреплённых за ними распоряжением губернатора области. Жильё врачам предоставили в планировочном районе Хомутово в Южно-Сахалинске.

«Областной программой не предусмотрена будущая приватизация жилья. Квартира считается служебной, и договор с жильцами заключается на 5 лет», – отметила исполняющая обязанности начальника отдела кадровой политики Министерства здравоохранения области Татьяна Ивкина.

С 2013 г. в области действует долгосрочная целевая программа «Кадровое обеспечение системы

здравоохранения Сахалинской области». В её рамках в 2014-2020 гг. необходимо привлечь в область 826 врачей-специалистов и 1,5 тыс. медиков среднего звена. В качестве социальной поддержки врачам предоставляется служебное жильё и единовременные выплаты, которые в этом году составляют от 690 тыс. до 1,35 млн руб. в зависимости от района. Специалистам среднего звена – только единовременные выплаты. В 2014 г. в Южно-Сахалинске эта сумма составляет 210 тыс. руб., а в северных районах и на Курилах – 315 тыс.

На данный момент в рамках кадровой программы в области работают 84 врача-специалиста из Владивостока, Хабаровска, Краснодарского края, Алтайского края, Мурманской области. До конца года планируется также привлечь порядка 100 человек. Уже есть более 120 заявлений от желающих трудоустроиться на Сахалине.

Николай РУДКОВСКИЙ,
соб. корр. «МГ».

Южно-Сахалинск.

Согласно Закону о лечении наркозависимых, за уклонение от обследования, лечения, медицинской и социальной реабилитации или курса профилактических процедур предусмотрен штраф 4-5 тыс. руб. или административный арест до 30 суток.

Для этого достаточно будет не посещать или самовольно покинуть медицинское учреждение или более двух раз не выполнить предписание лечащего врача. «Закон позволит повысить уровень контроля за прохождением лечения и медико-социальной реабилитации потребителей наркотиков, а также послужит для них дополнительным фактором, побуждающим пройти соответствующие медицинские процедуры, направленные на избавление от наркотической зависимости или вредных последствий потребления наркотиков», – считают авторы нового законодательного акта.

Раньше Кодексом РФ об административных правонарушениях (КоАП) предусматривалось освобождение от административной ответственности, если больной добровольно соглашался пройти лечение. Но эксперты признали такой подход неэффективным, и теперь, по новому закону, судьи смогут отправлять на принудительное лечение любого больного наркоманией, употребляющего наркотики и психотропные вещества без назначения врача. Выносить такие приговоры судьи будут в рамках как уголовных дел, так и дел об административных правонарушениях. Следить за исполнением судебного вердикта будет уголовно-исполнительная инспекция.

Напомню, что ещё в июне 2012 г. тогдашний руководитель Роспотребнадзора и главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко (теперь он – советник председателя Правительства РФ) призвал ввести в России норму о принудительном лечении наркоманов. «То, что нужна цивилизованная принудительность, – это очевидно. Кого, как, при каких обстоятельствах – это надо решать», – говорил он, добавляя, что принудительное лечение должно стать не универ-

сальным средством, а одной из мер, не относящихся к первоочередным.

Так что не случайно «долгожданным» назвал новый закон, проект которого разработан экспертами Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков (ФСКН), директор Московского научно-практического центра наркологии, главный нарколог Минздрава России Евгений Брюн. «Почти во всех без исключения странах мира наркоманов лечат

принудительно, и там эта система показывает неплохие результаты», – сказал он. – Безусловно, социальный прессинг такого рода должен оказываться на потребителей наркотиков. Надеюсь, что в нашей стране эта мера сделает свой вклад в обширную программу борьбы с наркоманией».

Суть вступившего в силу закона – в признании наркомании психиатрическим заболеванием и следующем за таким признанием выводе о невозможности больно-

книет – в стране достаточно и центров, и специалистов, чтобы вплотную заняться лечением 1-2 тыс. человек в год», – считает главный нарколог Минздрава России. Именно столько, полагает он, и будет направлено судами в ближайший год на принудительное лечение.

По оценке ФСКН, в стране живут 2 млн наркозависимых людей, из которых 500 тыс. привлечены к уголовной ответственности. От заболеваний, связанных с нарко-

Акценты

На лечение – под конвоем

Федеральный закон, позволяющий принудительно лечить наркозависимых россиян, вступил в силу



го контролировать свои желания и потребности. До этого она считалась пагубной привычкой, и принудительные действия по отношению к наркоману являлись нарушением основных прав и свобод гражданина, гарантируемых статьёй 17 Конституции России.

По мнению Е.Брюна, к вступлению в силу такого закона Россия давно готова: в стране создана достаточно мощная наркологическая служба – государственные центры работают в каждом регионе. Кроме того, развивается сотрудничество с частными реабилитационными клиниками. С ними заключаются договоры, туда направляются пациенты из государственных и муниципальных медучреждений. «Так что с лечением наркозависимых и их реабилитацией проблем не воз-

тиками, ежегодно умирают около 100 тыс. человек. В нашей стране, по данным ООН, ежегодно продаётся от 70 до 80 т героина, что в 3,5 раза больше, чем в Канаде и США вместе взятых. От пагубного пристрастия излечиваются только 10% наркозависимых россиян.

Избавить людей от наркотической зависимости только строгими мерами невозможно, считает глава ФСКН Виктор Иванов. Поэтому более эффективный вариант представляется ему в том, чтобы предоставить человеку выбор – либо отправиться в колонию, либо проходить обязательное лечение и реабилитацию.

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

НА СНИМКЕ: прибыл лечиться по решению суда...

Перспективы

Соответствующие изменения в статью 101 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» предусмотрены законопроектом, принятым в первом чтении Госдумой РФ.

Согласно действующему законодательству, передача с федерального уровня на региональный полномочий по лекарственному обеспечению лечения высокозатратных заболеваний, включённых в программу «Семь нозологий», должна состояться 1 января 2015 г. Теперь же она произойдёт, очевидно, 3 года спустя.

Перенос сроков необходим для проработки вопроса по устранению оснований неэффективного использования бюджетных средств, а также для проведения анализа результатов пилотных проектов по совершенствованию лекарственного обеспечения населения на территориях субъектов Федерации, указывается в пояснительной записке к законопроекту. Децентрализация в планируемый ранее период государственных закупок лекарственных препаратов для лечения социально значимых заболеваний негативно отразится на обязательствах Российской Федерации по обеспечению ими граждан, считает автор законопроекта заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по вопросам семьи, женщин и детей Ольга Борзова. Кроме того, по её мнению, это приведёт к неэффективному использованию бюджетных средств, так как в результате децентрализации госзакупки произойдёт увеличение количества торгов как минимум в 83 раза. Как следствие, возрастут накладные расходы заказчиков на подготовку кадров, составле-

Децентрализация закупок откладывается

До 1 января 2018 г. будут продлены сроки федеральных закупок лекарственных препаратов в рамках программы «Семь нозологий»

ние документации, обоснование цены, планирование, участие в рассмотрении жалоб, организацию повторных процедур и т.п.

Производители лекарственных средств не смогут принимать участие в таком количестве торгов, в результате чего предлагаемая производителями цена не будет включать существующие сейчас объёмные скидки, снижающие цены поставок. Кроме того, на региональных аукционах будут участвовать многочисленные посредники, поставляющие препараты с максимально возможной надбавкой.

Ещё одним доводом в пользу трёхлетней отсрочки стало то, что при федеральных закупках есть возможность оперативного перемещения лекарств без выделения дополнительных квот регионам и без проведения дополнительных аукционов. Такая система упрощает доступ к лекарственным препаратам пациентам, находящимся не в местах постоянного проживания.

А вообще нам нужна федеральная целевая программа по обеспечению лекарствами больных орфанными заболеваниями. Во всяком случае, так считают участники недавнего «круглого стола» в Общественной палате

РФ «Доступность медицинской помощи и социальной поддержки для пациентов с редкими заболеваниями в России». Вместе с тем альтернативой такой программы может стать и расширение программы «Семь нозологий» за счёт включения в неё пароксизмальной ночной гемоглобинурии, мукополисахаридозов, лёгочной артериальной гипертензии, тромбоцитопенической пурпуры и ряда других болезней.

Для обеспечения поставок лекарственных препаратов, предназначенных для лечения больных по программе «Семь нозологий», Минздравом России проведены открытые аукционы и заключено 40 государственных контрактов с учётом утверждённых потребностей на 2014 г. А недавно министерство объявило аукционы на поставку лекарственных препаратов в рамках реализации Постановления Правительства РФ № 1155 от 26.12.2011 «О закупках ряда лекарственных препаратов по программе «Семь нозологий». Они предназначены для лечения больных злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, гемо-

филией, муковисцидозом, гипопизарным нанизмом, болезнью Гоше, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и (или) тканей».

На конец 2013 г. число россиян, больных заболеваниями, требующими лечения дорогостоящими лекарственными препаратами в рамках программы «Семь нозологий», составило около 130 тыс. человек.

Уровнем медицинской помощи, несмотря на огромные средства, направленные на реализацию Программы модернизации здравоохранения, удовлетворено сегодня только около трети россиян. А ведь именно лекарственное обеспечение определяет зачастую качество медпомощи, подчеркнула на встрече с главой государства в прошлом году, докладывая Владимиру Путину о Программе развития здравоохранения, министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Между тем, как отмечалось 4 октября 2013 г. на заседании Госсовета, по результатам мониторинга 10 тыс. государственных закупок, в том числе лекарственных препаратов, 60% из них проведены с нарушениями. Не случайно уже 29 июня

2013 г. Президент РФ поручил правительству в месячный срок предпринять исчерпывающие меры по вопросам регулирования закупок лекарств: разработать перечень лекарственных препаратов, которые могут закупаться по торговым наименованиям (а не по международным непатентованным), определить предельные значения начальной (максимальной) цены контракта, создать систему мониторинга госзакупок лекарств в целях определения предельного значения цены контракта и т.д.

А 1 января 2014 г. вступил в силу Федеральный закон РФ № 44-ФЗ от 05.04.2013 «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд». Он содержит целый ряд новаций по сравнению с прежним законом № 94-ФЗ – в организации закупочной деятельности заказчика, планировании, обосновании и нормировании закупок, мер по снижению числа несостоявшихся закупок и т.д. Ряд статей нового закона напрямую относится к лекарственным средствам.

Иван ВЕТЛУГИН.

2-3 июня в газовой столице России – Новом Уренгое прошёл I Съезд врачей Ямала, основные идеи которого – повышение престижа профессии, совершенствование системы охраны здоровья населения автономного округа, введение системы саморегулирования в профессиональной медицинской деятельности.

Если хочешь быть здоров – проверяйся!

Первый день масштабного медицинского форума был ознаменован открытием выставки «Здоровье Ямала».

Гостей и участников выставки приветствовали заместитель губернатора Ямало-Ненецкого автономного округа Татьяна Бучкова, директор Департамента здравоохранения ЯНАО Николай Винокуров, глава администрации города Иван Костогриз и председатель окружной общественной организации «Ямальское общество врачей», главный врач Новоуренгойской центральной городской больницы Ирина Груздева.

– Я предлагаю рассматривать сегодняшнее мероприятие как рекламу здорового образа жизни, как попытку вовлечь в заботу о себе каждого человека, проживающего на Ямале. Я искренне желаю всем докторам, чтобы вы всегда слышали слова благодарности от пациентов, – сказала Т.Бучкова.

В свою очередь Н.Винокуров отметил, что выставка «Здоровье Ямала» – уникальная, поскольку включает в себя «очень важную повседневную работу, которую проводят медицинские организации по сохранению здоровья жителей округа. И к этой работе должны подключаться не только учреждения государственной системы здравоохранения, но и организации негосударственной формы собственности».

Свои достижения в области лечения и профилактики заболеваний представили 14 медицинских организаций автономного округа.

Без сомнений – новоуренгойцам повезло. Минувший поход в регистратуру и очереди к специалистам, они могли без проблем пройти экспресс-диагностику, чтобы определить состояние здоровья.

География – весь округ

Примечательно, что на свой первый съезд съехалось 120 делегатов из самых разных уголков Ямала. Врачи из Салехарда, Лабытнанги, Надьма, Ноябрьска, Муравленко, Губкинского, Пангод, Тарко-Сале, Приуральского района прибыли в Новый Уренгой, чтобы поделиться опытом и обменяться мнениями о том, как усовершенствовать систему здравоохранения округа.

В режиме он-лайн делегатов съезда приветствовал президент Национальной медицинской палаты РФ Леонид Рошаль. По его словам, он «не смог остаться в стороне от столь значимого события для медицинского сообщества Ямала».

– Я знаю, как вы долго шли к этому съезду, как тщательно и упорно готовились, – сказал Леонид Михайлович. – Надеюсь, что ваша общественная организация «Ямальское общество врачей» станет одной из ведущих в стране, а условия для этого есть замечательные.

Л.Рошаль просил всех медиков «быть открытыми, и, не боясь, поднимать самые сложные вопросы и проблемы, которые предстоит решать для совершенствования системы здравоохранения всей России, в том числе и Ямала».

Более активно принимать участие в форуме рядовых врачей призвала И.Груздева, председатель правления окружной общественной организации врачей.

– Важно, услышать мнение терапевта первичного звена, вра-



В центре внимания

Первый Съезд врачей Ямала

ча-ординатора, земского доктора, молодого специалиста, который отработал год или два, – говорила Ирина Васильевна. – Вот их мнение и должно стать определяющим в той политике здравоохранения, которую мы и должны проводить.

Одним из значимых вопросов был кадровый дефицит.

– Сегодня нам катастрофически не хватает кардиологов на приеме и в отделении, а также неврологов, – сетует главный врач Новоуренгойской городской больницы. – Поэтому активно ведём переговоры и ждём, что они к нам приедут на работу после клинической ординатуры.

Но особенно остро нуждаются в новых молодых специалистах сёла. И, несмотря на то, что на Ямале реализуется программа «Земский доктор», нельзя сказать, что выпускники профильных вузов массово едут работать в глубинку, хотя деньги для них выделяются немалые. В итоге ямальские медики предложили, чтобы выпускников, получающих целевые бюджетные места, вернули к системе распределения и к обязательной отработке первичного стажа.

– На Ямале достойная зарплата, с учётом подъёмных и ежемесячных выплат молодым специалистам, – делится Ирина Васильевна, – мы с удовольствием ждём молодых докторов к нам на работу.

При этом, по словам участников съезда, «необходимо сохранить социальные гарантии в виде выделения жилья, вплоть до того, чтобы муниципалитеты в первоочередном порядке предоставляли его для медработников».

Не менее важным был вопрос и о пересмотре мест базирования санавиации. Так, например, Новоуренгойская больница порой в сутки принимает до 5 санрейсов с тяжелооболными из сельских территорий. Поскольку полномочия больниц крупных городов Ямала расширились, и они вошли в реестр окружных государственных учреждений, за ними теперь закреплена и глубинка. Поэтому ветераны ямальского здравоохранения, до сих пор работающие в больницах округа, предлагают придать статус окружных медучреждениям Нового Уренгоя и Ноябрьска и пересмотреть вопросы оказания скорой и неотложной помощи.

Живой отклик нашёл проект дополнительного непрерывного образования, это очень востребовано. Но главное – понять, насколько сами врачи будут готовы к этому нововведению.

«Мы сейчас попробуем и даже готовы как-то простимулировать докторов на такую систему, чтобы посмотреть, насколько это будет востребовано», – объясняет И.Груздева.

Первыми в пилотном образовательном проекте будут участвовать терапевты и педиатры из 6 муниципалитетов: Салехарда, Надьма, Нового Уренгоя, Аксарки, Ноябрьска и Лабытнанги. Ямальское окружное общество врачей также вышло с предложением к тюменским коллегам из медицинского регионального общества, чтобы на их сайте размещать вакансии для Ямала.

– Очень важно сотрудничать со СМИ, – призвала всех коллег Ирина Васильевна. – Взаимодействуя с журналистами, мы сможем обозначать и наши проблемы, и наши достижения, а также поднимать статус врача и активно заниматься профилактикой заболеваний.

Приняли приглашение к участию в слёте ямальских медиков и коллеги по общественной работе – некоммерческое партнёрство «Тюменское региональное медицинское общество» (НП ТРМО). На

коммерческие страховые компании. Оказалось, такой подход имеет недостатки. Выяснилось, что большинство претензий пациентов связано с удовлетворением морального вреда, который коммерческие страховые компании, как правило, не компенсируют. Зачастую медицинские учреждения оказывались в роли заложника условий и требований страховщика, не имея возможности хоть каким-то образом влиять на условия договора. Именно поэтому было решено создать Тюменское медицинское общество взаимного страхования (ТМОВС).

Общество взаимного страхования (ОВС) по законодательству – это некоммерческая организация, образуемая на базе профессионального или территориального

единства его членов. Это своеобразный кооператив, в рамках которого создаётся денежный фонд из взносов участников ОВС, и уже из него в случае наступления страхового случая пациенту и компенсируется нанесённый ущерб. В рамках сегодняшнего законодательства полноплатными членами общества могут быть как медицинские организации (государственные и частные), так и собственно сами врачи. Причём врач вносит ежегодный взнос независимо от того, в скольких учреждениях он работает. В случае наступления страхового случая на любом из мест его работы ему обеспечена защита. Решение о наступлении страхового случая принимает независимая экспертная комиссия.

Одно из главных преимуществ данного вида страхования – это возможность накопления страховых взносов. Коммерческие страховые компании неизрасходо-

ласти акушерства и гинекологии, терапии, хирургии и педиатрии с ямальскими докторами поделились профессора Тюменской государственной медицинской академии и практикующие эскулапы областной клиники.

Один из ярких моментов – награждение победителей конкурса «Золотые кадры ямальской медицины». Его в округе проводили впервые, в конкурсе участвовали врачи и медицинские сёстры.

Полезной информацией хватило сполна, поэтому организаторы съезда надеются, что делегаты обязательно расскажут обо всём, что узнали, в городах и посёлках Ямала.

Мнения

Андрей Машкин, проректор по научной работе и инновационной политике Тюменской ГМА:

– Такое мероприятие для наших ямальских коллег значимо и является по сути инновационным прорывом в сфере общения. И очень символично, что именно в рамках съезда проходила наша хирургическая конференция. Всё было организовано на высшем уровне как со стороны медицинского сообщества, так и окружных властей.

Мы обсудили пять докладов, в которых были представлены новые технологии в организации неотложной скорой помощи пострадавшим при политравме, лечение варикоза и области проктологии, и были хорошо приняты вашими хирургами. Могу отметить, что ямальские хирурги очень квалифицированные специалисты, и нам тоже есть что у них взять. А этот съезд дал нам очередной толчок для более тесного сотрудничества и обмена опытом.

Николай Винокуров, директор Департамента здравоохранения ЯНАО:

– Провести первый съезд врачей Ямала именно в Новом Уренгое вполне логично. Ведь именно здесь родилась идея создания врачебного общества, а затем и реализовалась на базе городской больницы. Но в будущем съезд станет менять «место дислокации» в разных городах округа и, вероятно, будет проходить ежегодно.

А необходимость проведения таких масштабных форумов назрела уже давно, ведь здесь могут общаться и делиться проблемами, как главные врачи, так и молодые, начинающие специалисты. Причём количество участников съезда не ограничено, и помимо тематических «круглых столов», медики имеют уникальную возможность широко обсуждать наиболее важные вопросы, принимать важные решения.

Надежда ХАБАЗА.

НА СНИМКАХ: съезд открывают (слева направо) заместитель губернатора ЯНАО Татьяна Бучкова, начальник Департамента здравоохранения ЯНАО Николай Винокуров, глава администрации Нового Уренгоя Иван Костогриз, председатель правления окружной общественной организации «Ямальское общество врачей», главный врач Новоуренгойской ЦГБ Ирина Груздева, ведущий церемонии открытия Олег Макаров; «Мечтаю стать доктором», – говорит маленькая Сонечка, открывая выставку детского рисунка, посвящённую врачебной профессии.

Фото Бориса ВЕЛИКОВА.



съезде они подняли очень важную тему – финансовую ответственность медицинского работника за ошибки, возникающие в ходе его профессиональной деятельности. Стоит отметить, что количество и суммы исков о возмещении вреда, возникшего вследствие врачебной ошибки, растут буквально в геометрической прогрессии. Региональные медицинские общества озадачиваются не извечным русским вопросом «что делать?», а предпринимают всевозможные варианты решения проблемы страхования профессиональной ответственности. НП ТРМО вот уже более 3 лет обеспечивает страховую защиту по рискам, связанным с причинением вреда третьим лицам в результате профессиональной деятельности.

Евгений Чесноков, председатель правления НП ТРМО:

– Началось с того, что НП ТРМО выступало страхователем (заклучало договоры страхования в интересах медицинских организаций), а страховщиком были

ваные средства зачисляют себе в прибыль. ОВС же, при благоприятном стечении обстоятельств, имеет возможность накапливать средства, а следовательно, снижать размер страховых взносов.

Чего мы хотим достигнуть в результате создания ТМОВС? Во-первых, это будет более дешёвое страхование, так как оно будет создано на некоммерческой основе. Во-вторых, общество, его члены, получат возможность контролировать выплаты, расходы и накапливать средства в благоприятные годы. И самое главное, благодаря такой системе страхования медицинское общество получит стимул к формированию системного подхода в решении проблемы, созданию идеологии оценки профессиональной ошибки как медицинского учреждения, так и медицинского работника. Здесь найдут развитие институт независимой экспертизы качества медицинской помощи и система досудебного урегулирования.

Накопленными знаниями в об-

В профессиональном сообществе психиатры – врачи особые. Сердца этих специалистов особенно чутки к проблемам других, всегда готовы оказать помощь и поддержку нуждающимся.

Психическое здоровье в XXI веке превратилось в серьёзную проблему российской, да и мировой медицины. Согласно прогнозу ВОЗ, ООН, эпидемический рост депрессий уже к 2020 г. сделает их самыми распространёнными среди всех заболеваний человека после сердечно-сосудистых.

Эта область медицины никогда не была обласкана, финансировалась по «остаточному принципу». По мнению работающих в ней специалистов, здесь не должно быть жёстких подходов, ведь она имеет дело с очень тонкой, нематериальной субстанцией – душой человека.

«Провинциальная», ставшая «центральной»

Может ли психиатрия быть «центральной» и «провинциальной»? На первый взгляд, нет. Но опыт психиатрической больницы № 8 Московской области, врачи которой на протяжении 80 лет занимаются психическим и душевным здоровьем не только жителей города, района, но и пациентов из многих регионов страны, показывает, что именно в так называемой провинциальной психиатрии – залог развития психиатрического сообщества. На провинциальном уровне часто рождаются идеи, которые впоследствии могут выливаться в научные исследования.

«Восьмая психиатрическая» сделала гигантский рывок, из рядовой районной больницы превратившись в одно из ведущих, далеко не рядовых медицинских учреждений. Она внесена в Национальный реестр «Ведущие учреждения здравоохранения РФ» и имеет непосредственное отношение к организации психиатрической помощи в стране, внося свой вклад в развенчание молвы о карательном характере отечественной психиатрии.

На клинических базах психиатрической больницы № 8 выполнялись и продолжают выполняться федеральные программы научных центров психиатрии и наркологии РФ. С больницей постоянно сотрудничают Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Московский НИИ психиатрии и т.д. Она служит базой проведения выездных циклов обучения специалистов Подмосковья. Минздравом Московской области больница была отмечена как одна из образцовых моделей лечебно-профилактической психиатрической и наркологической помощи, рекомендованных для внедрения в практику здравоохранения региона и России.

Ф.Достоевский как-то заметил: «Удивительно, что может сделать один луч солнца с душой человека...» В больнице таких «исцеляющих лучей» – целая галерея. Её коллектив представляет собой сплав опытных и молодых специалистов, творческих и ярких личностей, готовых и умеющих делиться знаниями и умениями, стремящихся к созданию и укреплению позиций психиатрического сообщества. Здесь ни на миг не останавливаются на достигнутом. Несмотря ни на какие сиюминутные тенденции и трудности, не отступают от планов, которые намечены на годы вперёд.

– Наша работа, наше движение определяются преданностью профессии, любовью друг к другу и пациентам, – отметил на открытии посвящённой юбилею научно-практической конференции «Вопросы социальной и клинической психиатрии и наркологии в современных условиях» главный врач Г.Шурыгин. – Я бесконечно дорожу работающими в больнице специалистами. Наши пациенты требуют особого подхода. Существует понятие «эмоциональное эхо». Это древний механизм,

которому присуще постоянное стремление к лучшему.

Специалисты, а также представители общественных организаций, родственники больных порой дивятся, откуда у него столь трепетное отношение к пациентам? Это «след» великих учителей. Ещё на студенческой скамье в Киргизском мединституте он познакомился с всемирно известным психиатром Николаем Канторовичем. В то время Николай Васильевич организовал экс-

многих образом психиатрических клиник с их железными заборами и металлическими решётками на окнах. Всё это в давно прошедшем времени.

Психиатрическая больница № 8 занимает ведущее место в научной и практической психиатрии как Подмосковья, так и страны. В ней оказывают все виды специализированной психиатрической и наркологической больничной и внебольничной помощи. Приоритетными тут

вохранения Москвы, доктора медицинских наук, профессора, заслуженного врача РФ Бориса Цыганкова, больнице пора присвоить статус клинической. Это авторитетный научно-практический центр Московской области, где проводятся научные исследования, которые оперативно апробируются на практике. Врачи больницы участвуют во всех мероприятиях, проходящих на территории РФ. Здесь чуткое отношение ко всему новому. Среди

Веки

Лекари душ

80 лет психиатрическая больница № 8 Московской области



Главный врач больницы Григорий Шурыгин (второй справа) знакомит гостей с подделками пациентов (справа налево): заведующий отделом специализированной медицинской помощи Минздрава Московской области доктор медицинских наук Роман Горенков, глава городского округа Орехово-Зуево Олег Апарин, главный психиатр Департамента здравоохранения Москвы, доктор медицинских наук, профессор Борис Цыганков, доктор медицинских наук, профессор Сергей Шамов

с которого, по сути, начинается непосредственное общение врача и пациента. Когда это эмоциональное эхо не наступает, бессмысленным оказывается любое лечение.

Не так давно больницу посетила специальная делегация ВОЗ из 8 стран Европы в составе 12 человек с целью ознакомиться с деятельностью провинциальной психиатрической клиники. Они отметили высокий уровень диагностической и лечебно-восстановительной психиатрии, системную, комплексную больничную и внебольничную организацию специализированной помощи, в частности, организацию профилактики и лечения наркотических зависимостей у детей и подростков. Составлялся также визит делегаций из Китая, Камбоджи, Японии. И все отметили теплоту, присущую стенам этого специализированного учреждения.

Посетила психиатрическую больницу № 8 и делегация Независимой психиатрической ассоциации во главе с президентом Юрием САВЕНКО, который вслед за многими коллегами не мог не воскликнуть: «Сотрудниками больницы создана атмосфера, которая сама по себе – могучий лечебный фактор».

30 лет и 3 года

С 1981 г. и по настоящее время больницей руководит кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ, победитель V Всероссийского конкурса «Лучший врач года-2005» Григорий Шурыгин. По природе своей – высокий профессионал, новатор, энтузиаст,

педицию на Тянь-Шань, которая изучала влияние высокогорья на течение психических заболеваний, и Г.Шурыгину посчастливилось принять в ней участие в качестве медбрата. Высоко в горах, на самой границе с Китаем, им приходилось несколько недель жить в деревянных постройках бок о бок с пациентами с психическими расстройствами. Профессор Канторович регулярно наведывался в экспедицию, читал мини-лекции. Именно тогда Григорий получил первые навыки общения с такими людьми.

В Орехово-Зуево Григорий Иванович с 1970 г. начинал детским, потом стал участковым психиатром, заместителем главного врача, и вот уже более 30 лет – главный врач. Здесь написал первые научные статьи, подготовил кандидатскую диссертацию, которую защитил в Научно-исследовательском психоневрологическом институте им. В.М.Бехтерева в Ленинграде. И постоянно вёл и продолжает вести огромную, кропотливую организаторскую и научно-практическую работу.

– Основную свою задачу, – говорит Г.Шурыгин, – я всегда видел в том, чтобы расширить и укрепить нашу службу. Только вот чтобы достичь этого, пришлось пройти семь кругов ада, немало чиновничьих коридоров.

Действительно, ещё в 90-е годы больница представляла собой запущенную стройплощадку. А сегодня она преобразилась в оазис спокойствия, где любая уставшая душа обретает покой. Построены новые здания и сооружения, которые никак не ассоциируются с укоренившимся в сознании

профилактические мероприятия и вопросы реабилитации. В больнице созданы школы для родственников больных. Активно используют также помощь общественных формирований, например, организаций «Родители против наркотиков», «Дом добрых надежд» и т.д. Врачи неустанно напоминают обществу, всем родным больных, что страдающие психическими расстройствами – такие же люди, только нуждающиеся в большем внимании, заботе и понимании, поскольку они наименее защищены.

Больница получила статус бюджетного учреждения, что налагает на неё дополнительные обязанности, но при этом даёт новые надежды. Сюда потянулись молодые специалисты. Резко возросла качественная сторона лабораторной службы. Открыты детский дневной стационар, реабилитационное отделение. Создан отдел информационных технологий и защиты информации, осуществлён переход диспансерных отделений в режим работы в системе электронной регистратуры и т.д.

Руководитель отдела специализированной медицинской помощи Минздрава Московской области доктор медицинских наук Роман Горенков отметил, что больница – одна из самых современных. Её особенность в том, что от каждого члена коллектива исходит душевное спокойствие и теплота. По определению ВОЗ, здоровье – это не только отсутствие болезней, но и состояние полного

наиболее оптимальных программ, которые внедрены в больнице, – универсальная модель биопсихосоциального подхода с применением биологически активных, социальных, реабилитационных методов и т.д. Больница является «модельной», ибо в ней имеются наркологическое, психиатрические подразделения с возрастной градацией, с преемственностью в лечении, реабилитации, социализации пациентов.

Площадка для дискуссии

Психиатрическая больница № 8 поддерживает традиции проведения областных психиатрических конференций с международным участием и публикацией научных трудов. В 2014 г. опубликован сборник материалов под редакцией Б.Цыганкова. Книга включает свыше 70 научных работ, более 30 из которых принадлежат учёным, врачам психиатрам и наркологам, клиническим психологам, социальным работникам психиатрической службы Подмосковья, причём 23 – специалистам этой больницы. Материалы посвящены эпидемиологии и организации психиатрической и наркологической помощи, проблемам социальной и судебной психиатрии, детской психиатрии и наркологии, клиники и общей психопатологии, а также диагностики и лечебно-восстановительной тактики.

Следует отметить и дискуссионные материалы. В частности, статью доктора медицинских наук



Во время проведения научно-практической конференции

физического, духовного, социального благополучия. И конечно – психического, чему здесь отдаётся приоритет.

По мнению заведующего кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, главного психиатра Департамента здра-

Виктора Остроглазова, в которой поднимаются кардинальные вопросы так называемой малой психиатрии профессора Петра Ганнушкина. Об остроте взгляда учёного и клинициста говорит уже то, что даже члены редколлегии сборника неоднозначно восприняли её. Но это, думается, только привлечёт к сборнику внимание медицинского сообщества.

Однако самый живой отклик вызвал его доклад о выдающемся российском психиатре профессоре А.К.Ануфриеве (1922 г., Алатырь – 1992 г., Хотьково), отдавшем 33 года служения развитию психиатрии Московской области. В соответствии с результатами обсуждения и единодушным голосованием участников конференции принята резолюция об обращении в Министерство здравоохранения Московской области с ходатайством

больницы проходило на протяжении всего 80-летнего пути. Но до 1975 г. несовершеннолетние с наркологическими расстройствами обслуживались в основном в учреждениях психиатрического профиля. Официально амбулаторное отделение этой службы насчитывает немногим более 15 лет. Центр наркологической помощи детям создан при поддержке Минздрава Московской области в 1997 г. Тогда в его штат помимо традиционных ставок

ленные на снижение выявленных управляемых факторов риска.

В детском стационарном отделении налажен не только лечебно-диагностический процесс. Также проходят здесь восстановительное лечение дети с наркологическими расстройствами, включая элементы абилитации и реабилитации – трудотерапию, групповую и индивидуальную психотерапию, арттерапию, музыкальные занятия, БОС-ЛАБ, личностное восстановление в целом.

ции и реабилитации в лечебно-трудовых мастерских (ЛТМ).

ЛТМ появились в структуре больницы в 1974 г. Медицинское обеспечение осуществлялось сотрудниками психиатрической больницы № 8. Тогда в цехах ежедневно трудились 200-220 человек. Кроме того, примерно столько же пациентов с наркологическими расстройствами было занято на заводе, расположенном в Орехово-Зуевском районе. Специалисты отмечали,

зирующими расстройствами и поныне остаётся главной целью реабилитационного процесса, – подчёркивает главный врач Г.Шурыгин. – Подтверждением этому служит высказывание Филиппа Пиннеля из «Трактата о душевных болезнях» (XVIII век): «Наш опыт с несомненностью доказывает, что самым верным и почти единственным ручательством дел для сохранения здорового настроения, известной нравственной высоты и порядка в приютах и лечебницах служат настойчивые занятия механическим трудом. Как досадно смотреть на больных, которые пребывают в постоянном бесцельном движении или в полной неподвижности и подавленности. Регулярные занятия изменяют болезненное направление мыслей, способствуют восстановлению умственной деятельности».

Сегодня мастерские, по сути, – единственное место, дающее возможность реабилитантам работать за плату в специально созданных условиях, причём в непрерывном сопровождении специалистов больницы. Надо обратить внимание на то, что за время функционирования ЛТМО не зафиксировано ни одной травмы или случаев ухудшения состояния здоровья пациентов.

– Наши пациенты работают не более 7 часов, – отмечает заместитель главного врача по реабилитации, врач-психиатр Алексей Санталов. – Но мы к каждому подходим в индивидуальном порядке, в зависимости от медицинских показаний. Основная цель работы – не план выработки, а трудовая реабилитация. Планы, показатели – дело второстепенное. Главное – оздоровление пациента, его социализация. Труд должен быть во благо человеку. Если мы хотим социализировать пациентов, попавших в непростую ситуацию, к ним нужно относиться как к обычным людям. И за свой труд они должны получать заработную плату. В разных цехах у нас они зарабатывают от 3 до 5 тыс. руб. в месяц.

Помощь Церкви

Особая роль в процессе лечения отводится Русской православной церкви. Более 15 лет больница сотрудничает с Орехово-Зуевским благочинием. Начало такого взаимодействия было продиктовано не только запросами и потребностями пациентов и их родственников, но и персонала. Ярким событием стало открытие в 2007 г. больницы храма в честь Иверской иконы Божией Матери.

Теперь пациенты имеют возможность приобщиться к духовной жизни. Настоятель храма отец Антоний не только проводит богослужения в нём, но исповедует, причащает, соборует всех желающих непосредственно в больничных палатах, ведёт с ними беседы на духовные темы.

– Мне видно, как меняются люди, посещающие храм, – говорит настоятель храма отец Антоний (Рыжак). – Это происходит не так быстро, как хочется, но результат есть. Атмосфера храма, слово, которое произносит священник, – это всё способствует изменению человека. И это очень хорошо. Считаю, в каждой больнице должен быть храм. Это никому ещё не вредило, а вот помогло многим. В психиатрии есть такое понятие – биопсихосоциальный подход в лечении. Но я бы к этому добавил ещё и духовную составляющую.

Александр ИВАНОВ,
Юрий ЛУНЬКОВ (фото),
специальные
корреспонденты «МГ».

Московская область.

Человеческих

служит надёжным причалом наименее защищённым людям

о присвоении психиатрической больницы № 5 имени профессора А.К.Ануфриева.

Возвращая шанс на... детство

Государство сегодня акцентирует пристальное внимание на проблемах детства. На итоговой коллегии Минздрава России 2014 г. директор Научного центра здоровья детей академик РАН Александр Баранов отметил необходимость принятия специальной программы охраны здоровья подростков, численность которых за последние 15 лет сократилась на 8,5 млн. В этой ситуации сохранение их жизни и здоровья приобретает для государства стратегическое значение. Об этом шла речь и на очередном заседании координационного совета при

врачей психиатров-наркологов и участковых медсестёр введены ставки фельдшеров-наркологов по обслуживанию школ, детского врача-нарколога, психотерапевта, воспитателя, логопеда, специалиста по социальной работе. Кроме этого, имеется 15-кочный стационар.

Сегодня служба осуществляет свою деятельность на основе межведомственного сотрудничества с государственными, коммерческими, общественными структурами, религиозными организациями, СМИ и т.д. Тут дети подчас получают заботу и доброту, которой не ощущают ни дома, ни в школе.

Под руководством психиатра-нарколога при службе создана бригада специалистов, которая оказывает комплексную наркологическую помощь детям и



Трудотерапия в швейном цехе

Как и во взрослой, в детской реабилитации важен комплексный подход, объединение усилий медицинских и немедицинских специалистов, общественных, религиозных и иных организаций. Общественные организации пропагандируют правильные жизненные ориентиры в современной молодёжной среде. В психиатрической больнице № 8 всегда используют помощь волонтеров. Это направление находится под особым контролем заместителя главного врача по наркологии, кандидата медицинских наук, заслуженного врача РФ Татьяны Шурыгиной. Вот и во время проведения научно-практической конференции Татьяна Евгеньевна принимала личное участие в мастер-классе, проводимом волонтерами группы анонимных наркоманов в режиме «вопрос – ответ».

Заведующая детским наркологическим отделением Ольга Шаравина с нетерпением ожидает открытия на базе своего подразделения лечебно-трудовых мастерских:

– Уже начало поступать оборудование для швейного и столярного цехов. Будем обучать детей, чтобы во время стационарного лечения они получали трудовые навыки. Мы соблюдаем преемственность в эффективном лечении маленьких пациентов. За время работы нашего отделения отмечают ремиссии сроком свыше 5 лет, причём у детей, употреблявших героин. Но даже если мы спасаем одного ребёнка, это уже результат.

Труд во благо

Больница лидирует не только в организации новых системных подходов к лечебно-профилактической психиатрической и наркологической помощи, но также и в возрождении традиционных для российской психиатрии, но, к сожалению, утраченных методов социально-трудовой реадapta-



Богослужение проводит отец Антоний

Президенте РФ по реализации Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг., которое провёл В.Путин. Нельзя сбрасывать со счетов и то, что по количеству суицидов среди несовершеннолетних наша страна занимает печальное первое место среди стран Европы. Это крик детей о помощи.

По-прежнему страшными бедями являются детский алкоголизм и наркомания. Поэтому специалисты больницы с тревогой реагируют на эти вызовы современности. Как правило, несовершеннолетних особенно трудно возвращать к полноценной жизни, давать им очередную шанс на... детство. У них исковерканные судьбы. И всё же они – дети, по своей неопытности и по вине взрослых угодившие в трудную жизненную ситуацию.

Детская наркологическая служба имеет небольшую историю, хотя её становление в структуре

подросткам во всех её формах. Проводится широкий круг превентивных мер по профилактике потребления психоактивных веществ, в частности, первичное консультирование детей и родителей, тестирование по выявлению потребителей наркотически действующих веществ и т.д. Организовано раннее выявление и комплексное обследование детей и подростков, которые имеют наркологические проблемы. Осуществляется не только амбулаторный приём пациентов с наркологическими расстройствами, но также ведётся широкая бригадная профилактика среди молодёжи. В целях изучения распространённости алкоголизации, наркотизации, курения, определения особенностей потребления ПАВ организуются мониторинговые социально-гигиенические исследования, что позволяет разрабатывать адекватные программы профилактики, направ-

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 40 (1807)

Концепция хронической болезни почек (ХБП) была сформулирована экспертами Национального почечного фонда США в 2002 г. и к настоящему времени получила признание мирового медицинского сообщества. В 2007 г. ХБП была введена в Международную классификацию болезней 10-го пересмотра, а термин «хроническая почечная недостаточность» был из неё изъят как устаревший.

Введение

В многочисленных крупномасштабных международных исследованиях была подтверждена высокая распространённость ХБП, сопоставимая с распространённостью ишемической болезни сердца (ИБС) и сахарного диабета (СД). Результаты изучения прогноза ХБП (Chronic Kidney Disease Prognosis Consortium) продемонстрировали достоверную и самостоятельную связь расчётной скорости клубочковой фильтрации (рСКФ) и альбуминурии с общей и сердечно-сосудистой смертностью, прогрессированием ХБП и риском развития острого повреждения почек (ОПП).

В 2008 г. была разработана и принята концепция кардиоренальных взаимодействий, выделены разные типы кардиоренального синдрома. За период с 2008 г. завершилось несколько крупных рандомизированных клинических исследований, позволивших оценить эффективность и безопасность антигипертензивных, липидмодифицирующих, диуретических препаратов и ультрафильтрации у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и ХБП, разработать новую стратегию и тактику кардио-нефропротекции. Результаты исследований ACCOMPLISH, ADVANCE, ALTITUDE, CARRESS-HF, ONTARGET, ROADMAP, SHARP и некоторых других легли в основу современных национальных и международных рекомендаций по ХБП, ОПП, артериальной гипертензии (АГ), кардиоваскулярной профилактики, нарушениям липидного обмена. ХБП признана независимым фактором риска развития ССЗ и эквивалентом ИБС по риску сердечно-сосудистых осложнений.

Первые совместные рекомендации Всероссийского научного общества кардиологов и Научного общества нефрологов России «Функциональное состояние почек и прогнозирование сердечно-сосудистого риска» были опубликованы в 2008 г. Основной целью

выпуска новой версии национальных междисциплинарных рекомендаций является внедрение в клиническую практику ключевых подходов к ранней диагностике ХБП, прогнозированию сердечно-сосудистого риска и риска развития терминальной почечной недостаточности (ТПН), а также принципов эффективной и безопасной терапии больных с кардиоренальной патологией. В данных рекомендациях определены основные термины и понятия, используемые для характеристики функционального состояния почек, представлены наиболее обоснованные с точки зрения доказательной медицины и применения в широкой клинической практике методы оценки функции почек для стратификации риска и выбора медикамен-

Сердечно-сосудистый риск и хроническая болезнь почек: стратегии кардио-нефропротекции. Национальные рекомендации

Диагностические критерии ХБП*

Маркёры почечного повреждения (один или больше)	Альбуминурия (скорость экскреции альбумина с мочой ≥ 30 мг/сут, отношение Ал/Кр мочи ≥ 30 мг/г (≥ 3 мг/ммоль)) Изменения мочевого осадка Канальцевая дисфункция Гистологические изменения Структурные изменения при визуализирующих методах исследования Трансплантация почки в анамнезе
Снижение СКФ	СКФ < 60 мл/мин/1,73 м ² (категории СКФ 3а-5)

Примечание: *если они сохраняются более 3 месяцев.

тозной терапии. Настоящие рекомендации не касаются вопросов коррекции нарушений фосфорно-кальциевого обмена и анемии. Учитывая, что они имеют преимущественное значение на поздних стадиях ХБП, эти вопросы детально освещены в специальных рекомендациях.

Таблица 2

Классификация ХБП по уровню СКФ

Стадия	Уровень СКФ (мл/мин/1,73 м ²)	Описание
C1	> 90	Высокая или оптимальная*
C2	60-89	Незначительно сниженная*
C3а	45-59	Умеренно сниженная
C3б	30-44	Существенно сниженная
C4	15-29	Резко сниженная
C5	< 15	Терминальная почечная недостаточность (Д/Т)**

Примечание:

* – в отсутствии признаков повреждения почек категории СКФ C1 или C2 не удовлетворяют критериям ХБП;

** – если пациент получает заместительную почечную терапию, следует указывать её вид – диализ (Д) и трансплантация (Т).

Таблица 3

Индексация ХБП по уровню альбуминурии

Показатель, метод оценки	Индексация по степени	Оптимальная или незначительно повышенная (A1)	Высокая (A2)	Очень высокая (A3)
Альбумин в моче				
СЭА (мг/сут)		< 30	30-300	> 300
Ал/Кр мочи (мг/г)		< 30	30-300	> 300
Ал/Кр мочи (мг/ммоль)		< 3	3-30	> 30
Общий белок в моче				
СЭБ (мг/сут)		< 150	150-500	> 500
Об/Кр мочи (мг/г)		< 150	150-500	> 500
Об/Кр мочи (мг/ммоль)		< 15	15-50	> 50

Примечание:

СЭА – суточная экскреция альбумина, Ал/Кр – отношение альбумин/креатинин, СЭБ – суточная экскреция белка, Об/Кр – отношение общий белок/креатинин.

Новая версия рекомендаций является не только обобщением принятых в мире подходов к решению проблемы ХБП и сердечно-сосудистого риска, но и попыткой адаптации накопленного международного опыта к условиям отечественного здравоохранения. Рекомендации предназначены для широкого круга врачей различных специальностей: врачей общей практики, терапевтов, кардиологов, нефрологов и эндокринологов.

Определение, диагностические критерии и классификация хронической болезни почек

Определение. ХБП – надпочечное понятие, объединяющее всех пациентов с сохраняющимися в течение 3 и более месяцев признаками повреждения почек и/или снижением их функции.

В случае сохранной или повышенной СКФ, а также у больных с её начальным снижением ($60 \leq \text{СКФ} < 90$ мл/мин/1,73 м²) для диагноза ХБП необходимо присутствие признаков повреждения почек (альбуминурия ≥ 30 мг/сут или отношение альбумин/креатинин (Ал/Кр)

высокое при нефротическом синдроме (см. табл. 3).

В настоящих рекомендациях также принята индексация альбуминурии KDIGO, предусматривающая выделение 3 категорий, а не 5, как было сделано в опубликованных ранее Российских рекомендациях по ХБП 2012 г. Поскольку подходы к нефропротективной терапии у пациентов с альбуминурией < 10 и 10-29 мг/г не различаются, предлагается градации A0 и A1 (по Российским рекомендациям 2012 г.) рассматривать вместе, называя «оптимальная или незначительно повышенная альбуминурия», и обозначать как A1. Это же касается стадий A3 и A4 (по Российским рекомендациям 2012 г.), которые объединены в одну градацию «очень высокая альбуминурия», индекс A3 (см. табл. 3).

Применение ранее использовавшихся терминов «нормаль альбуминурия», «микроальбуминурия» и «макроальбуминурия» в настоящее время представляется нежелательным. Очевидно, что у больных, получающих лечение постоянным гемодиализом или перитонеальным диализом, необходимости в индексации альбуминурии/протеинурии нет.

Таблица 1

Введение понятия ХБП ни в коем случае не отменяет использование современной нозологической классификации болезней почек. В диагностическом заключении следует указывать нозологическую форму заболевания с описанием особенностей клинического течения и морфологических изменений (если проводилась биопсия), а затем – стадию ХБП по степени снижения СКФ и категорию альбуминурии.

Примеры диагностических заключений с учётом категорий СКФ и альбуминурии.

1. Гипертоническая болезнь 3-й стадии, риск 4. Сахарный диабет 2-го типа. Диа-

Таблица 4
Соответствие стадий хронической болезни почек кодировке МКБ-10

Стадии ХБП	Код МКБ-10
C1	N18.1
C2	N18.2
C3а	N18.3
C3б	
C4	N18.4
C5	N18.5
Стадия не уточнена	N18.9

бетическая и гипертоническая нефропатия. ХБП C3а A3.

2. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит. Нефротический синдром. Артериальная гипертензия 3-й стадии, риск 4. ХБП 5д (постоянный гемодиализ с 12.05.2013).

В новой редакции Международной классификации болезней 10-го пересмотра для обозначения ХБП используется код N18 (который прежде применялся для обозначения хронической почечной недостаточности). Коды N18.1-N18.5 были присвоены 1-5-й стадиям ХБП (см. табл. 4), а код N18.9 предназначен для обозначения ХБП с неуточнённой стадией. Данные коды необходимо использовать во всех случаях, когда имеются признаки ХБП, это важно для регистрации новых случаев ХБП и учёта её распространённости.

Внедрение в реальную клиническую практику ключевых подходов к диагностике ХБП имело важные последствия. За 10 лет, прошедших с момента принятия концепции ХБП, значительно повысилась осведомлённость и осторожность врачей различных специальностей в отношении ХБП как значимой проблемы здравоохранения. Внедрение автоматического расчёта СКФ в лабораториях и включение её величины в результаты лабораторного исследования в дополнение к уровню креатинина сыворотки способствовало увеличению первичного обращения к нефрологу пациентов с ХБП на 68,4%.

(Продолжение следует.)

(Окончание. Начало в № 44 от 20.06.2014.)

При отсутствии причины возникновения нормохромной нормоцитарной анемии, для исключения первичной патологии эритроцитоза (миелодиспластический синдром, парциальная красноклеточная аплазия), для поиска вторичного поражения костного мозга (метастазы рака в костный мозг, очаговое поражение костного мозга при лимфоме) необходимо проведение стеральной пункции или трепанобиопсии. Такие исследования требуют обязательного участия гематолога. Апластическая анемия – заболевание, являющееся следствием исчезновения или резкого уменьшения в костном мозгу полипотентных стволовых клеток, количество которых снижается до 1% и ниже, что приводит к опустошению или аплазии костного мозга. Диагностически основывается на сочетании панцитопении периферической крови, снижении клеточности костного мозга при стеральной пункции и обнаружении жирового костного мозга при его гистологическом исследовании, при этом исключаются другие причины развития аплазии кроветворения. Критерии панцитопении: гемоглобин < 110 г/л, гранулоциты < 2 × 10⁹/л, тромбоциты < 100 × 10⁹/л. Миелодиспластический синдром объединяет группу приобретённых заболеваний кроветворной системы, при которой патологический процесс начинается на уровне полипотентной стволовой клетки и обнаруживает себя нарушением пролиферации и дифференцировки клеток одного, двух или трёх ростков кроветворения с их последующей гибелью в костном мозгу (неэффективный эритропоэз). В отличие от апластической анемии стволовые клетки присутствуют в костном мозгу больных миелодиспластическим синдромом, хотя они функционально неполноценны. Костный мозг при этом чаще бывает гиперклеточным, нормоклеточным и реже – гипоклеточным, тогда как в периферической крови обнаруживается рефрактерная анемия, нередко лейко- и/или тромбоцитопения. Другое более редкое заболевание или синдром, сопровождающийся изолированной гипорегенераторной анемией, – это парциальная красноклеточная аплазия костного мозга. Она проявляется клинически и лабораторно глубокой анемией и избирательной (чистой) аплазией только красного ростка кроветворения – тяжёлой нормохромной анемией с низким уровнем ретикулоцитов, отсутствием или резким снижением количества эритрокариотиков в костном мозгу без его общей гипоплазии, сохранностью лейко- и тромбоцитопоза, высоким содержанием железа в сыворотке крови, отложением его в органах и коже, потребностью в трансфузиях эритроцитов.

Наличие ретикулоцитоза свидетельствует о гиперрегенераторной анемии, которая не связана с угнетением кроветворения, развивается при остром кровотечении или повышенном разрушении эритроцитов. При продолжающейся кровопотере, особенно в замкнутые полости или желудочно-кишечный тракт, диагностика связана с наличием характерной клинической картины (бледность, выраженная слабость, гипотония, тахикардия, сухость во рту), данных инструментальных исследований. Надо помнить, что в первые часы после кровотечения концентрация гемоглобина может не меняться, так как вместе с эритроцитами теряется и плазма крови, поэтому основные клинические симптомы связаны с гиповолемией, а не с анемией. Медицинская помощь таким больным связана с остановкой кровотечения и восполнением объёма потерянной жидкости, а только потом с нормализацией онкотического давления, гемостаза и восполнением кислородоносителя. Наиболее простой алгоритм помощи больным с постгеморрагической анемией в зависимости от объёма кровопотери представлен в работах академика А.Воробьева и профессора В.Городецкого (см. табл.)

Наличие желтушности, ретикулоцитоза и непрямого гипербилирубинемии свидетельствует о гемолитической анемии. Нормохромные нормоцитарные гемолитические анемии – это чаще всего приобретённые заболевания, связанные с неэритроцитарными причинами. Они развиваются внезапно после перенесённого инфекционного заболевания или, реже, имеют вялотекущий характер на фоне хронического воспалительного, опухолевого процесса. Аутоиммунный характер анемии можно подтвердить по положительной пробе Кумбса (прямой или непрямой), связанной с агглютинацией сенсibilизированных эритроцитов под воздействием антисыворотки. При доказанном диагнозе устраняется этиологический фактор, если он обнаружен, проводится длительная терапия средними дозами глюкокортикостероидов с постепенной отменой или пульс-терапия большими дозами. При неэффективности можно использовать большие дозы человеческого иммуноглобулина, который блокирует систему макрофагов селезёнки,

спленэктомии, цитостатики или ритуксимаба (рекомбинантное анти-CD20-антитело, разрушающее В-лимфоциты). Более редкие холодовые формы гемолитической анемии хорошо лечатся плазмаферезом, удаляющим циркулирующие антиэритроцитарные антитела, не связанные с эритроцитами.

При отсутствии доказанного иммунного характера нормохромной нормоцитарной анемии следует исключить наследственные гемоглобинопатии (чаще в этом случае речь идёт о серповидноклеточной анемии, реже – о гемоглобинопатиях SC, D, E) и энзимопатии. Энзимопатии эритроцитов – это наследственные нарушения активности ферментов. Снижение ферментативной активности в большинстве случаев не означает отсутствия ферментов в эритроците, а является результатом наличия у больного его патологической малоактивной формы. На-

цифическое лечение (введение антидота), симптоматическая терапия, профилактика развития острой почечной недостаточности (инфузии больших объёмов жидкости, мочегонные препараты, плазмаферез).

В ряде случаев гемолитическая анемия может быть обусловлена нарушением микроциркуляции. Это так называемые микроангиопатические гемолитические анемии (МАГА), в которые входит гемолитико-уремический синдром, атипичный гемолитико-уремический синдром и тромботическая тромбоцитопеническая пурпура. В диагностике МАГА ведущее значение имеет обнаружение шистоцитоа (фрагментов эритроцитов изменённой формы и размера с наличием двух-трёх углов и линии разлома) в мазках крови и признаков диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС): прогрессирующей тромбоцитопении,

ряд нарушений со стороны центральной и периферической нервной системы, которые никогда не наблюдаются при дефиците фолатов.

В гематологической практике существуют два urgentных состояния, при которых состояние больного не отражает тяжести заболевания, которые могут быстро привести к летальному исходу и поэтому требуют немедленного начала лечения, – это острые лейкозы и витамин-В₁₂-дефицитная анемия. При постановке диагноза мегалобластной анемии не принято отражать тяжесть анемического синдрома, так как проявление гипоксии у этих больных не коррелирует со степенью анемии. Это связано с тем, что большое количество мегалоцитов, не способных проходить через капилляры, резко нарушают микроциркуляцию, особенно в головном мозгу, что может привести к развитию гипоксической комы, не купирующейся трансфузиями эритроцитарной массы.

Помимо общих симптомов анемии возможен лимонный оттенок кожи – сочетание бледности и желтухи, которая является, с одной стороны, следствием неэффективного эритропоэза (внутрикостномозгового распада гемоглобинсодержащих мегалобластов), с другой – непрямым билирубинемией, связанной с повышенным гемолизом крупных форм эритроцитов (мегалоцитов) в селезёнке. Нарушение деления эпителиальных клеток при мегалобластных анемиях проявляются в виде глоссита, стоматита, эзофагита, гастрита и энтерита. Нередко на языке наблюдаются афтозные высыпания и трещины.

Дефицит витамина В₁₂ наиболее достоверно устанавливается по мегалобластному типу кроветворения, низкому уровню витамина В₁₂ в сыворотке (менее 160 нг/л), характерной неврологической симптоматике (полинейропатия). В клинической практике надёжным диагностическим тестом дефицита витамина В₁₂ и фолиевой кислоты служит положительный ответ в виде ретикулоцитарного криза на введение витамина В₁₂ и В₉ соответственно. Для коррекции В₁₂-дефицитной анемии используется только парентеральное введение цианкобаламина, фолиеводифицитную анемию лечат пероральными препаратами. Другое принципиальное отличие в лечении этих заболеваний связано с его длительностью: дефицит витамина В₉ устраняется по факту его обнаружения, а дефицит витамина В₁₂ требует пожизненного лечения и диспансерного наблюдения у гематолога, так как является следствием необратимого нарушения метаболизма витамина В₁₂ (как правило, это нарушения выработки внутреннего фактора слизистой желудка при атрофическом гастрите).

При наличии резистентной к витаминам группы В макроцитарной анемии речь идёт о рефрактерной анемии – миелодиспластическом синдроме (МДС), описанном выше. Для уточнения варианта МДС необходимо оценить клеточность костного мозга по результатам трепанобиопсии, количество бластов в миелограмме. Гипопластическая форма МДС с небольшим количеством бластов (менее 5%) по своему течению напоминает апластическую анемию и лечится с использованием симптоматической, гемотрансфузионной и иммуносупрессивной терапии. Гиперклеточные варианты МДС с количеством бластов более 10% являются, как правило, предлейкозом и требуют проведения моно- или полихимиотерапии, иногда курсами, схожими с лечением острых лейкозов. Но в любом случае диагностика и лечение этих заболеваний должны проводиться только гематологами.

Таким образом, анемии представляют собой огромный перечень симптомов, синдромов, состояний и заболеваний. Основным подходом к их дифференциальной диагностике является аналитический метод, при котором надо использовать знания морфологии, клиники и патогенеза нарушений эритроцитоза. Вначале следует оценить состояние больного, соотнести клинические симптомы и степень тяжести анемии. Затем определить морфологические характеристики анемии, наличие других нарушений кроветворения. После этого, зная возможные варианты анемий, выявить характерные клинические и лабораторные признаки, подтвердить диагноз и начать лечение. Правильная организация медицинской помощи, оптимальные симптоматические общеврачебные мероприятия позволят улучшить состояние пациента и продолжить обследование с привлечением узких специалистов для установления конкретного заболевания и начала патогенетической терапии.

Николай СТУКЛОВ,
профессор кафедры госпитальной терапии
с курсом клинической лабораторной
диагностики,
руководитель курса гематологии.

Медицинский факультет
Российского университета дружбы народов.

Анемии

следственная недостаточность активности ферментов эритроцитов из-за нарушения выработки энергии, а также в результате снижения способности противостоять воздействию окислителей может привести к развитию так называемых врождённых, несфероцитарных гемолитических анемий (дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, пируваткиназы, АТФ-азы и т.д.). Как правило, течение этих заболеваний кризовое, связано с применением определённых лекарственных препаратов, погрешностями в диете. Лечение профилактическое, симптоматическое, направленное на профилактику острой почечной недостаточности (имеет место внутрисосудистый гемолиз).

Иногда в практике врача может встретиться гемолиз при патологии сосудов среднего и большого диаметра, мы видели такие состояния при ангиомах, злокачественных опухолях с развитой сосудистой сетью, искусственных клапанах сердца. Если присутствует фебрильная лихорадка, имеющая регулярные, повторяющиеся раз в 3 или 4 дня пики, сопровождающаяся признаками внутрисосудистого гемолиза (тёмная моча вплоть до красного или чёрного цвета, гипогаттоглобинемия, гемосидеринурия и гемоглобинурия), необходимо исключить малярию. Заподозрить наличие плазмодиев в эритроцитах можно по псевдоретикулоцитозу при использовании проточного анализатора, а диагностика проводится методом толстой капли.

Более редкое состояние, связанное с периодическим появлением тёмной мочи и признаков внутрисосудистого гемолиза, называется парциальной ночной гемоглобинурией. Это клональное заболевание крови, связанное с образованием клеток, имеющих дефект мембраны. Эти клетки, в основном эритроциты, не способны противостоять повреждающему действию комплемента, который активизируется при ацидозе в ночное время суток, и разрушаются в просвете сосудистого русла. Парциальная ночная гемоглобинурия имеет кризовое течение, является предвестником других клональных заболеваний крови, гемобластозов, но иногда даёт спонтанные ремиссии. При тяжёлой форме заболевания необходимо специализированное лечение, которое имеет в основном симптоматический характер: профилактика ацидоза, витаминотерапия, гемотрансфузии. В особых жизнеугрожающих случаях появилась возможность проводить патогенетическую терапию антагонистом С₅-компонента комплемента экулизумабом, однако прогноз заболевания в настоящее время остаётся неблагоприятным.

Иногда повышенное разрушение эритроцитов может быть вызвано химическими веществами гемолизинами, развиваясь после укуса змей. В этом случае проводятся спе-

цифическое лечение (введение антидота), симптоматическая терапия, профилактика развития острой почечной недостаточности (инфузии больших объёмов жидкости, мочегонные препараты, плазмаферез).

Гиперхромные макроцитарные анемии – это группа заболеваний, связанных с нарушением процессов пролиферации (деления) клеток костного мозга, в результате чего снижается выработка эритроцитов и развиваются гипорегенераторные анемии. Основная характеристика этих состояний связана с наличием выраженной эритроцитопении и ретикулоцитопении, увеличением показателей МСН > 32 пг, ЦП > 1,05, MCV > 100 фл. С учётом того, что основная причина, – это нарушение кроветворения, все эти пациенты должны получить консультацию гематолога.

Отдельную группу составляют мегалобластные анемии. Мегалобластные анемии – это макроцитарные (мегалобластные) анемии, при которых определяется нарушение кроветворения в костном мозгу в виде наличия изменённых предшественников эритроцитов – мегалобластов. Мегалобласты – это эритрокариоты, характеризуются определёнными особенностями: крупные, незрелые по внешнему виду, ядра окружены относительно более зрелой цитоплазмой. Мегалоциты – эритроциты, диаметр которых в мазке периферической крови превышает 12 мкм (диаметр нормального эритроцита 6-8 мкм, макроцита – 8-12 мкм). С биохимической точки зрения, первичные при этом состоянии являются нарушением синтеза ДНК: клетки прекращают развиваться в S-фазе клеточного цикла и не могут завершить процесс деления. В результате этого происходит накопление крупных, «ожидающих» митоза клеток и их преждевременная гибель. Чаще всего мегалобластоз обусловлен недостаточностью витамина В₁₂ (кобаламина) и фолиевой кислоты, а также приёмом лекарственных препаратов, ингибирующих синтез ДНК.

Основные клинические проявления и их патогенез связаны с вовлечением всех делящихся клеток, однако наиболее страдают активно пролиферирующие клеточные системы, такие как костный мозг и эпителий. Это определяет преобладание в клинике симптомов, связанных с нарушением кроветворения и поражением слизистой желудочно-кишечного тракта. Кроме того, при дефиците витамина В₁₂ происходит

Объём и структура трансфузионных сред в зависимости от объёма кровопотери

Объём кровопотери		Трансфузионные среды (мл)					
мл	% ОЦК	соляные растворы	коллоиды	альбумин 10%	СЗП	эритроцитарная масса	тромбоцитарная масса
< 750	< 15	2000	–	–	–	–	–
750-1500	15-30	1500-2000	600-800	–	–	–	–
1500-2000	30-40	1500-2000	800-1200	100-200	1000-1500	по показаниям	–
> 2000	> 40	1500-2000	1200-1500	200-300	1500-2000	400-600	4-6 доз

Примечание: ОЦК – объём циркулирующей крови, СЗП – свежемороженая плазма

Деловые встречи

В городе на Неве состоялся XIV конгресс Ассоциации франкоязычных ортопедов (Association des Orthopedistes de Langue Francaise, AOLF).

ный советник Российской группы AOLF, доктор медицинских наук Дмитрий Попков.

На петербургской площадке, где обсуждались современные

Ортопедия со вкусом франкоязычного мира

Официальное научно-образовательное мероприятие Европейского союза, в котором участвовали не только травматологи-ортопеды, но и радиологи, реабилитологи, а также врачи других специальностей – всего более полутысячи человек, прошло при покровительстве Минздрава России, правительства С.-Петербурга, Генерального консульства Франции в С.-Петербурге, Французского агентства по международному развитию UBIFRANCE. В качестве научного организатора встречи выступил Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. Г.А.Илизарова. Именно клинический опыт курганского центра, основанного планетарно известным изобретателем идеальной конструкции для сращения кости, и его триумфальное «шествие» более чем в 60 государствах, стали основным аргументом в пользу проведения конгресса в РФ.

– Выбор нашей державы в качестве организатора является исключительным и беспрецедентным, однако заслуженным, учитывая высокий вклад российских специалистов в передовые инновационные разработки в области детской и взрослой ортопедии и травматологии, – пояснил «МГ» президент конгресса, националь-

методы диагностики и лечения заболеваний локомоторной системы, мнениями обменялись ведущие специалисты из 26 стран, не считая Российской Федерации. Насыщенная программа форума включала 169 докладов, 149 электронных постеров, 23 обучающих лекции, 10 «круглых столов», 2 мастер-класса. Украшением конгресса стали как сообщения курганской команды врачей, так и доклады, с которыми вышли на трибуну ведущие зарубежные ортопеды: профессор Пьер Лакомб (Швейцария), профессор Антонио Виладот (Испания), М'Хамед Нуар (Алжир), Фернанд Дагер (Ливан), профессор Марино Дрор Пайли (США), Ален Шарль Маскеле (Франция), Норберт Эррази (Марокко), Стефан Кристеа (Румыния).

Рукоплескали на форуме, добавившем франкоязычного мира в ортопедическую специальность, впрочем, и начинающим дарованиям. Примечательно, что два десятка молодых специалистов в возрасте до 35 лет удостоились стипендий, полностью покрывающих расходы на участие в конгрессе.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

С.-Петербург.

Работают мастера

Оперировал Павел Гавора

В Чувашии прошёл мастер-класс для республиканских кардиохирургов



Его провёл профессор Братиславского детского кардиологического центра Павел Гавора. Он прооперировал 7 детей с врождёнными пороками сердца.

В ходе визита в регион известный словацкий специалист обсудил вопросы дальнейшего развития детской кардиохирургии с главой Чувашской республики Михаилом Игнатьевым.

Стоит отметить, что в Чувашии подобные операции проводились только взрослым, детям же приходилось ехать за высокотехнологичной медицинской помощью за пределы республики. Одна-

ко уже в ближайшем будущем кардиохирурги региона смогут оперировать детей в плановом порядке.

– Мы делаем многое, чтобы оснастить наши больницы качественным медицинским оборудованием. Наша основная цель – проводить как можно больше высокотехнологичных операций в регионе, – заявил М.Игнатьев.

Хирург из Словакии – эксперт мирового масштаба по эндоваскулярным операциям на детском сердце. По его словам, данная методика зарекомендовала себя как практически не вызывающая осложнений и заметно сокращающая процесс реабилитации

пациентов в послеоперационный период.

Кардиохирург также поделился своими впечатлениями о республике и её столице, отметил высокий профессионализм врачей. «В Чувашии я встретился с замечательными, высококвалифицированными профессионалами. Чувствуется высокий уровень компетенции как анестезиологов, так и кардиохирургов», – отметил он и высказал намерение о дальнейшем сотрудничестве. Местные хирурги сначала ассистировали своему зарубежному коллеге, а затем работали самостоятельно. По словам Павла Гавора, в дальнейшем эти операции в республике встанут на поток.

Примечательно, что глава Чувашской Республики лично посетил кардиохирургическое отделение, пообщался с маленькими пациентами больницы, прооперированными словацким профессором, поинтересовался их самочувствием, вручил подарки. Родители поблагодарили руководство республики за предоставленную возможность проведения дорогостоящей операции в регионе, а кардиохирурга и персонал больницы – за здоровые сердца детей.

Борис БЕРКУТ.

МИА Сити!

НА СНИМКЕ: Павел Гавора оперировал, чувашские кардиохирурги ассистировали.

Проблемы и решения

В рамках проходящего в Москве XVI международного конгресса по антимикробной терапии ведущие мировые специалисты обсудили актуальные вопросы диагностики и лечения септических состояний: для повышения эффективности лечения сепсиса российские методические рекомендации должны соответствовать мировым стандартам.

Борьба с септическими состояниями началась, пожалуй, ещё в самом начале истории человечества и продолжалась в течение всех последующих веков. Она является одной из важных проблем и современного здравоохранения, поскольку сепсис стабильно сопровождается большим числом осложнений и высокой летальностью. Заболеваемость во всём мире составляет 18-20 млн случаев в год. Каждую минуту в разных странах от сепсиса умирает 14 человек, а общая ежегодная смертность достигает 4,5-6 млн – это в несколько раз больше, чем от туберкулёза или ВИЧ/СПИДа.

Проблема сепсиса тесно связана с возможностью своевременной диагностики возбудителя инфекционного процесса и назначения адекватной

Сепсис — вечная болезнь?

Специалисты обсудили пути эффективной диагностики и лечения грозного заболевания

антибактериальной терапии. Однако основная сложность заключается в том, что сегодня в российских микробиологических лабораториях используется устаревшее оборудование, не дающее возможность оперативного выявления возбудителя септического процесса.

Трудность диагностики связана, в частности, с тем, что действующие в стране нормативные документы – приказ Минздрава СССР № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений», изданный в 1985 г., и методические рекомендации Российской ассоциации специалистов по хирургической инфекции «Сепсис в начале XXI века: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение» 2004 г. несколько устарели и не предполагают возможностей использования современных способов выявления возбудителя.

По словам директора НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии, директора Научно-методического центра по мониторингу антибиотикорезистентности, президента межрегиональной Ассоциации по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, доктора медицинских наук, профессора Романа Козлова, в современных микробиологических лабораториях есть возможность детектировать возбудитель инфекционного процесса в течение менее чем одних суток.

– Однако до сих пор у наших врачей уходит более 3 суток на выявление возбудителя микробного процесса. Связано это с тем, что в России всё ещё используются устаревшие ручные методики. В то же время корректировка методических рекомендаций с учётом современных возможностей могла бы существенно улучшить ситуацию, снизить количество случаев сепсиса, повысить

эффективность антимикробной терапии, – говорит он.

Как показывает международный опыт, проблему сепсиса можно решать более эффективно, если использовать современное диагностическое оборудование, позволяющее существенно сократить время проведения анализа. Об этом участникам конгресса рассказал доктор микробиологии и иммунологии Патрик Мюррей. Он подчеркнул, что одним из самых важных диагностических тестов, который помогает справиться с сепсисом, является гемокультивирование. Автоматизация этого метода, а также его правильное использование позволяют, в первую очередь, получить результаты исследования в более короткие сроки, а во-вторых, значительно повысить точность исследования. Как следствие, клиницисты могут значительно раньше правильно определить тактику ведения пациентов с сепсисом.

– Методика гемокультивирования является обязательной при диагностике сепсиса и реко-

мендована клиническими стандартами CLSI и German Sepsis Society, – сказал он. – Стандарты регламентируют также и время, и кратность взятия биоматериала, и объём получаемых образцов крови. Именно соблюдение всех этих рекомендаций позволит получить качественные результаты исследования и своевременно назначить адекватную антимикробную терапию.

Использование современного подхода к диагностике бактериальной инфекции могло бы значительно ускорить постановку диагноза и начало лечения септических состояний. Однако для этого необходимо внести соответствующие дополнения в российские методические рекомендации, поэтому участники конгресса приняли решение о создании рабочей группы, которая подготовит соответствующие предложения для последующего представления в Министерство здравоохранения РФ.

Жанна ДЫМОВА,
внешт. корр. «МГ».

Москва.

Этому заболеванию подвержены люди любого возраста, социальных классов и групп населения, оно оказывает существенное негативное влияние на физический, психологический, социальный и экономический статус больных. Более 50 млн человек в мире страдают этим недугом, реально же цифра более чем в полтора раза выше.

Причина – недостаточная информативность диагностических методов, неполноценное внимание к клиническим особенностям приступов, качеству жизни, эффективности медицинской и социальной реабилитации пациентов.

Успехи последних лет

– Эпилепсия – хроническая болезнь, проявляющаяся повторными эпилептическими припадками в результате гиперсинхронных разрядов нейронов коры головного мозга, – говорит профессор кафедры неврологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, член правления и экспертного совета Российской противоэпилептической лиги Павел Власов. – В настоящее время больным эпилепсией рекомендовано называть не эпилептиками, а пациентами, у которых периодически развиваются эпилептические припадки. Эпилепсия входит в число наиболее распространенных заболеваний. Последние 15-20 лет в её изучении имеются большие успехи, эта область не стоит на месте, как и вся медицина.

Эпилептология – динамически развивающаяся наука. В последние десятилетия описаны новые формы заболевания, в частности такие, как «генерализованная эпилепсия с фебрильными припадками плюс», «семейная фокальная эпилепсия с переменными фокусами» и «идиопатическая генерализованная эпилепсия с переменным фенотипом». Качественно важный прорыв был сделан в связи с выделением новой нозологической формы заболевания – эпилептической энцефалопатии. В течение преимущественно последних двух десятилетий независимые исследования в смежных областях медицины (неврологии, эпилептологии, психиатрии и педиатрии) привели к выделению эпилептической энцефалопатии, то есть состояния, при котором эпилептиформная активность сама по себе приводит к выраженной дисфункции головного мозга. Она проявляется когнитивными, поведенческими, психическими и нейропсихологическими нарушениями и наблюдается преимущественно у детей. При этом эпилептических приступов может и не быть.

Иногда случается так, что врач не уделяет должного внимания данным ЭЭГ-исследования, а при отсутствии припадков, даже при наличии эпилептиформной активности с высоким индексом, пациенту не назначают противоэпилептические средства, и расстройство не рассматривается как форма эпилептического заболевания.

– Теперь уже ясно, что в случае эпилептической энцефалопатии даже без эпилептических припадков больному необходимо назначать препараты, – поясняет профессор. – Деятельность головного мозга грубо изменена. К примеру, существует так называемый синдром Ландау – Клеффнера, описанный более 50 лет назад. Он характерен тем, что до определённого возраста – 3-5 лет – ребёнок нормально развивается, и вдруг мама замечает, что у него пропадает связанная речь, он перестаёт говорить предложениями, начинает произносить отдельные слова, а потом замолкает вообще. Хотя нет никаких припадков. А если сделать ЭЭГ, то в лобно-височных отведениях доминирует полушария будет зарегистрирована постоянная эпилептиформная активность, которая разрушает нормальное функционирование головного мозга. Назначение противоэпилеп-

тических препаратов эффективно тем, что ребёнок вновь начинает говорить и развиваться дальше. Патология достаточно редкая. Но сам факт её выделения – это безусловный прорыв в медицине.

Боязнь своего заболевания

Люди, страдающие эпилепсией, стараются скрыть своё заболевание, «уйти в тень». На протяжении столетий эпилепсия была окружена страхом, непониманием и социальной стигматизацией. Во многих странах, в том числе и у нас, стигматизация продолжается до сих пор и может повлиять на качество жизни людей, страдающих этим расстройством, а также

Если вернуться к другим приступам, внешне не судорожным (миоклония, внезапное вздрагивание), то пациент, как правило, долго не жалуется, не считает своё состояние угрожающим здоровью. До тех пор, пока не случается генерализованный судорожный приступ.

По последней рабочей, общепринятой классификации, эпилепсии подразделяют на идиопатические, в основе которых лежит наследственная предрасположенность, и симптоматические, когда уже страдает определённая зона коры головного мозга из-за различных причин. Ими могут быть последствия черепно-мозговой травмы, достаточно часто – последствия инфекционных воспа-

регистрацию ЭЭГ и видеоизображения человека. Фиксируемые на видеозаписи двигательные реакции при расшифровке сопоставляются с изменениями на записи ЭЭГ. И у нас уже есть возможность понять, оказались или нет эпилептическими как поведенческие проявления, так и изменения электрической активности мозга. Благодаря такому методу можно не только доказать и обосновать диагноз эпилепсии, уточнить её форму и тип приступов, но и провести дифференциальный диагноз между эпилептическими и неэпилептическими состояниями. Это очень важно, так как врач выбирает наиболее эффективную схему антиэпилептической терапии.

Ремиссию надо оберегать!

Проблем в этой области медицины не меньше, чем в любой другой. Не во всех регионах есть кабинеты эпилептолога, соответственно, плохо ведётся учёт пациентов и неизвестно, сколько надо закупать лекарств и каких. Далеко не везде доступны МРТ, даже ЭЭГ-исследование, не говоря уже о видео-ЭЭГ-мониторинге. Не всегда устанавливается правильный диагноз, так как судорожный приступ порой свидетельствует о том, что человек вовсе не страдает эпилепсией. Например, глубокий обморок может сопровождаться судорогами, которые внешне полностью напоминают эпилептические, а протекают совершенно по другому патогенетическому механизму.

Специальности эпилептолога официально не существует, пациенты лечатся у неврологов и психиатров. Что же касается трудностей терапевтических, то они часто связаны с невозможностью длительно проводить лечение тем препаратом, на котором удалось добиться ремиссии заболевания. Лекарственное обеспечение часто ориентируется на закупку дженериков. Конечно, благодаря им цены на противоэпилептические препараты не взлетают до запредельных цифр, однако качество дженериков часто оставляет желать лучшего. Только 37% больных лечатся в России современными препаратами. Даже незначительная разница фармакокинетических характеристик противоэпилептических препаратов (ПЭП) отрицательно сказывается на эффективности терапии и качестве жизни больных эпилепсией, приводя к выраженным побочным эффектам и даже обострению заболевания. А при рецидиве приступов возврат к исходной терапии не всегда позволит добиться ремиссии припадков. Поэтому ремиссию следует оберегать, говорят специалисты. Российская противоэпилептическая лига, как американское и европейские сообщества, не рекомендует проводить замену ПЭП при ремиссии заболевания. Особенно остро стоит вопрос замены брендов на дженерики.

– Состояние оказания помощи больным эпилепсией в различных регионах России может кардинальным образом отличаться: в одних регионах существуют центры, в которых эффективность диагностики и терапии равна европейским и североамериканским, в других наблюдается крайне низкая эффективность из-за необеспеченности аппаратурой, современными лекарственными средствами, – подчёркивает профессор Власов. – Но главное достижение последних лет заключается в том, что по всей нашей стране сформировался коллектив единомышленников, которые занимаются этой проблемой, хорошо знают её, постоянно повышают свою квалификацию, борются за оснащение кабинетов и клиник современной аппаратурой, пробивают и внедряют новые противоэпилептические препараты и методики лечения.

Большие надежды возлагаются на проект «Внимание – эпилепсия!», инициатором которого является Российская противоэпилептическая лига и некоммерческое объединение врачей-эпилептологов и пациентов, страдающих эпилепсией. Уже в нескольких городах России были проведены «круглые столы» совместно с руководителями здравоохранения и специалистами-эпилептологами. Обсуждались проблемы регионов, вырабатывались документы, в которых намечены перспективные направления развития эпилептологии на местах. К счастью, ситуация начинает исправляться.

Татьяна КУЗИВ,
корр. «МГ».

Точка зрения

Не уходи в тень!

Проблема эпилепсии ждёт своего решения

их семей. Человек боится, что работодатель сразу изменит к нему отношение, узнав, чем он болен. Нередко больные самостоятельно ищут доктора, который изменит диагноз или пообещает быстрое исцеление.

Специалисты отмечают, что в детском возрасте припадки во многих случаях объясняются перинатальным поражением головного мозга, инфекционными заболеваниями нервной системы, в молодые годы частой причиной эпилептических нарушений является черепно-мозговая травма. А у больных старше 50 лет среди этиологических факторов эпилепсии указываются сосудистые и дегенеративные заболевания головного мозга.

– На самом деле эпилепсия хорошо поддаётся лечению, если правильно подобраны препараты и существует диалог между пациентом и врачом, – говорит П.Власов. – До 70% детей и взрослых, у которых впервые диагностирована эпилепсия, можно успешно лечить. А ведь успех зависит порой от «мелочи» – незначительного повышения дозировки лекарства, что позволяет добиться ремиссии. Если у человека развивается приступ, в первую очередь надо определить, эпилептический он или нет, так как в настоящее время описано большое количество различных типов приступов. У детей с эпилепсией часто наблюдаются абсансные припадки, которые характеризуются внезапным и очень кратковременным прекращением деятельности малыша, той же игры, например. Ребёнок внезапно замирает, взгляд его устремляется вдаль. Будто отключили маленького человека на несколько секунд. Возможна лёгкая атония, когда он роняет игрушки из рук, лёгкое мигание (миоклония век), заведение глазных яблок кверху. Буквально через 5-10 секунд малыш включается и продолжает своё занятие. Конечно, и родители, и работники дошкольных и школьных учреждений должны знать о таких приступах, пусть даже они протекают не как привычные – генерализованные судорожные.

Профессор говорит о том, что в Москве противоэпилептическая помощь организована достаточно хорошо. Как утверждает статистика, в каждом вагоне метро в час пик наверняка едет один пассажир, страдающий эпилепсией, но поскольку приступов не случается, значит, заболевание неплохо поддаётся терапии. Но цифры говорят и другое: только половина больных эпилепсией получают лечение, а реально диагностировано заболевание у 2/3 пациентов. Но, в общем-то, подобная статистика характерна для любых хронических заболеваний. В отношении сахарного диабета также считается, что выявлены две трети заболевших, а лечатся половина из них.

лительных заболеваний ЦНС – энцефалит, менингоэнцефалит различной этиологии, сосудистые заболевания головного мозга, причём любые, которые могут привести к его структурному поражению. Соответственно, в более позднем возрасте, после 40-50 лет, процент эпилепсии, развившейся вследствие сосудистых заболеваний головного мозга, растёт.

Парабола болезни

– Если графически изобразить заболеваемость эпилепсией в зависимости от возраста, то мы получим параболу, – утверждает профессор Власов. – Высокие значения характерны для раннего детского возраста, к 10 годам заболеваемость постепенно снижается, а потом, в 45-50 лет, вновь устремляется вверх. Если всю эпилепсию представить в последовательном континууме, то на одном полюсе оказывается идиопатическая эпилепсия, на другом – симптоматическая. Но и в первом, и во втором случаях эпилепсия является результатом генетической предрасположенности и определённых структурно-функциональных поражений нейронов. При криптогенной эпилепсии вклад генетических и структурных составляющих патологии может быть различным, но он всегда имеет место.

Если у больных отмечаются припадки с потерей сознания, причём независимо от того, сопровождались они судорогами или нет, врачи сразу говорят о необходимости проведения электроэнцефалографического обследования – одного из основных методов диагностики эпилепсии. ЭЭГ, как правило, подтверждает – эта зона коры головного мозга участвует в развитии эпилептического приступа. Кроме того, проводится нейровизуализационное исследование, прежде всего МРТ. Если нет возможности – то хотя бы КТ. И если опять-таки видны структурные изменения, ставится диагноз симптоматической фокальной эпилепсии. Идиопатические (фокальные или генерализованные) эпилепсии характеризуются возраст-зависимым началом и сочетанием определённых типов приступов.

– При проведении диагностики необходимо исключить все другие заболевания, не эпилептической природы, и сразу делать МРТ, для взрослых желательно с контрастированием, – рассказывает мой собеседник. – Ну и, конечно же, ЭЭГ-исследование. Но если вдруг мы получим мало информации, то следует проводить уже видео-ЭЭГ-мониторинг. Исследование может длиться от нескольких часов до нескольких суток, оно представляет собой синхронную

О монотерапии и не только

Лечение заболевания направлено прежде всего на прекращение эпилептических припадков при минимальных побочных эффектах, и ведение больного таким образом, чтобы его жизнь была максимально полноценна и продуктивна. Пациент считает себя полностью здоровым, когда правильно принимает лекарства и соблюдает режим, рекомендованный врачом. По словам профессора, один из важных моментов – добиваться ремиссии на одном препарате. Принимать его желательно 1-2 раза в сутки, это наиболее эффективно, если чаще – человек начинает пропускать приём лекарств, забывает о них.

Тут нельзя не сказать о нехватке препаратов, которая существует повсеместно и вызывает, мягко говоря, чувство неудовлетворённости не только у больных, но и у самих у врачей, которые сталкиваются с тем, что реально помочь больному не могут. В последние годы появилось около 10 новых лекарственных средств, возможности расширились. Но лечение будет наиболее эффективным лишь тогда, когда сплотится команда: врач – больной – его окружение.

В лечении эпилепсии существует много нюансов. Один из них – пациент должен обязательно высыпаться. Недостаточность сна является одним из мощных провоцирующих факторов (особенно при ювенильной миоклонической эпилепсии), и врач должен обязательно говорить об этом с пациентом. Если без питания человек может жить долго, без жидкости – максимум полторы недели, то без сна мозгу приходится туго, он начинает работать совершенно на другом уровне. Поэтому больному следует постоянно напоминать о режиме сна, как, впрочем, ещё об одном важном факторе – полном исключении алкоголя.

Эти три жёстких требования – не пропускать приём препаратов, высыпаться, не употреблять алкоголь – и приводят к ремиссии, пациент чувствует себя здоровым. Но ещё необходимо задуматься о работе: она запрещается ночью, а также на высоте, у огня, на воде, на всех видах транспорта, не сочетается с быстрым ритмом, нервно-психическим напряжением, частым переключением внимания.

Порой больной думает: у меня всё в порядке, врач ошибся, я веду привычный образ жизни. И вот поехал с другом на дачу, хорошо выпили, про лекарство не вспомнил, и... Ладно, если разовьётся просто приступ, но если эпилептический статус – это уже совсем другое состояние, угрожающее жизни человека. При нём приступы следуют один за другим,

Вуз получил большую сумму денег для создания корпуса университетских клиник, где, по замыслу руководства отрасли, будут учить, лечить и заниматься наукой. Такое учреждение получило название кластера. В данном случае название вуза не имеет большого значения, потому что, как обещала министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, таких кластеров будет создано 13. Будем надеяться, что это случится в недалёком будущем. Но коллизия, подобная той, что уже произошла, несомненно повторится.

В вузе, о котором идет речь, было создано в экстренном порядке совещание заведующих клиническими кафедрами, чтобы каждый определил количество профильных коек, необходимых кафедре в этом 1000-коечном кластере. Эти данные должны были быть представлены вышестоящему руководству в срок, как часто у нас бывает, еще «вчера». Вот почему совещание было экстренным и, может быть, поэтому несколько сумбурным. Естественно, каждый заведующий кафедрой называл максимально возможное количество коек, по простой привычке, укоренившейся с давних пор, когда всё равно дадут меньше затребованного.

Это только кажется, что 1000 коек – это много. Профильных клинических кафедр – терапевтических, хирургических, инфекционных, акушерско-гинекологических, дерматологических и т.д. – также немало. Терапевты по-

Острая тема

Одного кластера недостаточно

В одном из московских медицинских университетов состоялось знаковое событие...

просили три отделения по 80 коек каждый. Заведующий кафедрой реаниматологии и интенсивной терапии определил, что число коек этого профиля должно составлять 10% от общего числа коек в любом стационаре. Уже 340 коек. Затем выступили хирурги, представители узких специальностей, которых в современной медицине много... Стало ясно, что педиатрическим кафедрам место не останется.

Педиатрия, как говорили наши корифеи-педиатры, это вся медицина, перенесённая в детский возраст. Современный педиатрический факультет, а он старейший в этом московском вузе, насчитывает точно такое количество дисциплин – и терапевтических, и хирургических, и узкопрофильных – как и на лечебном факультете. Стало быть, педиатры должны располагать аналогичным же кластером для того, чтобы лечить, учить и заниматься наукой на благо подрастающего поколения.

Педиатрам сказали, что они останутся на базе клинических ЛПУ. Само слово «клиническое

ЛПУ» и раньше было весьма условным понятием, но тогда ещё можно было работать в приличествующих целях и задачам условиях подготовки педиатров. Теперь понятие «клиническое» полностью утратило своё смысловое значение. Больницы выживают в условиях одноканального финансирования, им не до преподавателей и студентов, они вынуждены вытеснять кафедры из отделений. О том, в каких условиях сейчас проходит преподавание на клинических базах ЛПУ, «МГ» многократно писала. Повторяться не стоит. Многие заведующие кафедрами знают об этом не понаслышке.

К вузу присоединили один из московских клинических педиатрических НИИ. Якобы он решит проблемы преподавания. Может, это даст преподавателям-педиатрам возможность заниматься наукой, но отнюдь не преподаванием. Был такой опыт. Один из директоров подобного НИИ, одновременно являвшийся заведующим кафедрой, пригласил в своё учреждение преподавателей

с группами студентов. Но в институте не оказалось достаточно приспособленных мест для размещения студентов – пострадал эпид- и санитарный режим, нарушился привычный ритм работы научных сотрудников. И очень скоро был дан отбой – студенты вернулись в клиническое ЛПУ.

Другой вариант – сделать ЛПУ полностью университетской базой. Прецедент тоже был. Несоответствие городских и муниципальных ЛПУ задачам преподавания клинических дисциплин было известно давно. Как сплотились и дружно восстали главные врачи против такой идеи! Ещё бы, лишиться большей части подотчётных им больниц. Можно с уверенностью полагать, что сопротивление в условиях рынка будет ещё более энергичным. Будет меньше ЛПУ, будет меньше денег.

Идея кластера хороша, но она тоже не без изъяна. Профильные тематические больницы для обеспечения одной из функций кластера – науки не годятся для другой функции – преподавания.

В процессе обучения студент должен видеть и «прочувствовать» как можно больше самых разнообразных больных. В структуре кластера должно быть обязательно общесоматическое отделение для каждой кафедры. Сейчас терапевтическая кафедра располагает двумя-тремя узкопрофильными отделениями – пульмонология, нефрология и гастроэнтерология, к примеру. Значит, студент сможет увидеть ограниченный круг нозологических форм.

Интересно, как решится вопрос с лечебной функцией вуза. Сейчас преподаватели-клиницисты юридически лишены доступа к лечебному процессу в ЛПУ. Но если такой доступ всё же осуществится, будет, будет ли, как раньше, надбавка к зарплате ассистента 0,5 врачебной ставки, доцента – 0,25, сколько будет за консультативную работу и обходы получать профессор?

Эти вопросы на экстренном совещании не обсуждались.

Рудольф АРТАМОНОВ,
профессор.

Начало

Новые горизонты IT-инноваций

В Москве состоялся первый всероссийский форум «Приоритеты 2014: информатизация образования и здравоохранения в России»

IT-технологии в области медицины обладают рядом преимуществ: возможность трансляции уникальных методов диагностики и операций в ходе телелекций, интерактивность телеобучения и возможность организации учебного процесса, что называется, «на месте», то есть без отрыва от основного места работы, а также комбинирования лекций и клинических дискуссий.

– Использование телемедицинских технологий в дистанционном образовании – колоссальное преимущество. С их помощью можно добиться существенной экономии бюджета медучреждений и организовать чтение лекций для нескольких регионов сразу, отметил на открытии мероприятия заведующий кафедрой телемедицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова Валерий Столяр.

Основной целью форума послужила организация открытого диалога между разработчиками IT- и телеком-решений и профессиональным отраслевым сообществом, а также создание банка идей для практического применения образовательными и медицинскими учреждениями.

– На текущем этапе эволюции информатизации здравоохранения необходимо корректировать законодательную базу отрасли, разрабатывать и внедрять современные стандарты оказания услуг, поддерживать зарождение культуры использования информационных технологий в здравоохранении, а также в перспективе переходить к сервисной модели работы, – отметил председатель Комитета администрации Тульской области по информатизации и связи Артур Контрабаев.

– Информатизация здравоохранения – одна из составляющих успеха этой отрасли во всём мире, – уверена Татьяна Заруби-

на, заведующая кафедрой медицинской кибернетики и информатики Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. В своём докладе она сделала обзор мировых стандартов и стратегий в области «электронного здравоохранения». По оценке Т.Зарубиной, все направления системы здравоохранения нуждаются в переходе на новый информационно-технологический уровень. – Сочетание распределённых баз данных на основе привязки всей информации к конкретной персоне по фамилии и идентификатору в течении жизни с возможностью дистанционных интерактивных консультаций с пациентами определённо развяжет руки как врачам, так и пациентам, – добавила она.

В докладах выступавших особо были отмечены особенности дистанционного обучения в системе непрерывного образования.

– В ближайшем десятилетии модель организации вузов будет вынуждена существенно измениться под давлением внешних обстоятельств, обусловленных прежде всего сдвигом технологической парадигмы и освоением новых возможностей глобальными лидерами образовательного рынка. При этом переходным этапом станет период с 2017 по 2025 г., когда глобальные правила получат распространение и в России, – уверена Наталья Тихомирова, ректор Московского государственного университета экономики, статистики и информатики.

Участники конференции активно обменялись опытом эффективного применения информационных технологий в образовательных учреждениях, подробно рассмотрели практические аспекты применения инновационных технологий в здравоохранении.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ,
корр. «МГ».

Перспективы

Как сообщила администрация Псковской области, 38 старшекурсников С.-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова посетили больницы и поликлиники региона.

чиная с 3-4-го курса. «В целевой договор закладывается ежемесячная социальная выплата из регионального бюджета, если студент гарантирует, что вернётся работать в Псковскую область», – сказала она. Кроме того, ординаторам дополнительно

За опытом поехали на Псковщину

Петербургских студентов-медиков пригласили на работу в соседнюю область

– Мы приближаем региональные стандарты в здравоохранении к европейским и по некоторым показателям опережаем ведущие регионы РФ. Поэтому были бы рады, если бы вы получили свой первый, а, возможно, и постоянный профессиональный капитал в нашей области, – обратилась к студентам из С.-Петербурга первый заместитель губернатора Псковской области Вера Емельянова. Она рассказала молодым врачам об изменениях в системе здравоохранения области за последние годы в целом и о модернизации отдельных медучреждений.

Председатель Государственного комитета по здравоохранению и фармации Псковской области Игорь Потапов сообщил о востребованных специальностях и мерах социальной поддержки врачей, в том числе молодых специалистов. Так, сельским врачам предлагается единовременное денежное пособие в размере 1 млн руб., «подъёмные» средства от 75 до 100 тыс. руб. выделяются также специалистам, работающим в стационаре и в поликлиниках соответственно. Кроме того, выделяются служебные квартиры: за последние 2 года 69 медработников области получили жильё.

Выпускники с интересом обсуждали устройство на работу по целевому направлению. Студентов заинтересовала возможность пройти специализацию на базе псковских лечебных учреждений. В.Емельянова подчеркнула, что администрация области готова оказывать материальную поддержку студентам, на-

к заработной плате из местного бюджета доплачивается 2 тыс. руб.

Игорь Потапов также отметил, что средняя заработная плата медицинского работника в области составляет, по последним данным, 34 тыс. руб.

Будущие доктора посетили псковские областную и городскую больницы, перинатальный центр, детскую областную больницу, онкологический диспансер, а также побывали на экскурсии в офисе врача общей практики в Изборске и Печорской районной больнице.

Стоит отметить, что за последние 2 года был введён в эксплуатацию региональный сосудистый центр в Псковской областной больнице. Готовится к сдаче областной онкодиспансер, на строительство которого из регионального бюджета было направлено около 340 млн руб., а также 306 млн руб. из федерального бюджета на приобретение оборудования. Проведён капитальный ремонт Псковского перинатального центра. На ремонты и закупку оборудования в учреждения родовспоможения в регионе в целом было выделено 370 млн руб.

Работы в регионе более чем достаточно. Выпускникам из Северной столицы предоставляется отличная возможность для первых шагов на профессиональном поприще. Стоит подумать несколько раз, прежде чем отказаться от такого заманчивого и перспективного предложения.

Валентин СТАРОСТИН.

МИА Сито!

Признание

К семейному врачу — особые требования



День семейного врача в Челябинской области был ознаменован вручением почётных грамот и благодарностей лучшим из лучших. Их получили 27 фельдшеров, врачей и медсестёр общей врачебной практики. Среди победителей — врач общей практики Андрей Тыщенко, который заботится о здоровье жителей Коркино.

— По образованию я военный врач, в гражданской медицине уже четвёртый год. Мне нравится искать причины заболеваний, помогать людям, и очень люблю, когда мои пациенты выздоравливают. С семьёй переехал из Челябинска в Коркино, работаю с большим удовольствием, и вообще не представляю свою жизнь без

медицины, — говорит он.

Сегодня семейная медицина — одно из интенсивно развивающихся направлений, поэтому укрепление и развитие первичного звена является очень актуальной и, безусловно, приоритетной задачей практического здравоохранения Челябинской области. Благодаря поддержке Минздрава России и правительства области в течение последних 10 лет на территории региона вновь созданы и функционируют 175 центров общей практики, где работает более 200 врачей.

— Благодаря этому возросла обеспеченность населения врачами общей

практики, в обязанности которых входит оказание медицинской помощи не только по терапии, но и по неврологии, офтальмологии, оториноларингологии, педиатрии. Для безусловного выполнения этих задач все центры общей врачебной практики были оснащены необходимым оборудованием и инструментарием, — отметила главный семейный врач Минздрава Челябинской области Альбина Синеглазова.

Учитывая тот факт, что часть центров семейной медицины была открыта на базе фельдшерско-акушерских пунктов, безусловно, речь идёт об увеличении доступности и качества медицинской помощи сельскому населению.

— От того, как примет пациента врач первичного звена, и зависит

общественное мнение пациентов о здравоохранении, и поэтому семейными врачами должны работать безупречные специалисты. К ним предъявляются особые требования: к их профессионализму, компетенции, моральному облику. Семейные врачи — это очень ценная составляющая нашего здравоохранения, основа, — прокомментировала первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области Агата Ткачёва.

Дальнейшее развитие семейной медицины в регионе будет проходить в соответствии с программой развития здравоохранения Челябинской области до 2020 г. Планируется расширение сети центров врачей общей практики до 255.

Добавим, что торжественная церемония награждения совпала с проведением в Челябинске научно-практической конференции Уральского федерального округа, на которой были освещены наиболее актуальные практические проблемы общей врачебной практики. Перед участниками конференции выступили ведущие специалисты России. Неврологи, аллергологи и инфекционисты прибыли из Москвы, С.-Петербурга, Омска, Екатеринбурга, Ижевска, Казани и Самары.

Мария ЯГОДИНА,
внешт. корр. «МГ».

Челябинск.

НА СНИМКЕ: Андрею Тыщенко только что вручена почётная грамота.

Кагры

Север Приангарья развивает медицину

Чтобы молодой врач согласился поехать в глубинку, ему должно быть не только выгодно там работать, но и интересно — так считают в Министерстве здравоохранения Иркутской области. С целью привлечь специалистов-медиков в город Усть-Кут, что на севере Приангарья, решено модернизировать центральную районную больницу.

Как сообщили в Минздраве области, до конца текущего года в Усть-Кутскую ЦРБ будут приобретены компьютерный томограф и оборудование для противошоковой реанимации. Многофункциональная техника позволит организовать на базе больницы травмоцентр второго уровня, который станет опорным пунктом оказания медицинской помощи пострадавшим в ДТП, а также повысит возможности диагностики сердечно-сосудистых и неврологических заболеваний. Средства на техническое дооснащение ЦРБ

— около 30 млн руб. — получены из федерального бюджета.

По мнению министра здравоохранения Иркутской области Николая Корнилова, данный шаг поможет в решении кадровой проблемы больницы: «Если в учреждении нет современных технологий, привлечь туда специалистов малоперспективно. Кроме социальных льгот и жилья необходимо предоставлять молодым людям возможность профессионального совершенствования».

В плане социальных льгот и жилья для медиков администрация Усть-Кута тоже старается: за последний год для врачей выделены 3 служебные квартиры, ещё 10 докторов получили компенсацию за найм жилья, а приехавшим на работу молодым специалистам выплачены «подъёмные» по 100 тыс. руб.

Елена БУШ,
соб. корр. «МГ».

Иркутск.

Ориентир

На западный манер

— Какие бы условия мы ни создали, сколько бы площадок и стадионов ни построили, какую бы правильную нормативную базу ни приняли, это всё может быть напрасными усилиями. Нам нужно добиться того, чтобы человек по-настоящему захотел быть здоровым и жить долго, — уверена министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Минздрав России создаёт специальную структуру, которая займётся пропагандой здорового образа жизни среди россиян. В ведомстве сообщили, что новые сотрудники разработают методические рекомендации на предмет мотивации жителей страны заботиться о своём здоровье.

В министерстве было предложено обратить внимание на зарубежный опыт. Оказывается, и в Европе, и в Америке было немало удачных примеров, когда специалисты убеждали граждан сменить привычный образ жизни и режим питания.

— В своё время в США «достучаться» до сознательности людей удалось через домохозяйек. Ведь все члены семьи питаются тем, что приготовлено в доме. Если люди питаются здоровой пищей, занимаются спортом, отказываются от табакокурения и не

злоупотребляют алкоголем, то срок и качество их жизни будет значительно выше. Кроме того, нам известен французский и итальянский опыт оздоровления через ответственность за детей. Страх ребёнка потерять своих родителей от какой-то болезни воспитывает правильное отношение к жизни у всех, — рассказала о зарубежном опыте по этому вопросу В.Скворцова.

...Кстати, социологи из Всероссийского центра изучения общественного мнения провели опрос и выяснили, что лишь 18% россиян регулярно занимаются спортом и проходят диспансеризацию. Чуть больше трети стараются не пить и не курить, чтобы сохранить здоровье. И всего 17 человек из 100 интересуются статьями и телепередачами на медицинскую тему.

Ну а обвинить врачей в неудовлетворительном состоянии своего здоровья — это просто святая обязанность нашего гражданина. Это ведь так удобно — полностью переложить свою ответственность на другого. К большому сожалению, мало кто хочет начать с себя.

Дмитрий ВОЛОДАРСКИЙ.

МИА Сити!

Новые подходы

Найдут наркотики и в причёске, и в маникюре

В лабораторной службе Алтайской республиканской психиатрической больницы появился хромато-масс-спектрометрический анализатор.

В Министерстве здравоохранения республики убеждены, что новое оборудование поможет в работе по профилактике и диагно-

стике наркотической зависимости. Внедрённые методики позволяют проводить комплексные исследования с дифференциацией клинических случаев разового и систематического употребления психоактивных веществ, в том числе солей и спайсов, не только в биологических жидкостях человека, но также в волосах и ногтях.

До сих пор в регионе не было возможности лабораторными методами подтвердить факт употребления синтетических психоактивных веществ, что создавало трудности как для медиков, так и для правоохранительных органов.

Елена ЮРИНА.

Горно-Алтайск.

Дежурный по номеру

Профессор Виктор ЕГОРОВ возглавляет центр, о работе которого неоднократно писали наши корреспонденты. Достаточно вспомнить публикацию «Преграда на пути полной слепоты есть!» (см. «МГ» № 82 от 30.10.2009) — о том, насколько продуманно была организована хабаровчанами система помощи при ретинопатии недоношенных. Сегодня Виктор Васильевич оценивает очередной номер «МГ»:

— Не скрою, мои профессиональные интересы относились, прежде всего, к статьям о высокотехнологичной медицинской помощи, — сказал нам Виктор Васильевич. — Этому есть объяснение. В прошлом году нашим Хабаровским филиалом МНТК «Микрохирургия глаза» им.

С.Н.Фёдорова было реализовано 1390 квот по высокотехнологичной офтальмологической медицинской помощи для жителей Дальневосточного федерального округа, из них 106 квот — для детей. Однако на 2014 г. нам выделено всего 900 квот. Разумеется, количество нуждающихся в офтальмологических операциях не уменьшилось. Снижение количества квот примерно на 35% идёт по медицинским центрам всех федеральных округов, многие клиники уже их «выбрали», реализовали. Вопрос перед нами стоит очень остро: как мы будем оказывать помощь дальше? Мы помним о данных обещаниях решить эту проблему и, пользуясь



случаем, хочу ещё раз обратиться к высокому руководству: люди ждут от нас помощи!

Из материалов номера с интересом прочитал статью о I съезде врачей Ямала. Это быстро развивающийся регион, который близок нашему Хабаровскому краю по многим параметрам, среди которых огромные просторы и связанные с этим трудности в доступности медицинской помощи жителям отдалённых посёлков. Газета очень насыщена информацией, поэтому на последней странице приятно прочитать мастерски написанный рассказ-воспоминание Якова Фарбера.

Люди ждут от нас помощи!

Достаточно часто на страницах «МГ» появляются материалы о докторах, которые помимо основной своей профессии всерьёз увлечены тем или иным делом, подчас необычным.

Год назад (см. «МГ» № 33-34 от 08.05.2013) мы опубликовали статью ставропольского врача кандидата медицинских наук Юрия Быкова и его коллег «Шаг за шагом от устойчивых депрессий», которая предлагала одну из оптимальных стратегий преодоления такого рода расстройств. Уже потом, в ходе общения, мы узнали о преданности нашего автора (помимо медицины)... горам. Казалось бы, ничего особенного в этом нет – у каждого имеются свои хобби и пристрастия.

«Крылатый маршал медицины»

Вот, например, руководитель клиники челюстно-лицевой хирургии МОНКИ им. М.Ф.Владимирского, заведующий кафедрой челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии факультета усовершенствования врачей, лауреат Государственной премии, член Европейской ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Александр Никитин свою жизнь посвятил хирургии и... небу. Несмотря на, казалось бы, несовместимость этих двух ипостасей, нашему герою удалось-таки гармонично объединить их. Выходит, и медицинская стезя, и путь в небо – очень близки? Известно же, что первоклассному хирургу присущи такие качества, как смелость, решительность, твёрдость руки, умение в считанные мгновения принять единственно верное решение. Небо – также удел смелых и решительных...

Сначала Александр Александрович учился в военно-авиационном училище, где его одноклассником был будущий космонавт Пётр Климух. Летал на истребителях МиГ-15. Но вот в период конверсии армии пришлось попрощаться с небом и выбрать мирную профессию – лечить людей. По окончании Волгоградского мединститута стал хирургом, о чём впоследствии ни разу не пожалел. Правда, и небо не вычеркнул из сердца. В свои 75 по-прежнему уверенно управляет спортивным самолётом Як-52. Ощущает себя бодрим, поскольку работает среди молодёжи, видит в перспективе много дел, занимается подготовкой учеников, стремится соответствовать лучшим стандартам мировой медицины. Не зря коллеги и пациенты в шутку и всерьёз называют его «маршалом медицины». Увлекается и парашютным спортом, совершил не одну сотню прыжков, причём с членами своей семьи, сыновьями, женой одного из сыновей (все они врачи). А на днях уже его 14-летний внук собственноручно пилотировал аэростат. Более того, А.Никитин «подсадил» на парашют всех сотрудников клиники.

Лучше гор могут быть
только горы

В отличие от Александра Никитина доктор из Ставрополя Юрий Быков очарован горами и с юных лет мечтает о покорении вершин мира. Точнее, не просто мечтает, но претворяет свои мечты в реальность. Имеет солидный «горный опыт». Восхождения совершает с 1983 г. Участник спортивных горных и пешеходных походов I-III категорий сложности на Кавказе. «Высотный опыт» по-

лучил при покорении Эльбруса, Араарата, Килиманджаро...

Во время нашего разговора Юрий поделился планами на год грядущий. В январе 2015-го он и шестеро его единомышленников-энтузиастов намереваются взять очередной рубеж, одолеть высшую точку Южной Америки – гору Аконкагуа (6960 м), что в Аргентине. Кстати, эта вершина примерно на 1 тыс. м выше «сверкающей горы» (именно так с суахили переводится название «Килиманджаро»). Предстоящая экспедиция посвящена 70-летию

Вот наивные африканцы и решили, что все русские – этикие Абрамовичи. Но наших голыми руками не возьмёшь, и после длительной «торговли» договаривающиеся стороны остановились на 4 носильщиках и 3 гидах с платой 5 долл. в сутки каждому. Поваров и вовсе решили не приглашать, в пищу употребляли лишь то, что прихватили из России: сало, колбасу, суджук, бастурму, лук, чеснок, чай, кофе и т.д. Помимо нелёгкого альпинистского снаряжения не гнушались нести на своих плечах газовые баллоны

луй, из всех стран мира, а также многочисленная обслуга. Всё это создавало атмосферу суесть, будто находишься на рынке. Но приятно удивило то, что на протяжении всего маршрута каждый турист в отдельности и все вместе строго соблюдали экологические требования и санитарный режим. Повсюду: на бивуаках, в промежуточных лагерях – стационарные туалеты, столы для туристов, на которых салфетки, приборы... Цивилизация и культура!

Ну, а самым ярким моментом, разумеется, стал финал

больницы Ставрополя. Юрий Быков по специальности анестезиолог-реаниматолог. Его коллега Виктор Руденко – заведующий отделением травматологии.

– А недавно, – рассказывает Ю.Быков, – к нам присоединился ещё и врач анестезиолог-реаниматолог из Москвы Роман Щепотьев, доктор с большим стажем горных восхождений, в качестве врача много раз принимавший участие в спасательных операциях в горах. Надо заметить, что присутствие в туристической группе врачей – это всегда большой плюс не только для самой команды, которая своевременно получает профессиональную и качественную медицинскую помощь, но и для окружающих. Так, например, в Африке к нам за помощью обращались и танзанийцы, у которых медицина, мягко сказать, не на высшем уровне.

Почему штурмовать Аконкагуа планируется в январе? Дело в том, что именно в этом месяце, как правило, наиболее благоприятная погода. И опять же Александр Зданевич обещает оказать помощь альпинистам, обратившись к своим коллегам в Чили и Аргентине, где уже запланированы встречи и патриотические мероприятия, хотя пока ответ от Аргентинского филиала с одобрением не получен. По завершении экспедиции туристы рассчитывают на культурную программу с посещением достопримечательностей – водопадов Игуасу, Огненной Земли (Тьерра-дель-Фуэго), парка ледников Перито-Морено и т.д.

Как пройдёт предстоящая экспедиция, прогнозировать невозможно. Из разговора с Юрием Быковым стало понятно, что альпинисты ещё не располагают достаточными средствами для успешного проведения операции по восхождению на Аконкагуа.

«МГ» выступает одним из информационных партнёров начинания энтузиастов, которые, в свою очередь, пообещали водрузить на высшей точке Южной Америки вымпел нашей газеты и сфотографироваться на его фоне. Мы же обещаем нашим читателям, что непременно опубликуем этот снимок.

Но главное в том, что туристы нуждаются в более существенной – финансовой – поддержке. Поэтому «МГ» решила бросить клич с просьбой к коллегам и медицинским и фармацевтическим организациям и компаниям оказать посильную помощь энтузиастам для успешного осуществления их проекта. Уверены, для большинства наших читателей эта инициатива не покажется безрассудной и найдёт единомышленников. И конечно же, появятся жертвователи и меценаты. Участники предстоящего похода приветствуют любую помощь, в том числе передачу им изделий медицинского и фармацевтического назначения, лекарственных препаратов.

Связаться с альпинистами можно через редакцию или обратившись непосредственно к Юрию Быкову и Виктору Руденко в детскую городскую клиническую больницу Ставрополя. «МГ», в свою очередь, намерена информировать читателей о ходе подготовки к предстоящей экспедиции и самом восхождении. Ждём откликов неравнодушных!

Александр ИВАНОВ,
спец. корр. «МГ».

Ставрополь – Москва.

НА СНИМКАХ: участники экспедиции вместе с танзанийскими гидами при подъёме на Килиманджаро; вид из палаточного лагеря на заветную высоту.

Наши коллеги

Восхождение

Килиманджаро, Аконкагуа... Что впереди?



Победы в Великой Отечественной войне и своей целью имеет установку копии Знамени Победы на высшей точке этого материка.

Пронести в рюкзаках любовь
к Родине

Одиссея по восхождению на Килиманджаро начиналась... в Волгограде. Организаторы этого похода предприниматель Сергей Токарев и доцент Волгоградского государственного университета Павел Ромасевич, заядлые альпинисты, с помощью Интернета отыскивали таких же единомышленников в Ставрополе, затем к ним присоединилась коллега из Сибири Ольга, кстати, единственная в команде представительница слабого пола.

Так вышло, что поиск спонсоров оказался делом весьма проблематичным. И даже благодаря их поддержке, этими средствами удалось лишь частично покрыть расходы, необходимые для экспедиции. Хотя деньги не ахти какие, однако российской группе из 7 человек, хотя и впритык, их хватило – по 750 долл. на каждого. «Тариф», скажем так, оказался более чем «экономом». Особенно если учесть, что у танзанийских гидов нешуточные аппетиты. Стоило им прозвучать, что группа прибыла из России, в добровольно-обязательном порядке они начали навязывать ей почти 30 портеров (носильщиков), несколько поваров и 4 сопровождающих. Оказывается, словно тень отца Гамлета, там по сей день витает образ Романа Абрамовича, который в своё время возжаждал одолеть Килиманджаро, разумеется, не стесняясь в расходах. Поэтому олигарха сопровождали аж 200 портеров. Правда, почему-то ему не довелось добраться до желанной вершины.



и горелки, с помощью которых готовили суп, кипятили воду.

По прилёту в аэропорт Килиманджаро первым делом группа посетила национальную танзанийскую психиатрическую больницу, где врачи-альпинисты пообщались с местными психиатрами, подарили им свои книги по резистентным депрессиям и электросудорожной терапии. Российским специалистам интересно было узнать, что такие методики для местных врачей в диковину (похоже, как и назначение антидепрессантов и других психотропных препаратов).

А потом начался ответственный процесс покорения Килиманджаро. Надо признать, что для многих восхождение оказалось одним из наиболее сложных, но понаравилось всем. Хотя, например, как поделился с нами Юрий Быков, местная природа зримо уступает, например, кавказской. Таких захватывающих дух видов, как на Кавказе, там не встретишь. Опять же сказывалось то, что внизу практически постоянно стояла дымка. Да ещё вокруг толпы покорителей, пожа-

восхождения и водружение на Килиманджаро Знамени Победы. Россияне рассказывали коллегам из других стран и местным жителям, что поднимают на вершину особую реликвию. И для многих вещь о том, что когда-то в Европе отгремела Вторая мировая, стала настоящим откровением. До сих пор немало людей уверены, что в той войне победу одержали американцы. Поэтому у россиян возникла идея продолжить просветительскую деятельность.

К такому решению опытных путешественников подвинул, пускай и непроизвольно, руководитель Россотрудничества в Танзании Александр Зданевич. Приехав на встречу с ними, он был приятно удивлён их патри-



тической инициативой. Попросил подарить ему символику, посвящённую Победе, фотографии со стягом, установленным на вершине, заверив альпинистов: «Буду рассказывать нашим соотечественникам в Танзании, как надо Родину любить!»

Так ещё на отрогах высшей точки Африки окончательно оформилась идея продолжить патриотический почин: «от Сталинграда до Берлина» с водружением копии Знамени Победы в честь 70-летия Победы в Великой Отечественной войне уже на американских Андах.

От вершины – к вершине

Чуть больше полугода отделяет Юрия Быкова и его коллег от долгожданного покорения Аконкагуа. Подготовка идёт полным ходом, ведь восхождение на эту гору значительно сложнее, чем на Килиманджаро.

В составе группы, средний возрастной состав которой 45 лет, 7 человек. Среди альпинистов 3 доктора, двое из которых – врачи детской городской клинической

Вчера нашему постоянному автору Якову Фарберу исполнилось 85. Будто к этой дате из-под его лёгкого пера вышла очередная книга – «На перепутьях жизненных дорог». Поздравляя Якова Иосифовича, известного организатора здравоохранения, хирурга, заслуженного врача РФ, писателя, журналиста и краеведа, основателя музея истории медицины в Тамбове и победителя литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2011 г., сегодня жителя немецкого Ганновера, мы предлагаем главу из его новой книги, продолжающей воспоминания о медицинской практике на Тамбовщине в 50-е годы прошлого века.

Прошло более 50 лет со времени нашего отъезда из Ржаксы, а я хорошо помню многие эпизоды нашей сельской жизни. На небольшую горстку врачей и очень ограниченный корпус медицинских сестёр была возложена обязанность медицинского обслуживания жителей одного из крупных районов области. Оглядываясь назад, я могу без преувеличения сказать, что это были лучшие годы моей врачебной практики. Отсутствие старших, опытных наставников приучило меня к самостоятельности. Ведь не было органа, полости или какого-либо участка в человеческом организме, куда в силу необходимости мне не приходилось внедряться спастическим скальпелем. Ни о каком нормированном рабочем дне не могло быть и речи. С самого начала завёлся порядок, по которому каждый врач при уходе из дома должен был известить приёмное отделение о своём местонахождении, где его можно обнаружить в случае необходимости. А такая необходимость нередко случалась ночью, в выходные или праздничные дни. Непогода тоже не могла препятствовать вызову медицинского работника. И никаких обид, ведь ты трудишься в селе, и кроме тебя никто помочь больному не может.

Но не надо думать, что наши медицинские затворнический, монашеский образ жизни. Удивительно, но находилось время и для отдыха. Нас с женой Лией довольно часто приглашали на различные семейные торжества, дни рождения, свадьбы и другие праздничные застолья. Почти все председатели колхозов стали нашими друзьями, а среди них было немало интересных людей, ведь мы трудились во времена прихода на село «тридцатитысячников», многие из которых работали ранее в городах инженерами, агрономами, учителями. На наших встречах, чаще всего на природе, после удачной или «пустой» рыбалки, велись беседы о

Книгу написал врач

Лётчик-налётчик



достоинствах и недостатках той или иной только что изданной книги. Дело доходило до серьёзных словесных баталий. Почему-то, по неведомой мне причине, роль «арбитра» отводилась мне, и я с умным видом выносил свой «вердикт». А потом все спорщики дружно готовили пикник на «давальческих началах». Снедь привозил каждый свою: кому-то удалось съездить на птицефабрику в Рассказово, и из рюкзака или коробки извлекалась копчёная курочка, кто-то привёз самодельную колбасу или ведро маринованного мяса для шашлыка. Всё выкладывалось на заранее постеленную на землю клеёнку. Находились отменные специалисты по приготовлению шашлыка или ухи. Ну и конечно, без водки этот пир не проходил, при этом пили из стаканов, и если кто-то не выпивал, ссылаясь на занятость по работе или недомогание, мог получить позорное прозвище «соглядатай». Все непрерывно шутили, подкалывая друг друга. Кто-нибудь

подкидывал весёлый розыгрыш, и над попавшимся на «удочку» шутника, раздавался смех на всю округу. Правда, шутки бывали иногда совсем не шуточные...

Однажды, после очередного сбора в райисполкоме председатель колхоза наш друг Петя Борисов, бывший лётчик (со время войны он потерял ногу и ходил на протезе),

лесной полосе, прячась от полуденного зноя. Рыба уже «сковорчала» на здоровой сковородке. А наш гостеприимный председатель, к великому нашему удивлению, направился не в село, а в поле, к стоящему невдалеке самолёту, который производил опыление колхозных полей инсектицидами.

Петя подошёл к лётчику, который, по-видимому, отдыхая, возлежал на земле и, переговорив с ним, сел в кабину самолёта. Мы решили, что бывший лётчик решил похвастать своим умением вождения любого летательного аппарата. Самолёт через мгновение взмыл в небо и, совершив небольшой облёт поля, развернулся и направился в сторону наших лесопосадок, где мы готовили пищу.

Когда он пролетал над нами, на нас вдруг густо посыпался порошок с жутко неприятным запахом... Мы, посылая проклятия «гостеприимному» хозяину и размахивая кулаками, разбежались из посадок словно зайцы. После чего самолёт издевательски помахал нам крыльями, как бы прощаясь, и сел на другом конце поля. А лётчик был таков.

Нам ничего не оставалось делать, как стряхнуть «ароматичный порошок» с наших пиджаков и брюк и разехать по домам. Обидней всего было то, что на большой сковородке остались «сковорчать» золотистые караси, присыпанные ядовитым порошком...

Все пострадавшие от опыления задумали отомстить шутнику и при случае погрузить его в силосную яму. Но, конечно, придуманная нами кара не была приведена в исполнение после искреннего раскаяния «лётчика-налётчика». А произошло, по его объяснению, непредвиденное: в момент, когда он пролетал над нами, кость его протеза скользнул на гашетку, заслонка открылась, и... случилось то, что случилось.

Сокровенное

Людмила САНИЦКАЯ

22 ИЮНЯ

Прозрачная речка
в зелёных ладонях осоки.
Мерцанье и трепет,
и блеск молчаливых
стрекоз.

Плывущее небо
огромно, светло и высоко.
И смерть невозможна,
и нет ни обиды, ни слёз.
Ромашковый луг
нас с тобой укрывает
по пояс.

Июньскому полдню
сегодня не видно конца.
Но где-то вдали
закричал прибывающий
поезд,
В котором на фронт
навсегда мы проводим
отца.

Рассвет

У предрассветной тишины
Глаза, как листья, зелены,
Свежо дыханье.

Душе не больше двадцати.
Бегом по Млечному пути –
И в Мирозданье!..

А там пролитая слеза –
Всего лишь светлая роса,
И день повсюду.

У предрассветной тишины
В стихах перетекают сны,
Подобно чуду...

ОБ АВТОРЕ. Людмила Санецкая – выпускница 2-го МОЛГМИ, кандидат медицинских наук. Член Союза писателей России, автор нескольких поэтических сборников. Победитель литературного конкурса им. М.А.Булгакова «МГ» 2008 г.

СКАНВОРД																																																																																																																														
Винная ягода	Перметрин	Ревизор	Ш. Бронте, роман	Алмаз	Шест для гребли	Дерматит, мазь	Ядовитая трава	Полубезьяна																																																																																																																						
		Молох		Большая емкость	Антидепрессант	Глянец	Металлоготовка	Когда (стар.)	Марафон																																																																																																																					
Сканд. верховный бог	Голос		По причине			Подземка		... не живет одна																																																																																																																						
		Напиток в Океании	Траншея	Десятиногий рак	Медиц. трубка	Осмотр врачом больных	Бог брака																																																																																																																							
Должн. лицо, Спарта	Форточка		Вырабатывает пчела		Венг. поэт	Порт, Тунис	Обратно	Галина																																																																																																																						
		Актер Керри		Нем. ботаник		Нота																																																																																																																								
Вяленая рыба, Сибирь	Деньги, Германия		Бронштейн		Столица на Белой																																																																																																																									
Автор Валерий Шаршуков	Волга у антич. авторов	Хряк (стар.)	"Аль-мера"																																																																																																																											
<table border="1"> <tr><td>Ч</td><td>У</td><td>Л</td><td>Ы</td><td>М</td><td>П</td><td>Ф</td><td>Ф</td><td>А</td><td>Р</td><td>А</td><td>О</td><td>Н</td></tr> <tr><td>А</td><td>И</td><td>У</td><td>З</td><td>О</td><td>Р</td><td>П</td><td>Р</td><td>А</td><td>Д</td><td>А</td><td>К</td><td>С</td></tr> <tr><td>В</td><td>И</td><td>Р</td><td>Т</td><td>У</td><td>С</td><td>К</td><td>И</td><td>Н</td><td>Г</td><td>О</td><td>А</td><td>Ю</td></tr> <tr><td>А</td><td>К</td><td>Л</td><td>И</td><td>С</td><td>А</td><td>А</td><td>Л</td><td>Е</td><td>Н</td><td>Р</td><td>О</td><td>Т</td></tr> <tr><td>С</td><td>О</td><td>Г</td><td>Е</td><td>И</td><td>И</td><td>М</td><td>А</td><td>М</td><td>Ь</td><td>О</td><td>С</td><td>Е</td></tr> <tr><td>Т</td><td>Р</td><td>В</td><td>С</td><td>М</td><td>А</td><td>К</td><td>Л</td><td>Б</td><td>К</td><td>К</td><td>Н</td><td>А</td></tr> <tr><td>И</td><td>В</td><td>А</td><td>С</td><td>И</td><td>К</td><td>О</td><td>К</td><td>К</td><td>Л</td><td>А</td><td>Б</td><td>О</td></tr> <tr><td>Н</td><td>М</td><td>Я</td><td>Ш</td><td>У</td><td>Р</td><td>А</td><td>Р</td><td>И</td><td>С</td><td>Т</td><td>И</td><td>Д</td></tr> <tr><td>М</td><td>Э</td><td>Н</td><td>Т</td><td>А</td><td>Н</td><td>Е</td><td>Ц</td><td>С</td><td>Т</td><td>А</td><td>З</td><td></td></tr> </table>										Ч	У	Л	Ы	М	П	Ф	Ф	А	Р	А	О	Н	А	И	У	З	О	Р	П	Р	А	Д	А	К	С	В	И	Р	Т	У	С	К	И	Н	Г	О	А	Ю	А	К	Л	И	С	А	А	Л	Е	Н	Р	О	Т	С	О	Г	Е	И	И	М	А	М	Ь	О	С	Е	Т	Р	В	С	М	А	К	Л	Б	К	К	Н	А	И	В	А	С	И	К	О	К	К	Л	А	Б	О	Н	М	Я	Ш	У	Р	А	Р	И	С	Т	И	Д	М	Э	Н	Т	А	Н	Е	Ц	С	Т	А	З	
Ч	У	Л	Ы	М	П	Ф	Ф	А	Р	А	О	Н																																																																																																																		
А	И	У	З	О	Р	П	Р	А	Д	А	К	С																																																																																																																		
В	И	Р	Т	У	С	К	И	Н	Г	О	А	Ю																																																																																																																		
А	К	Л	И	С	А	А	Л	Е	Н	Р	О	Т																																																																																																																		
С	О	Г	Е	И	И	М	А	М	Ь	О	С	Е																																																																																																																		
Т	Р	В	С	М	А	К	Л	Б	К	К	Н	А																																																																																																																		
И	В	А	С	И	К	О	К	К	Л	А	Б	О																																																																																																																		
Н	М	Я	Ш	У	Р	А	Р	И	С	Т	И	Д																																																																																																																		
М	Э	Н	Т	А	Н	Е	Ц	С	Т	А	З																																																																																																																			
<p>Ответы на сканворд, опубликованный в № 43 от 18.06.2014.</p>																																																																																																																														



Главный редактор А.ПОЛТОРАК.
Редакционная коллегия: Ю.БЛИВ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, Д.НАНЕИШВИЛИ, А.ПАПЫРИН, Г.ПАПЫРИНА, В.САДКОВСКИЙ (зам. главного редактора – ответственный секретарь), Ф.СМИРНОВ, И.СТЕПАНОВА, А.ХИСАМОВ (первый зам. отв. сек.), К.ЩЕГЛОВ (первый зам. главного редактора).
Директор-издатель В.МАНЯКО.
Дежурный член редколлегии – В.КЛЫШНИКОВ.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.
Справки по тел. 8-495-608-86-95. Отдел информации – 8-495-608-76-76.
Рекламная служба – 8-495-608-88-64, 8-495-608-85-44, 8-495-608-69-80 (тел./факс).
Адрес редакции, издателя: Б. Сухаревская пл., 1/2, Москва 129090
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); info@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения). «МГ» в Интернете: www.mgzt.ru
ИНН 7702036547, КПП 770201001, р/счет 40702810738090106416, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225
ОАО «Сбербанк России» г. Москва

Отпечатано в ОАО «Красная Звезда» 123007 Москва, Хорошёвское шоссе, 38
Тел. (495) 941-28-62, (495) 941-34-72, (495) 941-31-62
http://www.redstarph.ru
E-mail: kr_vezda@mail.ru
Заказ № 2677.
Тираж 36 320 экз.
Распространяется по подписке в России и других странах СНГ.

Корреспондентская сеть «МГ»: Благовещенск (4162) 516190; Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Нижний Новгород (831) 4320850; Новосибирск (3832) 262534; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; С.-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89288121625; Чита (3022) 263929; Уфа (3472) 269191; Киев (1038044) 4246075; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675; Ханану (Германия) (1049) 618192124.

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